

**УМУМИЙ АМАЛИЁТ ВРАЧИ УЧУН
ҚЎЛЛАНМА**

Бош муҳаррирлар:

тиббиёт фанлари доктори

профессор Ф.Ғ. Назиров

тиббиёт фанлари доктори

профессор А.Г. Гадаев

УДК 616

ББК 54.1

О-28

**0-28 Умумий амалиёт ваҷри учун қўлланма / профессорлар Ф. Ғ. Назиров, А. Ғ. Гадаев таҳрири остида – М.: ГЭОТАР – Медиа, 2006.с/
ISBN 5-9704-0059-9**

Ўзбекистонда умумий амалиёт ваҷлари учун илк бор чоп этилган ушбу қўлланмада кенг тарқалган 50 та асосий синдромлар ва 375 хил касалликлар ёритилган.

Китоб хасталик синдромларини таҳлил қилиш асосида тузилган. Унда дастлаб беморларда учрайдиган синдромлар келтирилган ва ундан сўнг ушбу синдромни келтириб чиқарадиган касаллик таърифланган. Бундай ёндошиш умумий амалиёт ваҷри иш фаолиятидан келиб чиқилган. Чунки аксарият ҳолларда беморлар у ёки бу касаллик билан эмас балки ўзларини безовта қилаётган хасталикнинг белгиси ёки уларнинг синдромлари билан шифокорга мурожат қиладилар (мисол, кўкрак соҳасидаги оғриқ, сариклик ва бошқалар).

Қўлланма замонавий клиник тавсиялар ва исботларга асосланган тиббиёт асосида яратилган. Нашрни тайёрлашда халқаро услубий қўлланма ва кўрсатмаларга риоя қилинди.

Тақдим этилаётган қўлланма ишонарлилиги, замонавийлиги ва умумий амалиёт ваҷри иш фаолияти билан чамбарчас боғлиқлиги билан ажралиб туради ҳамда анъанавий нашрдан чиқаётган қўлланмалар ва монографиялардан фарқ қилади.

Китоб умумий амалиёт ваҷри ва тиббиёт институтларининг юқори курс талабаларига мўлжалланган бўлиб, бошқа турли хил тор мутахассислар ҳам фойдаланишлари мумкин.

УДК 616

ББК 54.1

Ушбу қўлланма нашрига «ГЭОТАР-Медиа» таҳририяти ҳуқуқли бўлиб, унинг ёзма шаклдаги руҳсатисиз тўлиқ ёки қисман нашрдан чиқариш ва тарқатиш тақиқланади.

Таҳририят гуруҳи “ГЭОТАР-Медиа”, 2006

ISBN 5 – 9704 – 0059 – 9

МУНДАРИЖА

Сўзбоши

НАШР ИШТИРОКЧИЛАРИ

НАШР ТУЗИЛИШИ

ҚИСҚАРТИРИЛГАН СЎЗЛАР РЎЙХАТИ

УМУМИЙ АМАЛИЁТ ВРАЧИ ФАОЛИЯТИ ҲАҚИДА ТУШУНЧА

АРТЕРИАЛ ГИПЕРТЕНЗИЯ

СИМПТОМАТИК АРТЕРИАЛ ГИПЕРТЕНЗИЯЛАР

БОШ ОҒРИҒИ

МИГРЕНЬ

БОШНИНГ АЙРИМ СОҲАСИДАГИ ДАВОМЛИ ОҒРИҚ

ЗЎРИҚИШДАГИ БОШ ОҒРИҒИ

ТОМОҚ ОҒРИҒИ ВА БЎҒИЛИШ

ТОМОҚ ОҒРИҒИ ВА ТОНЗИЛЛИТ

ХИРИЛЛАШ, ЛАРИНГИТ ВА ДИСФОНИЯ

ЎТКИР ФАРИНГИТ

СУРУНКАЛИ ФАРИНГИТ

ТОНЗИЛЛИТ

СУРУНКАЛИ ТОНЗИЛЛИТ

ЭПИГЛОТТИТ

ДИФТЕРИЯ – БЎҒМА

ПАРАТОНЗИЛЛИТ

ОҒИЗ БЎШЛИҒИ ЎСМАЛАРИ

ЛАРИНГИТ

ЎТКИР КАТАРАЛ ЛАРИНГИТ

ЎТКИР ФЛЕГМОНОЗ ЛАРИНГИТ

СУРУНКАЛИ ЛАРИНГИТ

СУРУНКАЛИ КАТАРАЛ ЛАРИНГИТ

СУРУНКАЛИ АТРОФИК ЛАРИНГИТ

СУРУНКАЛИ ГИПЕРПЛАСТИК ЛАРИНГИТ (диффуз формаси)

СУРУНКАЛИ ГИПЕРПЛАСТИК ЛАРИНГИТ (чегараланган формаси)

КЎКРАҚДАГИ ОҒРИҚ

СТАБИЛ ЗЎРИҚИШ СТЕНОКАРДИЯСИ

ЎТКИР ТОЖ ТОМИРЛАРИ ЕТИШМОВЧИЛИГИ СИНДРОМИ

ҚАВАТЛАНУВЧИ АОРТА АНЕВРИЗМАСИ

ҚОВУРҒАЛАРАРО НЕРВЛАР НЕВРОПАТИЯСИ

ҚАЙТАЛАНУВЧИ ПОЛИХОНДРИТ

КЎКС ОРАЛИҒИ ЎСМАЛАРИ

ДИАФРАГМА ЧУРРАСИ

УМУРТҚА ПОҒОНАСИ ОСТЕОХОНДРОЗИ

ҚОРИНДАГИ ОҒРИҚЛАР

БОЛАЛАРДА ҚАЙТАЛАНУВЧИ ҚОРИН ОҒРИҚЛАРИ

КАТТАЛАРДА “ЎТКИР ҚОРИН” СИНДРОМИ

ЎТКИР ГАСТРИТ

СУРУНКАЛИ ГАСТРИТ
ЯРА КАСАЛЛИГИ
СУРУНКАЛИ ХОЛЕЦИСТИТ
КРОН КАСАЛЛИГИ
НОСПЕЦИФИК ЯРАЛИ КОЛИТ
ЎТКИР ИЧАК ИНФЕКЦИЯЛАРИ
ҚУЛОҚДАГИ ОҒРИҚ
ЭШИТИШ ҚОБИЛИЯТИ БУЗИЛИШЛАРИДА ЁРДАМ
ТАШҚИ ОТИТ
СУРУНКАЛИ ЙИРИНГЛИ ЎРТА ОТИТ
ЎТКИР ЎРТА ОТИТ
МАСТОИДИТ
ҚУЛОҚ СУПРАСИ ЖАРОҲАТЛАРИ
БАРООТИТ ВА БАРОШИКАСТЛАНИШ
ЭШИТИШ ЙЎЛИДАГИ ЁТ ЖИСМ
ЧАККА-ПАСТКИ ЖАҒ БЎҒИМИ СИНДРОМИ
«ҚИЗИЛ КЎЗ» ВА КЎЗДАГИ ОҒРИҚ
КЎЗЛАР ҚИЗАРИШИ, ЁШ ОҚИШИ ЁКИ ОҒРИШИ
КЎЗ АТРОФИДАГИ ОҒРИҚ
КОНЪЮНКТИВИТ
АЛЛЕРГИК РИНОКОНЪЮНКТИВИТ
ШОХ ПАРДАНИНГ ЯРАСИ
УВЕИТ
ЭПИСКЛЕРИТ
КЎЗ ЖАРОҲАТЛАРИ
ГОВМИЧЧА
ГЛАУКОМА
БЛЕФАРИТ
КЕРАТИТ
СУТ БЕЗЛАРИДАГИ ОҒРИҚ
Сут безларини текшириш, улардаги тугунлар ва оғриқларни аниқлаш
МАСТИТ
СУТ БЕЗИ РАКИ
АЁЛЛАР ҚОРНИНИНГ ПАСТКИ СОҲАСИДАГИ ОҒРИҚ
АЁЛЛАРДА ГИНЕКОЛОГИК КАСАЛЛИКЛАР БИЛАН БОҒЛИҚ БЎЛГАН ҚОРИН
ПАСТКИ СОҲАСИДАГИ ОҒРИҚЛАР
БАЧАДОНДАН ТАШҚАРИДАГИ ҲОМИЛАДОРЛИК
ТУХУМДОН ЎСМАЛАРИ
КИЧИК ЧАНОҚ АЪЗОЛАРИНИНГ ЯЛЛИҒЛАНИШ КАСАЛЛИКЛАРИ
МЕНСТРУАЦИЯ ОЛДИ СИНДРОМИ
ЁРҒОҚДАГИ ОҒРИҚ
СИЙДИК-ТАНО ТИЗИМИ АЪЗОЛАРИНИНГ ЖАРОҲАТЛАРИ
МОЯКДАГИ ОҒРИҚ
МОЯКНИНГ БУРАЛИБ ҚОЛИШИ
ЭПИДИДИМИТ

ГИДРОЦЕЛЕ
МОЯК РАКИ
БЕЛДАГИ ОҒРИҚЛАР
БЕЛ СОҲАСИДАГИ ОҒРИҚЛАР
ОСТЕОАРТРОЗ
ҚОРИН АОРТАСИ АНЕВРИЗМАСИ
СПОНДИЛОАРТРОПАТИЯЛАР
АНКИЛОЗЛОВЧИ СПОНДИЛИТ
ҚИН АЖРАЛМАЛАРИ
БАКТЕРИАЛ ВУЛЬВОВАГИНИТ
КАНДИДОЗЛИ ВУЛЬВОВАГИНИТ
ЭСТРОГЕН ТАНҚИС ВУЛЬВОВАГИНИТ
ҚИН РАКИ
КИЧИК ЧАНОҚ АЪЗОЛАРИНИНГ ЎТКИР ЯЛЛИҒЛАНИШ КАСАЛЛИКЛАРИ
ДИАГНОСТИКАСИ ВА ДАВОЛАШ
ЗАХМ
СЎЗАК
УРОГЕНИТАЛ ХЛАМИДИОЗ
ТРИХОМОНИАЗ
ГЕНИТАЛ ГЕРПЕС
ЖИНСИЙ АЪЗОЛАР ПАПИЛЛОМАВИРУСЛИ ИНФЕКЦИЯСИ
(ГЕНИТАЛ СЎГАЛЛАР)
БОШ АЙЛАНИШИ
ХАВФСИЗ ПОЗИЦИОН БОШ АЙЛАНИШИ
МЕНЪЕР КАСАЛЛИГИ
ИНСУЛЬТ
СУБАРАХНОИДАЛ ҚОН ҚУЙИЛИШИ
ЙИРИНГЛИ ИНФЕКЦИЯ
ФЛЕГМОНА
ОСТЕОМИЕЛИТ
МАСТИТ
АБСЦЕСС
АППЕНДИКУЛЯР АБСЦЕСС
БЕЦОЛЬД АБСЦЕССИ
БОШ МИЯ АБСЦЕССИ
ҲАЛҚУМ ОРТИ АБСЦЕССИ
ЎПКА АБСЦЕССИ
КИЧИК ЧАНОҚ АБСЦЕССИ
ИЧАКЛАРАРО АБСЦЕСС
ЮМШОҚ ТЎҚИМАЛАР АБСЦЕССИ
ПАРАТОНЗИЛЛАР АБСЦЕСС
ЖИГАРНИНГ АМЁБАЛИ АБСЦЕССИ
ЖИГАРНИНГ БАКТЕРИАЛ АБСЦЕССИ
ДИАФРАГМА ОСТИ АБСЦЕССИ

ЭПИДУРАЛ СПИНАЛ АБСЦЕСС
ЎТКИР ПАРАПРОКТИТ
КАРБУНКУЛ
САРАМАС
ГИДРОАДЕНИТ
ДИСПЕПСИЯ ВА БОШҚА ОШҚОЗОН – ИЧАК КАСАЛЛИКЛАРИ
ДИСПЕПСИЯ
ЗАРДА ҚАЙНАШИ
ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛ РЕФЛЮКС КАСАЛЛИГИ
ҚИЗИЛЎНГАЧНИНГ ДИФФУЗ СПАЗМИ
ЙЎҒОН ИЧАК ЯЛЛИҒЛАНИШ СИНДРОМИ
ИЧАКНИНГ СУРУНКАЛИ ЯЛЛИҒЛАНИШ КАСАЛЛИКЛАРИ
ПСЕВДОМЕМБРАНОЗ КОЛИТ
НОСПЕЦИФИК ЯРАЛИ КОЛИТ
САЛМОНЕЛЛЁЗ
АМЁБИАЗ
ШИГЕЛЛЁЗ
БАЛАНТИДИАЗ
ҚОРИН ТИФИ – ИЧ ТЕРЛАМА
ҚИЗИЛЎНГАЧНИНГ ХАВФСИЗ ЎСМАЛАРИ
ҚИЗИЛЎНГАЧ РАКИ
САРИҚЛИҚ
ГЕМОЛИТИК КАМҚОНЛИК
ВИРУСЛИ ГЕПАТИТЛАР
ЖИГАР ЦИРРОЗИ
ЎТ-ТОШ КАСАЛЛИГИ
ОШҚОЗОН ОСТИ БЕЗИНИНГ ХАВФЛИ ЎСМАЛАРИ
ҚИЧИШИШ (ТЕРИ КАСАЛЛИКЛАРИДА)
ҚИЧИШИШ
АТОПИК ДЕРМАТИТ
ҚЎТИР
ЭШАКЕМИ
АЛОҚАЛИ ДЕРМАТИТ
ГЕРПЕССИМОН ДЕРМАТИТ
ЯССИ ҚИЗИЛ ТЕМИРАТКИ
ПЕДИКУЛЁЗ
ЭКЗЕМА
ВАРИКОЗЛИ ЭКЗЕМА
ДЕРМАТОМИКОЗЛАР
КАЙФИЯТ ЎЗГАРИШЛАРИ
КАЙФИЯТ БУЗИЛИШЛАРИ
ДЕПРЕССИЯНИНГ ДИАГНОСТИКАСИ
КАТТА ДЕПРЕССИВ БУЗИЛИШЛАР
БИПОЛЯР БУЗИЛИШЛАР
СУРУНКАЛИ ДЕПРЕССИЯ

БОШҚА ДЕПРЕССИВ БУЗИЛИШЛАР
БОШҚА КАСАЛЛИКЛАР БИЛАН БОҒЛИҚ ДЕПРЕССИЯ
ШИЗОФРЕНИЯ
ГИПОТИРЕОЗ
ПАРКИНСОН КАСАЛЛИГИ
АЛКОГОЛИЗМ
НЕВРОТИК БУЗИЛИШЛАР
ОБСЕССИВ-КОМПУЛЬСИВ БУЗИЛИШЛАР
ЖАРОҲАТЛАНИШ ОҚИБАТИДАГИ СТРЕСС БУЗИЛИШЛАР
ХАВОТИРЛАНИШДАГИ ЎЗГАРИШЛАР (БУЗИЛИШЛАР)
ХАВОТИРЛИКДАГИ ЎЗГАРИШЛАР ВА УЛАР БИЛАН БОҒЛИҚ
БУЗИЛИШЛАРНИ ДОРИ БИЛАН ДАВОЛАШ
ТЕРИ ЯРАЛАРИ
ТРОФИК ЯРА
ЁТОҚ ЯРАЛАР
ВЕНАЛАРНИНГ ВАРИКОЗ КЕНГАЙИШИ
ТЕРИ РАКИ
ОЁҚЛАРНИНГ ИШЕМИК КАСАЛЛИГИ
ДИАБЕТИК НЕВРОПАТИЯ
КЛИМАКТЕРИК СИНДРОМ
ПЕРИМЕНОПАУЗАЛ ДАВР
ЙЎТАЛ
КАТТАЛАРДА УЗОҚ ДАВОМ ЭТУВЧИ ЙЎТАЛ
ЎПКАНИНГ СУРУНКАЛИ ОБСТРУКТИВ КАСАЛЛИГИ
БРОНХОЭКТАЗЛАР
ШИФОХОНАДАН ташқарида орттирилган зотилжам
СИЛ
ЎПКА АБСЦЕССИ
ЎПКА РАКИ
ПЛЕВРИТ
КЎКЙЎТАЛ
ҚОН ТУПУРИШ
ЎПКА АРТЕРИЯСИНИНГ ТРОМБОЭМБОЛИЯСИ
ЎТКИР БРОНХИТ
ИСИТМАЛАШ
КАТТА ЁШЛАРДАГИЛАРДА УЧРАЙДИГАН УЗОҚ ДАВОМ ЭТУВЧИ
ИСИТМАЛАШ
ЎТКИР РЕВМАТИК БЕЗГАК
ЛЕЙКОЗЛАР
ЎТКИР ЛИМФОБЛАСТ ЛЕЙКОЗ
ЎТКИР МИЕЛОБЛАСТ ЛЕЙКОЗ
СУРУНКАЛИ МИЕЛОЛЕЙКОЗ
ЎТКИР ЛЕЙКОЗ
ЛИМФОГРАНУЛЕМАТОЗ
ОИВ – ИНФЕКЦИЯСИ ВА ОРТТИРИЛГАН ИММУН ТАНҚИСЛИГИ СИНДРОМИ

СИЙДИК ЧИҚАРИШНИНГ БУЗИЛИШИ
СИЙДИКНИНГ СУСТ ОҚИШИ
СИЙДИК ТУТИЛИШИ
КЕКСА ЁШДАГИ БЕМОРАЛДАРДА СИЙДИК ЙЎЛЛАРИ ИНФЕКЦИЯСИ
СИЙДИК ЧИҚАРИШ ТИЗИМИ ИНФЕКЦИЯЛАРИНИ ДАВОЛАШ
СУРУНКАЛИ БУЙРАК ЕТИШМОВЧИЛИГИ
СИЙДИК – ТОШ КАСАЛЛИГИ
АЁЛЛАРДА СИЙДИК ТУТА ОЛМАСЛИК
ТУМОВ
РИНИТ ТУРЛАРИНИНГ КЛИНИК МАНЗАРАСИ
АТРОФИК РИНИТ ВА ОЗЕНА
АЛЛЕРГИК РИНОКОНЪЮНКТИВИТ
СИНУСИТ ДИАГНОСТИКАСИ
ЎТКИР ГАЙМОРИТ
ЎТКИР РЕСПИРАТОР ВИРУСЛИ ИНФЕКЦИЯЛАР
ЭС – ҲУШНИНГ БУЗИЛИШИ
КОМА
БОШ – МИЯ ШИКАСТЛАНИШЛАРИ
БОШ МИЯ ЧАЙҚАЛИШИ
БОШ МИЯНИНГ ЛАТ ЕЙИШИ
СУБДУРАЛ ГЕМАТОМА
ЭПИДУРАЛ ГЕМАТОМА
ИНСУЛЬТ
СУБАРАХНОИДАЛ ҚОН ҚУЙИЛИШИ
ЭПИЛЕПСИЯ
ҚИЗИБ КЕТИШ ВА ИССИҚ УРИШИ
ҲАЙЗ ЦИКЛИНИНГ БУЗИЛИШИ ВА БАЧАДОНДАН ҚОН КЕТИШИ
БАЧАДОНДАН ДИСФУНКЦИОНАЛ ҚОН КЕТИШИ
ПОСТ МЕНОПАУЗА ДАВРИДА БАЧАДОНДАН ҚОН КЕТИШИ
БАЧАДОН ФИБРОМИОМАСИ
ҲОМИЛА ТУШИШИ (АБОРТ)
ШОШИЛИНЧ ҲОЛАТЛАР
БРОНХИАЛ АСТМА
АСТМАТИК СТАТУС
АНАФИЛАКТИК ШОК
ГИПЕРОСМАЛЯР КЕТОАЦЕДОТИК БЎЛМАГАН КОМА
КОМА
КАРДИОГЕН ШОК
ЎПКА ШИШИ
ГАСТРОДУОДЕНАЛ ҚОН КЕТИШ
ГИПЕРТОНИК КРИЗ
ПАРОКСИЗМАЛ АНТРИОВЕНТРИКУЛЯР ТУГУНЛИ РЕЦИПРОК ТАХИКАРДИЯ
ҚОРИНЧАЛАР ЭКТРАСИСТОЛИЯСИ
БЎЛМАЧАЛАР ФИБРИЛЛЯЦИЯСИ
ҚОРИНЧАЛАР ФИБРИЛЛЯЦИЯСИ

ЎТКИР БУЙРАК ЕТИШМОВЧИЛИГИ
ЗАҲАРЛАНИШ, УМУМИЙ ҲОЛАТЛАР
АЛКОГОЛДАН ЎТКИР ЗАҲАРЛАНИШ
АРОМАТИК УГЛЕВОДОРОДЛАР БИЛАН ЗАҲАРЛАНИШ
КУЙДИРУВЧИ ТАЪСИРГА ЭГА МОДДАЛАР БИЛАН ЗАҲАРЛАНИШ
ҚЎЗИҚОРИНЛАР БИЛАН ЗАҲАРЛАНИШ
МИС, РУХ ВА УЛАРНИНГ БИРИКМАЛАРИДАН ЗАҲАРЛАНИШ
МЕТГЕМОГЛОБИН ҲОАЛАРИ БИЛАН ЗАҲАРЛАНИШ
УГЛЕРОД МОНООКСИДИДАН ЗАҲАРЛАНИШ
МИШЬЯК БИЛАН ЗАҲАРЛАНИШ
НАРКОТИК АНАЛГЕТИКЛАР БИЛАН ЗАҲАРЛАНИШ
НЕЙРОЛЕПТИКЛАР БИЛАН ЗАҲАРЛАНИШ
ПАРАЦЕТАМОЛ БИЛАН ЗАҲАРЛАНИШ
ТЕМИР ПРЕПАРАТЛАРИ БИЛАН ЎТКИР ЗАҲАРЛАНИШ
НЕФТНИ ҚАЙТА ИШЛАБ ЧИҚИШДА ҲО БЎЛГАН МАҲСУЛОТЛАР БИЛАН
ЗАҲАРЛАНИШ
СИМОБ ВА УНИНГ БИРИКМАЛАРИ БИЛАН ЗАҲАРЛАНИШ
САЛИЦИЛАТЛАР БИЛАН ЗАҲАРЛАНИШ
ҚЎРҒОШИН ВА УНИНГ БИРИКМАЛАРИ БИЛАН ЗАҲАРЛАНИШ
СИНИЛ КИСЛОТАСИ ВА БОШҚА ЦИАНИДЛАРДАН ЗАҲАРЛАНИШ
ОЛТИНГУГУРТ БИРИКМАЛАРИДАН ЗАҲАРЛАНИШ
УХЛАТУВЧИ ВОСИТАЛАР ВА ТРАНКВИЛИЗАТОРЛАР БИЛАН ЗАҲАРЛАНИШ
АЛКОГОЛ СУРРОГАТЛАРИ БИЛАН ЎТКИР ЗАҲАРЛАНИШ
БОЛАЛАРДА ЗАҲАРЛАНИШ
ФОРМАЛЬДЕГИД (ФОРМАЛИН) БИЛАН ЗАҲАРЛАНИШ
ФОСФОР ВА УНИНГ ОРГАНИК БЎЛМАГАН БИРИКМАЛАРИ БИЛАН
ЗАҲАРЛАНИШ
ФОСФОР ОРГАНИК МОДДАЛАР БИЛАН ЗАҲАРЛАНИШ
ЭЛЕКТР ТОКИ БИЛАН ЖАРОҲАТЛАНИШ
НАФАС ЙЎЛЛАРИДАГИ ЁТ ЖИСМ
ҚИЗИЛЎНГАЧДАГИ ЁТ ЖИСМ
ГИПЕРВЕНТИЛЯЦИЯ
РЕАКТИВ ПСИХОЗ
ШИЗОФРЕНИЯ
ТРАНЗИТОР ИШЕМИК ХУЖУМЛАР
ҲАНСИРАШ
СУРУНКАЛИ ЮРАК ЕТИШМОВЧИЛИГИ
НАФАС ЕТИШМОВЧИЛИГИ
ЎТКИР ЎПКАЛИ – ЮРАК
СЕМИРИШ
ГИПЕРТРОФИК КАРДИОМИОПАТИЯ
МИОКАРДИТ
ШИШЛАР
БОЛДИРЛАР ШИШИ
ЎНГ ҚОРИНЧА ЕТИШМОВЧИЛИГИ

ЎТКИР ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТ
СУРУНКАЛИ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТ
БУЙРАКЛАР АМИЛОИДОЗИ
ДИАБЕТИК НЕФРОПАТИЯ
ЖИГАР ЦИРРОЗИ
АНГИОНЕВРОТИК ШИШ
ЁРҒОҚНИНГ ҲАЖМИЙ ҲОАСИ
ЁРҒОҚНИНГ КАТТАЛАШУВИ ЁКИ ПАЙПАСЛАНГАНДА ҚЎЛГА УННАЙДИГАН
ҲОА МАВЖУДЛИГИ
ГИДРОЦЕЛЕ
ЭПИДИДИМИТ
ВАРИКОЦЕЛЕ
МОЯК РАКИ
ТУХУМНИНГ ЁРҒОҚДА ЙЎҚЛИГИ
ЖОЙИГА ТУШМАГАН ТУХУМ
КРИПТОРХИЗМ
ЎТА ХАВФЛИ ИНФЕКЦИЯЛАР
ВАБО
ЎЛАТ
ҚОРА ЧЕЧАК
КУЙДИРГИ
ЎТКИР ТОШМА
ТОШМА
ҚИЗАМИҚ
ҚИЗИЛЧА
СКАРЛАТИНА
ЮҚУМЛИ МОНОНУКЛЕОЗ
ОИВ – ИНФЕКЦИЯСИ ВА ОРТТИРИЛГАН ИММУН ТАНҚИСЛИГИ СИНДРОМИ
ПУШТИ ТЕМИРАТКИ
ЭШАКЕМ
СУВЧЕЧАК
ЎРАБ ОЛУВЧИ ТЕМИРАТКИ
ИМПЕТИГО
ТУҒРУҚДАН КЕЙИНГИ ДАВРДАГИ ПАТОЛОГИК ҲОЛАТЛАР
АЁЛЛАРДА ГИНЕКОЛОГИК КАСАЛЛИКЛАР БИЛАН БОҒЛИҚ БЎЛГАН ҚОРИН
ПАСТКИ СОҲАСИДАГИ ОҒРИҚЛАР
ТУҒРУҚДАН КЕЙИНГИ ПСИХОЗ ВА БОШҚА РУҲИЙ БУЗИЛИШЛАР
ПАТОЛОГИК ҲОМИЛАДОРЛИК
ТУҒРУҚДАН КЕЙИН УЧРАЙДИГАН ЯЛЛИҒЛАНИШ КАСАЛЛИКЛАРИ
ПИЕЛОНЕФРИТ
ҲОМИЛАДОРЛИК ВА АРТЕРИАЛ БОСИМ
ПРЕЭКЛАМПСИЯ
ЖИНСИЙ ОЛАТ БОШЧАСИ ВА ЧЕККА КЕРТМАСИ ПАТОЛОГИЯСИ
ФИМОЗ
ПАРАФИМОЗ

БАЛАНИТ, БАЛАНОПОСТИТ ВА ПАРАФИМОЗ
ОРҚА ЧИҚАРУВ ТЕШИГИ АТРОФ СОҲАСИНИНГ ЎТКИР УЧЛИ
КОНДИЛОМАЛАРИ
ЖИНСИЙ ОЛАТ РАКИ
ПРОСТАТА БЕЗИ ПАТОЛОГИЯСИ
СУРУНКАЛИ ПРОСТАТИТ
ПРОСТАТА БЕЗИНИНГ ХАВФСИЗ ГИПЕРПЛАЗИЯСИ
ПРОСТАТА БЕЗИ РАКИ
ТЕРИНИНГ ПИГМЕНТЛИ ЎЗГАРИШЛАРИ
ВИТИЛИГО
АЛЬБИНИЗМ
НЕВУС
МЕЛАНОМА
ТЕРИНИНГ ШИКАСТЛАНИШИ
КУЙИШ
КЎЗНИНГ КИМЁВИЙ МОДДАЛАР ТАЪСИРИДА КУЙИШИ
ҚИЗИЛЎНГАЧНИНГ КИМЁВИЙ МОДДАЛАР ТАЪСИРИДА КУЙИШИ
ҚУЁШ НУРИДАН КУЙИШ
ЖАРОҲАТЛАР
СОВУҚ УРИШИ
ПОЛИДИПСИЯ
1-ТИП ҚАНДЛИ ДИАБЕТ
2 – ТИП ҚАНДЛИ ДИАБЕТ
ҚАНДСИЗ ДИАБЕТ
РУҲИЙ БУЗИЛИШЛАР
ХАВОТИРЛИ БУЗИЛИШ
ШАҲСНИНГ БУЗИЛИШЛАРИ
ТУТҚАНОҚЛАР
ЭПИЛЕПСИЯ БЕЛГИЛАРИ БЎЛГАН БЕМОРЛАРНИ ТЕКШИРИШ
БОШ МИЯ ЎСМАЛАРИ
МИЯ ИЧИ ТРАВМАТИК ГЕМАТОМАСИ
МЕНИНГИТ
БАҲОРГИ-ЁЗГИ КАНАЛИ ЭНЦЕФАЛИТ
ВИРУСЛИ ЭНЦЕФАЛИТ
БОШ МИЯНИНГ ЛАТ ЕЙИШИ
БОШ МИЯ ЧАЙҚАЛИШИ
БОЛАЛАР ЦЕРЕБРАЛ ФАЛАЖИ
ЮРАК УРИШИ
ЮРАКНИНГ АОРТАЛ НУҚСОНЛАРИ
ЮРАКНИНГ МИТРАЛ НУҚСОНЛАРИ
БИРИКТИРУВЧИ ТЎҚИМАНИНГ ТИЗИМЛИ КАСАЛЛИКЛАРИ
СИСТЕМАЛИ ҚИЗИЛ ВОЛЧАНКА
СИСТЕМАЛИ СКЛЕРОДЕРМИЯ
ПОЛИМИОЗИТ ВА ДЕРМАТОМИОЗИТ
ТУГУНЧАЛИ ПОЛИАРТЕРИИТ

СЕКСУАЛ БУЗИЛИШЛАР
ЭРЕКТИЛ ДИСФУНКЦИЯ
ЭЯКУЛЯЦИЯНИНГ БУЗИЛИШИ
ВАГИНИЗМ
БЎҒИМ СИНДРОМИ
БЎҒИМЛАРИ ЯЛЛИҒЛАНГАН БЕМОРИ ТЕКШИРИШ
БЎҒИМЛАР ЯЛЛИҒЛАНИШИНИ ДИАГНОСТИКАСИ
БЎҒИМЛАРНИНГ ЯЛЛИҒЛАНИШЛИ ЗАРАРЛАНИШИДА НОЗОЛОГИК
СПЕЦИФИК БЕЛГИЛАР
ЎТКИР РЕВМАТИК ИСИТМА
РЕВМАТОИД АРТРИТ
РЕАКТИВ АРТРИТ
ПОДАГРА
ОСТЕОАРТРОЗ
СПОНДИЛОАРТРОПАТИЯЛАР
ҚУЛОҚ ОҒИРЛИГИ
НЕЙРОСЕНСОР ҚУЛОҚ ОҒИРЛИГИ
ОТОСКЛЕРОЗ
ТАШҚИ ОТИТ
СУРУНКАЛИ ЙИРИНГЛИ ЎРТА ОТИТ
ТАШҚИ ВА ЎРТА ҚУЛОҚНИНГ ХАВҒЛИ ЎСМАЛАРИ
БЕЗОВТАЛИК
БЕЗОВТАЛАНИШДАГИ ЎЗГАРИШЛАР
БЕЗОВТАЛИКДАГИ ЎЗГАРИШЛАР ВА УЛАР БИЛАН БОҒЛИК
БУЗИЛИШЛАРНИ ДОРИЛАР БИЛАН ДАВОЛАШ
АЛКОГОЛИЗМ
ДЕЛИРИЙ
ДЕМЕНЦИЯ (ақлан заифлик)
ШИЗОФРЕНИЯ
ТИРЕОТОКСИКОЗ СИНДРОМИ
ТРЕМОР
ЭССЕНЦИАЛ ТРЕМОР
ПАРКИНСОН КАСАЛЛИГИ
ПАРКИНСОНИЗМ
АЛЬЦХАЙМЕР КАСАЛЛИГИ

*Инсон манфаатлари устувор экан,
халқ саломатлиги биз учун*

И.А.Каримов

Ўзбекистонда ўтган 14 йиллик мустақиллик даврида халқ фаровонлигини ошириш ва маънавий жиҳатдан баркамол бўлиши, аҳолини конституцион ҳақ – ҳуқуқларини таъминлаш, юқори малакали тиббий хизмат ва социал ҳимоя қилишни амалга ошириш мақсадида иқтисодий ва давлат қурилиши шунингдек бошқа йўналишларда қатор ислохатлар амалга оширилди.

Республикамиз Президенти И. А. Каримовнинг 1998 йил 10 ноябрдаги «Ўзбекистон Соғлиқни Сақлаш тизимини ислоҳ қилиш Давлат дастури» тўғрисидаги фармони Ўзбекистонда тиббиётнинг ривожланишида тарихий бурилиш даври бўлди. Унда Республикамизда ўтказилаётган ислохатларга мос равишда Ўзбекистон тиббиётини дунё миқёси даражасига кўтариш, тиббий хизмат сифатини ошириш, соғлом авлодни тарбиялаш учун лозим бўлган ташкилий, иқтисодий, ҳуқуқий шароитлар аниқ ва равшан ёритилган.

Давлатимиз раҳбари ва ҳукуматнинг доимий қўллаб – қувватлаши асосида бозор иқтисодиёти муносабатлари даврида аҳолига бепул тиббий хизмат кўрсатувчи Соғлиқни Сақлаш тузулмалари ва даволаш – профессорлактик муассасалари тизимини қайта такомиллаштириш борасида катта ишлар амалга оширилмоқда. Республика Соғлиқни Сақлаш тузулмасида қисқа муддат мобайнида умуман янги, ўхшаши бошқа давлатларда йўқ бўлган, аҳолига тез тиббий ёрдам хизмати кўрсатиш тизими пайдо бўлди. Тошкент шаҳридаги Республика шошилинич тиббий ёрдам илмий маркази унинг бош муассасаси ҳисобланади. Бугунги кунда унинг филиаллари барча вилоятларда ташкил этилган ва аҳолига фаол тиббий хизмат кўрсатишмоқда. Икки йил давомида 13 та йирик замонавий талабларга жавоб берадиган шифохона комплексларининг ташкил этилиши Ўзбекистон соғлиқни сақлаш тизими тарихида илгари кузатилмаган воқелик бўлди ва бу ишлар жуда катта ғайрат ва шижоатни талаб этди. Уларнинг барчаси дунёдаги етакчи фирмаларда ишлаб чиқарилган юқори даражадаги диагностик ва даволаш тиббий техникалари билан таъминланган ва таъминланмоқда. Ушбу тез тиббий ёрдам хизмати кўрсатиш марказларида Республикамиз ва чет эллардаги етакчи клиникаларда малакасини оширган ва ошираётган етук мутахассислар беморларга тиббий хизмат кўрсатмоқдалар.

Марказий туман ва шаҳар шифохоналарининг жарроҳлик ҳамда реанимация бўлимлари қайта таъмирланиб улар асосида тез тиббий ёрдам хизмати кўрсатиш тармоқлари ташкил этилди ва бугунги кунда уларнинг 165 таси фаолият юритмоқда. Бундан ташқари қишлоқ ва шаҳар врачлик пунктлари қошида тез тиббий ёрдам хизмати кўрсатиш тизимининг постлари ташкил этилмоқда. Ўзбекистонда 131 минг ўринга эга бўлган 1030 та шифохона ва 3672 та амбулатор поликлиник муассасаларида аҳолига тиббий ёрдам кўрсатилмоқда.

Ўзбекистон ҳукуматининг 1997 йилдаги қарорига биноан Республикада бирламчи тиббий-санитар ёрдами кўрсатувчи мутлоқ янги типдаги қишлоқ врачлик пунктлари (ҚВП) очила бошланди. Уларнинг бинолари махсус проектлар асосида

қурилаяпти. Бугунги кунда Республикада 1524 та ҚВП фаолият кўрсатмоқда. Ушбу тармоқда 74 минг врач ва 250 мингга яқин ўрта тиббиёт ходими ишламоқда.

Соғлиқни сақлаш тизимини ислоҳ қилиш давлат дастурининг устувор йўналишига мос равишда тиббий - профессориллаштирилган муассасаларида хизмат кўрсатиш тизимини қайта ташкиллаштириш ҳамда бирламчи тиббий - санитария хизмати тузилмасини ўзгартириш ишлари амалга оширилмоқда.

Бугунги кунда кўп поғонали тиббий хизмат кўрсатишдан икки поғонали тизимга ўтиш вазифаси қўйилган. Унда ҳозирги замон талаби ва иқтисодий муҳитига мослашган, тузилмалари, вазифалари, ўзаро боғлиқликлари ва бўйсиниш ҳамда бошқарув механизмлари яратилган икки босқичли даволаш - профессориллаштирилган тиббий хизмат кўрсатувчи муассасалар тўғрисида гап кетмоқда. Ушбу тизимнинг тиббий хизмат кўрсатилувчи аҳолига имкон доирасида яқинлаштирилганлиги муҳим аҳамият касб этади. Келажакдаги вазифа шифохоналардаги тиббий хизмат салмоғини камайтириб, сифати, даражаси, хавфсизлиги ва ҳаммабплигини сақлаган ҳолда унинг ўрнини босувчи технологияларни тадбиқ этиб, Республикада бирламчи тиббиёт тизимида тўлақонли медицина ёрдами кўрсатувчи умумий амалиёт врачлари хизматини яратишдир.

Республикамизда қабул қилинган кадрлар тайёрлаш Миллий дастури асосида тиббиёт олий ўқув юртининг даволаш факультетларида ўқиш муддати етти йил қилиб белгиланган. Ёш мутахассислар ўқишни муваффақиятли якунлаганларидан сўнг умумий амалиёт врачлари мутахассислиги дипломи берилади. Бундай тизим дунёдаги барча ривожланган мамлакатларда аллақачон жорий этилган, тиббий ва иқтисодий томондан ўз самарадорлигини оқлаган. Умумий амалиёт врачлари жамиятининг (д-р Левсикхорт экспертлар гуруҳи) таклифига биноан «Умумий амалиёт врачлари - олий медицина ўқув юртини тугатган ва тиббиётнинг бирламчи бўғинларида жинси, ёши ҳамда касаллигининг туридан қатъий назар алоҳида шахсга, оилага ёки гуруҳ аҳолига бирламчи индивидуал ва доимий тиббий профессориллаштирилган хизмат кўрсатувчи мутахассисдир».

Ушбу ўзбек ва рус тилларида чоп этилаётган қўлланма умумий амалиёт врачларига мўлжалланган. Шунингдек биз китоб дипломдан кейинги тайёргарлик курсларини ўтаётган врачлар ва медицина олий ўқув юртининг юқори курс талабалари учун ҳам муҳим ахборот воситаси бўлиб хизмат қилади деб умид қиламиз.

Бош муҳаррирлар
Ф.Ғ.НАЗИРОВ
А.Ғ.ГАДАЕВ

НАШР ИШТИРОКЧИЛАРИ

Бош муҳаррирлар

Назиров Феруз Гофурович, тиббиёт фанлари доктори, профессор, Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни Сақлаш вазири

Гадаев Абдиғаффор Гадаевич, тиббиёт фанлари доктори, профессор, Тошкент Тиббиёт Академияси умумий амалиёт ва радиология кафедраси мудири

МУАЛЛИФЛАР, МУҲАРРИРЛАР

Абдуллаходжаева Малика Самадовна, тиббиёт фанлари доктори, академик, Республика патологик анатомия маркази директори.

Агзамхаджаев Саидазим Саидмагруфович, тиббиёт фанлари номзоди, Тошкент шаҳар соғлиқни сақлаш бош бошқармаси тез тиббий ёрдам станцияси бош вазири.

Агзамхужаев Талат Сайдазимович, тиббиёт фанлари доктори, профессор, Тошкент педиатрия тиббиёт институти клиникаси бош вазири.

Азизов Мирҳаким Джавҳарович, тиббиёт фанлари доктори, профессор, Ўзбекистон соғлиқни сақлаш вазирлиги травматология ва ортопедия ИТИ директори.

Алимов Анвар Валиевич, тиббиёт фанлари доктори, профессор, Тошкент педиатрия тиббиёт институти ректори.

Арифов Саидқосим Саидазимович, тиббиёт фанлари доктори, профессор, Ўзбекистон соғлиқни сақлаш вазирлиги тери ва тано касалликлари ИТИ директори ўринбосари.

Арустамов Дмитрий Львович, тиббиёт фанлари доктори, профессор, Республика ихтисослаштирилган урология маркази директори.

Атаханов Шухрат Эргашевич, тиббиёт фанлари доктори, профессор, Соғлиқни сақлаш вазирлиги кадрлар ва ўқув юртлари бош бошқармаси бошлиғи.

Аюпова Фарида Мирзаевна, тиббиёт фанлари доктори, профессор, Тошкент Тиббиёт Академияси акушерлик ва гинекология кафедраси мудири.

Байбеков Искандар Мухамедович, тиббиёт фанлари доктори, профессор, В.В.Вохидов номидаги Республика ихтисослаштирилган хирургия маркази патологик анатомия бўлими раҳбари.

Гафур-Ахунوف Мирза Аллаярович, тиббиёт фанлари доктори, профессор, Ўзбекистон соғлиқни сақлаш вазирлиги Республика онкология илмий маркази бўлим бошлиғи.

Гафуров Бахтиёр Гафурович, тиббиёт фанлари доктори, профессор, Ўзбекистон Республикаси соғлиқни сақлаш вазирлигининг бош невропатологи.

Даминов Турғунпўлат Обидович, тиббиёт фанлари доктори, Ўзбекистон Фанлар академиясининг академиги, Тошкент Тиббиёт Академияси юқумли касалликлар кафедраси мудири.

Иноятова Флора Ильясовна, тиббиёт фанлари доктори, профессор, Ўзбекистон соғлиқни сақлаш вазирлиги педиатрия ИТИ бўлим бошлиғи.

Искандаров Алишер Искандарович, тиббиёт фанлари доктори, профессор, Тошкент педиатрия тиббиёт институти проректори.

Исмоилов Сайдғанихўжа Ибрагимович, тиббиёт фанлари доктори, профессор, Ўзбекистон соғлиқни сақлаш вазирлиги, эндокринология ИТИ директори.

Калиш Юрий Иванович, тиббиёт фанлари доктори, профессор, В.В.Вохидов номидаги Республика ихтисослаштирилган хирургия маркази директори.

Каримов Хомид Ёқубович, тиббиёт фанлари доктори, профессор, Ўзбекистон соғлиқни сақлаш вазирлиги гематология ва қон қуйиш ИТИ директори.

Каримов Шавкат Ибрагимович, тиббиёт фанлари доктори, Ўзбекистон Фанлар академиясининг академиги, Тошкент Тиббиёт Академияси ректори.

Комилов Асомиддин Исоқович, тиббиёт фанлари доктори, профессор, Ўзбекистон соғлиқни сақлаш вазирининг ўринбосари.

Қурбанов Равшан Давлатович, тиббиёт фанлари доктори, профессор, Республика ихтисослаштирилган кардиология маркази директори.

Қурбонов Жаҳонгир Жамолович, тиббиёт фанлари доктори, профессор, Ўзбекистон соғлиқни сақлаш вазирлиги акушерлик ва гинекология ИТИ директори.

Любчич Аделина Семеновна, Республика перинатал маркази директори.

Махмудов Орхон Сирожиддинович, тиббиёт фанлари доктори, профессор, Ўзбекистон соғлиқни сақлаш вазирлиги Педиатрия ИТИ бўлим бошлиғи.

Махмудова Дилбар Иноятовна, тиббиёт фанлари доктори, профессор, Ўзбекистон соғлиқни сақлаш вазирлиги Педиатрия ИТИ директори.

Мусабоев Эркин Исоқович, тиббиёт фанлари доктори, профессор, Ўзбекистон соғлиқни сақлаш вазирлиги Вирусология ИТИ директори.

Ниёзматов Бахтиёр Ибрагимович, тиббиёт фанлари доктори, профессор, Ўзбекистон соғлиқни сақлаш вазирининг ўринбосари.

Сидиқов Абдинуьмон Эргашович, Ўзбекистон соғлиқни сақлаш вазирлиги ташқи алоқалар бош бошқармаси бошлиғи.

Содиқов Зафар Умарович, Ўзбекистон соғлиқни сақлаш вазирлиги ихтисослашган кўз микрохирургияси маркази директори.

Хакимов Темир Пўлатович, Ўзбекистон соғлиқни сақлаш вазирлиги кадрлар ва ўқув юртлари бош бошқармаси бошлиғининг ўринбосари.

Ҳожибеков Марат Худойқулович, тиббиёт фанлари доктори, профессор, Ўзбекистон соғлиқни сақлаш вазирининг ўринбосари.

Ҳожибоев Абдуҳаким Мўминович, тиббиёт фанлари доктори, профессор, Ўзбекистон соғлиқни сақлаш вазирининг биринчи ўринбосари.

Хошимов Шухрат Хушнитович, тиббиёт фанлари номзоди, Ўзбекистон соғлиқни сақлаш вазирлиги тиббий профилактика ёрдамни ташкил қилиш бош бошқармаси бошлиғи.

Шамсиев Азамат Мухитдинович, тиббиёт фанлари доктори, профессор, Самарқанд Давлат Тиббиёт институти ректори.

Юнусхўжаев Аҳмадхўжа Нигманович, фармацевтика фанлари доктори, профессор, Тошкент Фармацевтика институти ректори.

ЕТАКЧИ МУҲАРРИРЛАР

АЛЛЕРГОЛОГИЯ ВА ИММУНОЛОГИЯ

Хаитов Рахим Мусаевич, тиббиёт фанлари доктори, профессор, РТФА академиги, РФ Соғлиқни сақлаш ва социал ривожланиш вазирлиги Иммунология Институти директори.

Ильина Наталия Ивановна, тиббиёт фанлари доктори, профессор, РФ Соғлиқни сақлаш ва социал ривожланиш вазирлиги Иммунология Институти директори муовини ва клиника бош шифокори.

АНЕСТЕЗИОЛОГИЯ

Городецкий Владимир Матвеевич, тиббиёт фанлари доктори, профессор, РТФА мухбир аъзоси, РТФА Гематология илмий маркази директори муовини, анестезиология ва реанимация бўлими раҳбари.

Ивашкин Владимир Трофимович, тиббиёт фанлари доктори, профессор, РТФА академиги, И.М.Сеченов номидаги Москва Тиббиёт Академияси ички касалликлар пропедевтикаси кафедраси мудири.

ГЕМАТОЛОГИЯ

Воробьев Андрей Иванович, тиббиёт фанлари доктори, профессор, РФА ва РТФА академиги, РТФА гематология илмий маркази бош директори, Россия дипломдан кейинги таълим тиббиёт институтининг гематология ва интенсив терапия кафедраси мудири.

ГИНЕКОЛОГИЯ, АКУШЕРЛИК ВА ГИНЕКОЛОГИЯ

Кулаков Владимир Иванович, тиббиёт фанлари доктори, профессор, РТФА академиги, РТФА акушерлик, гинекология ва перинатология илмий маркази директори.

ДЕРМАТОЛОГИЯ

Кубанова Анна Алексеевна, тиббиёт фанлари доктори, профессор, РТФА академиги, РФ Соғлиқни сақлаш ва социал ривожланиш вазирлиги тери-тано касалликлари марказий илмий текшириш институти директори.

БОЛАЛАР ЖАРРОҲЛИГИ

Исаков Юрий Фёдорович, тиббиёт фанлари доктори, профессор, РТФА академиги, Россия Давлат Тиббиёт Университетининг болалар жароҳлиги кафедраси мудири.

ҚУЛОҚ, ТОМОҚ ВА БУРУН КАСАЛЛИКЛАРИ

Богомилский Михаил Рафаилович, тиббиёт фанлари доктори, профессор, РТФА мухбир аъзоси, Россия Давлат Тиббиёт Университетининг болалар оториноларингология кафедраси мудири.

ЮҚУМЛИ КАСАЛЛИКЛАР ВА ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

Покровский Валентин Иванович, тиббиёт фанлари доктори, профессор, РТФА академиги, РТФА президенти, РФ Соғлиқни сақлаш ва социал ривожланиш вазирлиги эпидемиология маркази ИТИ директори.

Юшук Николай Дмитриевич, тиббиёт фанлари доктори, профессор, РТФА академиги, Москва Давлат тиббий-стоматология университети ректори, юқумли касалликлар ва эпидемиология кафедраси мудири.

КАРДИОЛОГИЯ

Беленков Юрий Никитич, тиббиёт фанлари доктори, профессор, РТФА академиги, РФА мухбир аъзоси, А.Л.Мясников номидаги кардиология институти директори.

Чазов Евгений Иванович, РФА ва РТФА академиги, РФ Соғлиқни сақлаш ва социал ривожланиш вазирлиги Россия кардиология илмий-ишлаб чиқариш комплекси директори.

КАРДИОХИРУРГИЯ

Акчурин Ренат Сулейманович, тиббиёт фанлари доктори, профессор, РТФА академиги, РФ Соғлиқни сақлаш ва социал ривожланиш вазирлиги Россия кардиология илмий-ишлаб чиқариш комплексининг юрак-томир касалликлари бўлими мудири.

Бакерия Лео Антонович, тиббиёт фанлари доктори, профессор, РТФА академиги, РТФА А.Н.Бакулев номидаги юрак-томир хирургияси илмий маркази бош директори, В.И.Бураковский номидаги кардиохирургия ИТИ директори.

МЕҲНАТ ТИББИЁТИ

Амиров Наиль Хабибуллович, тиббиёт фанлари доктори, профессор, РТФА академиги, Қозон Давлат Медицина Университети ректори, гигиена, меҳнат тиббиёти кафедраси мудири.

НАСЛ КАСАЛЛИКЛАРИ

Бочков Николай Павлович, тиббиёт фанлари доктори, профессор, РТФА академиги, РТФА вице-президенти, И.М.Сеченов номидаги Москва Тиббиёт Академиясининг генетика кафедраси мудири.

НЕВРОЛОГИЯ

Гусев Евгений Иванович, тиббиёт фанлари доктори, профессор, РТФА академиги, Россия Давлат Тиббиёт Университети неврология ва нейрохирургия кафедраси мудири.

Скворцова Вероника Игоревна, тиббиёт фанлари доктори, профессор, РТФА мухбир аъзоси, Россия Давлат Тиббиёт Университети фундаментал ва клиник неврология кафедраси мудири.

ШОШИЛИНЧ ҲОЛАТЛАР

Верткин Аркадий Львович, тиббиёт фанлари доктори, профессор, Москва Давлат Тиббий Стоматология Университети клиник фармакология кафедраси мудири.

НЕФРОЛОГИЯ

Мухин Николай Алексеевич, тиббиёт фанлари доктори, профессор, РТФА академиги, И.М.Сеченов номидаги Москва Тиббиёт Академияси терапия ва касб касалликлари кафедраси мудири.

УМУМИЙ ШИФОКОР АМАЛИЁТИ

Денисов Игорь Николаевич, тиббиёт фанлари доктори, профессор, РТФА академиги, И.М.Сеченов номидаги Москва Тиббиёт Академияси оила тиббиёти кафедраси мудири.

ОНКОЛОГИЯ

Чиссов Валерий Иванович, тиббиёт фанлари доктори, профессор, РТФА академиги, РФ Соғлиқни сақлаш ва социал ривожланиш вазирлиги П.А.Герцен номидаги Москва онкология ИТИ директори.

ОФТАЛЬМОЛОГИЯ

Егоров Евгений Алексеевич, тиббиёт фанлари доктори, профессор, Россия Давлат Тиббиёт Университети даволаш факультетининг кўз касалликлари кафедраси мудири.

ПЕДИАТРИЯ

Баранов Александр Александрович, тиббиёт фанлари доктори, профессор, РТФА академиги, РТФА Болалар соғлиги илмий маркази директори.

Намазова Лейла Сеймуровна, тиббиёт фанлари доктори, профессор, РТФА Болалар соғлиги илмий марказининг стационарни қопловчи технологияси бўлими раҳбари.

ОВКАТЛАНИШ ВА ДАВО ПАРҲЕЗИ

Тутельян Виктор Александрович, тиббиёт фанлари доктори, профессор, РТФА академиги, РТФА овқатланиш институти директори.

ПСИХИАТРИЯ

Дмитриева Татьяна Борисовна, тиббиёт фанлари доктори, профессор, РТФА академиги, В.П.Сербский номидаги суд ва социал психиатрия Давлат илмий маркази директори.

Александровский Юрий Анатольевич, тиббиёт фанлари доктори, профессор, В.П.Сербский номидаги суд ва социал психиатрия Давлат илмий маркази директорининг ўринбосари.

ПУЛЬМОНОЛОГИЯ

Чучалин Александр Григорьевич, тиббиёт фанлари доктори, профессор, РТФА академиги, РФ Соғлиқни сақлаш ва социал ривожланиш вазирлиги пульмонология институти директори, Россия Давлат Тиббиёт Университети педиатрия факультетининг ички касалликлар кафедраси мудири.

РЕВМАТОЛОГИЯ

Насонов Евгений Львович, тиббиёт фанлари доктори, профессор, РТФА мухбир аъзоси, РТФА ревматология Институти директори.

ТОМИР ХИРУРГИЯСИ

Белов Юрий Владимирович, тиббиёт фанлари доктори, профессор, РТФА хирургия илмий марказининг аорта ва унинг шохчалари бўлими мудири.

ТРАВМАТОЛОГИЯ

Епифанов Виталий Александрович, тиббиёт фанлари доктори, профессор, Москва Давлат Тиббий Стоматология Университети дипломдан кейинги таълим факультетининг жисмоний реабилитация ва спорт тиббиёти, физиотерапия курси кафедраси мудири.

УРОЛОГИЯ

Лопаткин Николай Алексеевич, тиббиёт фанлари доктори, профессор, РТФА академиги, РФ Соғлиқни сақлаш ва социал ривожланиш вазирлиги урология ИТИ директори.

ХИРУРГИЯ

Шевченко Юрий Леонидович, тиббиёт фанлари доктори, профессор, РТФА академиги, И.М.Сеченов номидаги Москва Тиббиёт Академияси даволаш факультетининг хирургия кафедраси мудири, РФ Соғлиқни сақлаш ва социал ривожланиш вазирлиги Н.И.Пирогов номидаги Миллий тиббий-хирургия маркази президенти.

ЭНДОКРИНОЛОГИЯ

Дедов Иван Иванович, тиббиёт фанлари доктори, профессор, РФА ва РТФА академиги, РТФА Эндокринология илмий маркази директори.

Мельниченко Галина Афанасьевна, тиббиёт фанлари доктори, профессор, РТФА мухбир аъзоси, И.М.Сеченов номидаги Москва Тиббиёт Академияси эндокринология кафедраси мудири.

ФАРМАКОЛОГИЯ

Белоусов Юрий Борисович, тиббиёт фанлари доктори, профессор, РТФА мухбир аъзоси, Россия Давлат Тиббиёт Университети врачлар малакасини ошириш факультетининг клиник фармакология кафедраси мудири.

Хабриев Рамил Усманович, тиббиёт фанлари доктори, профессор, РТФА мухбир аъзоси, РФ Соғлиқни сақлаш ва социал ривожланиш соҳаси бўйича назорат Федерал хизматининг раҳбари.

Харкевич Дмитрий Александрович, тиббиёт фанлари доктори, профессор, РТФА академиги.

ФТИЗИАТРИЯ

Перельман Михаил Израилович, тиббиёт фанлари доктори, профессор, РТФА академиги, И.М.Сеченов номидаги Москва Тиббиёт Академияси фтизиопульманология ИТИ директори.

НАШР ТУЗИЛИШИ

Қўлланма 50 қисмдан иборат: Артериал гипертензия, бош оғриқ, томоқда оғриқ ва бошқалар. Улар синдромал тартибда тузилган бўлиб – синдромдан диагнозга қараб (яъни муайян касалликка) борилади. Бундай ёндошиш умумий амалиёт врачлари ўз иш фаолиятида маълум касалликларга эмас кўпинча дифференцияланмаган муаммоларга дуч келиши билан (масалан, кўкрак қафасида оғриқ, камқонлик) боғлиқ. Қўлланмада ушбу ҳолатларда умумий амалиёт врачларининг тактикаси ёритилган.

Муаллифлар жамоаси қўлланмани Ўзбекистон Республикасида ишлаётган умумий амалиёт врачлари клиник фаолиятида кундалик китоб бўлиб хизмат қилиши учун сидқидилдан ҳаракат қилди. Ушбу нашрда бошқа замонавий қўлланмалардан фарқли ўлароқ, бирламчи бўғимда ишлаётган врачлар учун муҳим бўлган: шифохонага ва тор мутахассислар маслаҳатига юбориш кўрсатмаларига, беморлар учун дастурларга, реабилитация ҳамда профилактикага муҳим аҳамият берилган.

Нашрнинг негизини умумий амалиёт врачлари учун замонавий клиник тавсиялар ва касалликлар ҳақидаги батаф маълумотлар ташкил қилади.

Клиник тавсиялар қуйидаги тартибда берилган:

Таъриф

10 - Ҳалқаро касалликлар классификацияси (ХКК) коди

Эпидемиология

Скрининг

Профилактика

Классификация

Диагноз

- Анамнез ва физикал текшириш
- Лаборатория ва инструментал текшириш
- Дифференциал диагноз
- Тор мутахассисга йўллашга кўрсатмалар

Даволаш

- Шифохонада даволанишга кўрсатмалар
- Дориларсиз даволаш
- Дорилар билан даволаш

Прогноз

Касалликлар қуйидаги тартибда ёритилган:

Таъриф

Этиология ва хавфли омиллар

Патогенез, патоморфология

Клиник кўриниши

Лаборатория текширишлари

Махсус текширишлар

Диагностик тактика

Дифференциал диагностика

Даволаш

Асоратлар

Профилактика

Кечиши ва прогнози

10 – Ҳалқаро касалликлар классификацияси коди

ҚИСҚАРТИРИЛГАН СЎЗЛАР**РЎЙХАТИ**

* ёки # дан кейин - 6 рақамдан иборат код келганда – одам наслий нозологик бирликлар таснифи; * ёки # белгилар коддан олдин келганда, шу нозологик гуруҳга бир неча турдаги ген дефектлари тўғри келади (ёки фенотип).

↔ - белги «синоним»

℞- аутосом доминант насли

ρ- аутосом рецессив насли

ℵ- X – хромосома билан боғланган насл

β - ХГТ – хорионик гонадотропин (одамнинг) β - суббирлиги

СРО - С – реактив ок

FDA - (Food and Drug Administration) – АҚШ дори воситалари ва овқат қўшмаларини назорат қилиш комитети

FiO₂ - кислород фракцияси (нафас чиқараётганда, газдаги аралашма)

Hb - гемоглобин

HBeAg - гепатит В вирус антигени уртаси

Hb_eAg - гепатит В вируси антигени

Hb_sAg - гепатит В вирус юзги антигени

HBV - гепатит В вируси (ингл. hepatitis B virus)

HCV - гепатит С вируси (ингл. hepatitis C virus)

HDV - гепатит D вируси (ингл. hepatitis D virus)

Ht - гематокрит

HTLV - Т - одам лимфотроп вируси (ингл. human T lymphotropic viruses)

Ig - имуноглобулин

IgA - А имуноглобулини

IgG- G имуноглобулини

IgM - М имуноглобулини

Mr - молекуляр оғирликка ўхшаш эҳтимоли

p₂CO₂ - артериал конда карбонат ангидрид парциал босими

p₂O₂ - артериал конда кислород парциал босими

pCO₂ - карбонат ангидрид парциал босими

pO₂ - кислород парциал босими

SatO₂ - қоннинг кислород билан туййиниши

spp – тур, куриниш (микроорганизмларнинг келиб чиқиш номи)

T₃ - трийодтиронин

T₄ - тироксин

Sv - (лат. virus) қарши, ёки (масалан, В vs. r)

WPW- Wolff-Parkinson-White – Вольф-Паркинсон-Уайт (қўшилиб келганда WPW)

AB - атриовентрикуляр

Ag - антиген, антигенлар

AG - артериал гипертония

AB - артериал босим

ADГ - антидиуретик гормон

АКТГ - адренкортикотроп гормон
 АЛТ - аланин аминотрансфераза
 АНАТ - антинуклеар антитела
 ААФ (АПФ) - ангиотензинга айлантурувчи фермент
 АСТ - аспартат аминотрансфераза
 АТ - антитело, антителалар
 АТФ - аденозин-3-фосфор кислотаси, аденозин-3-фосфаты
 АФП - а - фетопротеин
 АФС - антифосфолипид синдроми
 ФКТВ - фаоллаштирилган қисман тромбопластин вақти
 а/и - артерия ичига
 в/и - вена ичига
 т/и - тери ичига
 м/о - мускул орасига
 КИБ - кўз ичи босими
 ОИВ - одам имунодефицит вируси
 БИВ - бачадон ичи воситаси
 ЖССТ - Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти
 ВПГ - оддий герпес вируси
 ЮТН - юрак туғма нуқсонлари
 ОПВ - одам папилломаси вируси
 МКИБ - мия қутиси ички босими
 Г-6-ФД - глюкозо – 6 - фосфатдегидрогеназа
 ГАСКТ - гиперсезувчанликнинг аста-секин кечувчи тури
 ГК - глюкокортикоид, глюкокортикоидлар
 ГКС - глюкокортикостероидлар
 ГИБС - геморагик иситмаси буйрак синдроми билан
 ТМХ - текис мускуллар хужайраси
 ГЭТ - гематоэнцефалик тусиклик
 ДВС - диссеминацияли томир ичи ивиши
 ДГТ - дигидротестостероин
 ҚДД - қоринчалараро деворининг дефекти
 БДД - бўлмачалараро деворининг дефекти
 ДНК - дезоксирибонуклеин кислотаси
 ТДА - темирдефицит анемияси
 ХУС - ҳаётини ўпка сиғими
 ОИТ - ошқозон – ичак тракти
 ЖАОЮК - жинсий алоқа орқали юқадиган касалликлар
 ЮИК - юрак ишемик касаллиги
 ЎСВ - ўпканинг сунъий вентиляцияси
 ИЛ - интерлейкин
 МИ - миокард инфаркти
 ИФТ - имунофермент тахлили
 ИФН - интерферон

КоА - коэнзим А
 КТКБ - колония ташкил қилувчи бирлик
 КТ - компьютер томографияси
 ФТ - ферментлар таснифи
 КФК - креатинфосфокиназа
 ИКТ - ишқор – кислота тенглиги
 ИКХ - ишқор – кислота ҳолати
 КЭАг - карциноэмбрионал Аг
 ЛГ - лютеинловчи гормон
 ЛДГ - лактатдегидрогеназа
 ЮЗЛП - юқори зичликдаги липопротеинлар
 ПЗЛП - паст зичликдаги липопротеинлар
 ЎПЗЛП - ўта паст зичликдаги липопротеинлар
 ДВ - дори воситаси
 ДЖТ - даволовчи жисмоний тарбия
 МАО - моноаминоксидаза
 ХБ - ҳалкаро бирлик
 ХММ - ҳалкаро меъерий муносабат
 МРТ - магнит – резонансли томография
 НЯҚД - ностероид яллиғланишга қарши дорилар
 НЯҚВ - ностероид яллиғланишга қарши воситалар
 ҚУТ - қоннинг умумий тахлили
 СУТ - сийдикнинг умумий тахлили
 ЗУТБХ - зардобнинг умумий темир боғловчи хусусияти
 БЎЕ - буйракнинг ўткир етишмовчилиги
 УПТҚ - умумий периферик томир қаршилиги
 ЎРВИ - ўткир респиратор вирусли инфекцияси
 ЎРК - ўткир респиратор касаллиги
 ФНЧХ₁ - 1 с форс ҳолидаги нафас чиқариш ҳажми
 ЦҚХ - циркуляциядаги қон ҳажми
 т/п - тери пастига
 ПВ - протромбин вақт
 Пг - простагандин
 ПСА - простатоспецефик Аг
 НЧТЧ - нафас чиқариш тезлиги чўққиси
 ПТГ - паратиреоид гормон
 ПТИ - протромбин индекси
 ПЗР - полимераз занжирли реакция
 ИФР - иммунофлюоресценция реакцияси
 ГАБР - гемагглютинациянинг бевоситали реакцияси
 ГАВР - гемагглютинациянинг воситали реакцияси)
 РНК - рибонуклеин кислотаси
 РСВ - респиратор-синцитиал вируси
 КБР - компонентни боғловчи реакцияси

ГАТР - гемагглютинацияни тўхтатувчи реакцияси
 БГАТР - бевоситали гемагглютинацияни тўхтатувчи реакцияси
 РФ - ревматоид фактор
 ҚД - қандли диабет
 ҚД – 1 - қандли диабет 1 тури
 ҚД – 2 - қандли диабет 2 тури
 СКЮ - системали қизил югурдак
 СКФ - клубочка филтрацияси
 ЭУТ - эритроцитлар ўтириш тезлиги
 ОИДС - ортирилган иммунотанқислик синдроми
 ЮТТ - юрак – томир тизими
 СТГ - соматотроп гормони, ўсиш гормони
 ТАД - трициклик антидепрессантлар
 ТИА - транзитор ишемик атакиси
 ТТГ - тиреотроп гормони
 ТЭЛА - ўпка артерияси тромбоэмболияси
 УТТ - ультратовиш текшириш
 УБ - ультрабинафша
 УФО - ультрабинафша нурланиш
 ТНФ - ташқи нафас функцияси
 ФХУС - форс ҳаётий ўпка сиғими
 ФС - функционал синф
 ЎНО - ўсма некрози омили
 БФ - бўлмачалар фибриляцияси
 ФСГ - фолликулани стимуляция қилувчи гормон
 ФЭГДС - фиброэзофагогастроуденоскопия
 ХГТ - хорионик гонадотропин (одамники)
 СОУК - сурункали обструктив ўпка касаллиги
 СБЕ - сурункали буйрак етишмовчилиги
 хр.- хромосома (рақами кўрсатилиши билан)
 ЦВД - марказий вена босими
 ЦИК - циркуляция қилувчи иммун комплекслари
 ЦМВ - цитомегаловирус, цитомегаловирусли
 МАТ - марказий асаб тизими
 ЦОГ - циклооксигеназа
 НОЧТ - нафас олиш ва чиқариш тезлиги
 МҚМЖ - мия кути – мия жароҳати
 ЮҚТ - юрак қискариш тезлиги
 ЧТВ - қисман тромбопластин вақти
 ИФ - ишқорий фосфатаза
 ЭКГ - электрокардиограмма
 ЭКС - электрокардиостимулятор, электрокардиостимуляция
 ЭхоКГ - эхокардиография
 ЭЭГ- электроэнцефалография

Умумий амалиёт врачлари фаолияти ва умумий амалиёт врачлари мутахассислиги таърифи.

«Умумий амалиёт врачлари фаолияти – бу академик, клиник, илмий йўналиш бўлиб, ўзининг ўрганиш, ўқитиш, илмий изланишлар соҳасига эга бўлган ҳамда клиник фаолият кўрсатишга асосланган фандир ва аҳолига бирламчи тиббий-санитария ёрдам кўрсатишга йўналтирилган клиник мутахассисликдир».

Умумий амалиёт врачлари мутахассислиги ўзининг муҳим 11 таърифига эга:

- 1) Умумий амалиёт врачлари фаолияти орқали беморнинг соғлиқни сақлаш тизими билан илк бор мулоқати бошланиши; ушбу мулоқотнинг очиклиги ва чегараланмаганлиги; ёшига, жинсига ва бошқа хусусиятларидан қатъий назар барча соҳадаги касалликларга тиббий ёрдамнинг кўрсатилиши;
- 2) Соғлиқни сақлаш тизимининг барча имкониятларидан самарали фойдаланиш; уларни мувофиқлаштириш; бирламчи тизимдаги бошқа мутахассислар билан бемор фойдаси учун ўзаро муносабат; маълум вазиятда беморнинг фойдасини ҳимоялаш мақсадида бошқа мутахассислар фаолиятини бошқариш;
- 3) Ўзига беркитилган беморга, оилага ва жамиятга қаратилган йўналиш;
- 4) Бемор билан врачнинг ўзаро самарали узоқ муносабати асосида махсус маслаҳат жараёни;
- 5) Ҳар бир беморнинг талаби асосида уларга узоқ ва узлуксиз тиббий ёрдам кўрсатилиши;
- 6) Маълум гуруҳда касаллик тарқалиш кўрсаткичларига биноан профилактика ва даволаш усуллари танлаш жараёнини қабул қилиш;
- 7) Беморлардаги ўткир ва сурункали касалликларни биргаликда даволаш;
- 8) Касалликларни эрта ва дифференцияланмаган даврларда даволи бошлаш ҳамда маълум вазиятда тезкор ёрдам кўрсатиш;
- 9) Исботланган самаралар асосида аҳоли соғлиғини мустаҳкамлаш учун касалликлар профилактикасини амалга ошириш;
- 10) Хизмат кўрсатаётган аҳолининг соғлиқ кўрсаткичлари учун жавобгарлик;
- 11) Аҳоли соғлиғи муоммаларини ечишда унинг жисмоний, руҳий, ижтимоий ва маданий йўналишларини эътиборга олиш.

Умумий амалиёт врачлари мутахассисининг касбий маҳоратига таъриф.

Умумий амалиёт врачлари – шу фан тамойиллари асосида таълим олган мутахассисдир. У бирламчи тиббий-санитария тизимида фаолият кўрсатиб, шу ерда ёши, жинси ва қайси касаллигидан қатъий назар мурожаат қилган ҳар бир шахсга узлуксиз тиббий ёрдам кўрсатишга жавобгар мутахассис ҳисобланади. У шу ерда яшаётган беморга, индивидуал шахс сифатида ҳамда унинг оиласи, жамият ва маданиятига қаратилган асосларда тиббий ёрдам кўрсатади.

Умумий амалиёт врачлари фаолияти ҳақида таъриф. Асосий маҳоратлари.

(маҳорат – бу билим, кўникма ва уларнинг қўллаш усуллари ҳақида таълим дастури мағзи асослари йиғиндисидир):

1. Бирламчи тиббий ёрдамни бошқарув жараёни.
2. Иш фаолиятида бемор шахсига қаратилган жараён.
3. Беморнинг муайян муоммаларини еча олиш қобилияти.
4. Комплекс ёндошув асосида бирламчи тиббий ёрдам кўрсатиш.
5. Аҳолига бирламчи тиббий – санитария ёрдамини ҳудудий бўлинишлар ва маҳаллий тамойиллар асосида олиб бориш.
6. Бемор организмига яхлитлик билан ёндошиш, унинг биологик, рухий, ижтимоий моделлари, маданий ва экстенциал ҳаёт томонларини инобатга олган ҳолда умумий тасаввур.

Бирламчи тиббий ёрдам кўрсатишда бошқарув жараёни қуйидаги кўникмалардан иборат:

- Беморнинг соғлиқни сақлаш тизими билан бирламчи мулоқатини бошқарув жараёни, унинг муаммоларини аниқлаш ва таснифлашни бажара олиш кўникмалари.
- Беморларнинг касаллиги оғирлиги, ёши, жинси ва бошқа ҳолатларидан қатъий назар барча соҳадаги хасталикларга бирламчи тиббий ёрдам кўрсата олиш.
- Соғлиқни сақлаш тизимидаги имкониятларни рационал ишлатиш асосида самарали ва монанд тиббий ёрдам кўрсатишни бошқариш.
- Бирламчи тизим ҳамда шифохонада фаолият кўрсатаётган бошқа мутахассислар томонидан беморларга тиббий ёрдам кўрсатиш жараёнини мувофиқлаштириш.
- Соғлиқни сақлаш тизимида аниқлаб ажратилган керакли тиббий хизматларга қулайликлар яратиш.
- Бемор манфаатларини ҳимоя қилиш.

Беморларнинг муаммосини ечиш кўникмалари қуйидагилардан иборат:

- Беморларнинг муаммоларини ҳал қилиш жараёнида касаллик тарқалиш кўрсаткичлари ва унинг янги ҳоллари ёки аҳолининг маълум гуруҳидаги патологик ҳолатларни боғлай олган ҳолда мавжуд масалалар ечимини топиш;

- Анамнез йиғиш, клиник ва лаборатор-инструментал текшириш усуллари ёрдамида аниқланган ахборотларни баҳолай олиш кўникмаси; беморлар иштирокида, улардан фойдаланган ҳолда даво режасини туза олиш;
- Қуйидаги тамойилларни ҳисобга олган ҳолда фаолият юритиш; текшириш усули ва даволашни босқичма – босқич белгилаш, уларни амалга оширишда вақтни унумли тақсимлаш, аниқланмаган диагнозда чидамлилиқни сақлаш ва сабр-тоқат билан ҳаракат қилиш;
- Шошилиш ҳолатларда керакли ёрдамни зудлик билан кўрсатишга тўғри қарор қабул қила олиш кўникмаси;
- Касалликларнинг эрта, ҳали аниқланмаган бошланғич давридаёқ диагноз қўйиш кўникмаси;
- Самарали диагностик ва даволаш усулларини ўтказиш.

Комплекс қараш асосида бирламчи тиббий ёрдам қуйидаги кўникмаларни ўз ичига олади:

- Кўп шикоятлар ва бир неча касалликларга (ўткир ва сурункали) эга бўлган беморларга ёрдам кўрсата олиш кўникмаси.
- Қониқарли соғлиқ ва ўзларини яхши ҳис қилишлари учун аҳолида соғлом турмуш тарзига амал қилиш ҳиссини уйғотиш ҳамда профилактика ишларини олиб бориш кўникмалари.
- Аҳолини соғломлаштириш, касалликлар профилактикаси, даволаш (шу жумладан паллиатив усуллар ҳам) ва реабилитацияларга қаратилган жараёнларни мувофиқлаштириш.

Аҳолига ижтимоий-иқтисодий йўналишларига биноан бирламчи тиббий – санитария ёрдам кўрсатиш кўникмалари:

- Хизмат кўрсатаётган жойларда мавжуд бўлган имкониятларни эътиборга олиб баъзи беморлар эҳтиёжини ҳал қилишда бириктирилган барча аҳоли гуруҳлари эҳтиёжларини билган ва улар билан келишган ҳолда муаммоларни еча олиш.

Беморга яхлитлик сифатида қараш, унинг биорухий модели, маданий ва экзистенциал ҳаёт томонларини ҳисобга ола билиш кўникмалари:

- Аҳолининг маданий ва экзистенциал ҳаёт томонларини ҳисобга олган ҳолда биорухий моделини жорий қилиш.

Умумий амалиёт врачлари ўзининг касбий мажбуриятларини унча йўналишда амалга оширади:

а) кундалик амалиётида:

- пайдо бўлаётган кенг қўламдаги шикоятлар, муоммалар ва касалликларни вақтида аниқлаш ҳамда таҳлил қилиш;
- беморни даволай олиш ва уни узоқ кузатиш;
- илмий текшириш натижалари ва ўзининг шахсий клиник тажрибасини самарали қўллаш билиш;

б) бемор билан мулоқатда бўлганда:

- маслаҳат қила олиш,
- белгилаган даволаш усули ва текшириш натижаларини беморларга оддий ва содда тилда тушунтириб етказиш;
- беморларнинг ҳар хил ҳис-ҳаяжонларида ўзини монанд тутиш;

в) умумий амалиёт врачлари фаолияти қўлланмасида:

- беморларга тиббий ёрдам олиш имкониятини таъминлаш;
- самарали иш жараёнини ташкил қилиш, бошқа ходимлар фаолияти ва уларнинг ўзаро мулоқатини бошқариш;
- бошқа мутахассислар, шу жумладан бирламчи тизимдаги врачлар билан ўзаро муносабатни ўрнатиш.

Шахсга қаратилган умумий амалиёт врачлари фаолияти илмий фан сифатида унча фундаментал хусусиятларга асосланган

а) Контекстда:

- беморда касаллик диагностикаси ва даволашни режалаштиришда шахс, оила, жамият ва маданият хусусиятлари билан қизиқиш ва эътибор бериш. Бемор оиласи ва жамият аъзоларига касалликнинг ноҳўя таъсир қилиш эҳтимолларини баҳолай олиш.

б) муносабатда:

- ўзининг билими, қобилияти ва ҳаёт тизими қадриятларига таяниш;

- клиник фаолиятнинг этик томонларини англаш (профилактика, диагностика, терапия – ҳаёт тарзига таъсир қилувчи омиллар);
- этик муаммоларни аниқлаш ва ҳал қилиш;
- ўзининг шахсий ҳаётини касбий фаолиятдан чегаралай олиш ва улар ўртасида керакли тенгликни сақлаш.

в) илмий хусусиятларда:

- илмий изланиш умумий тамойиллари, усуллар ва назария негизлари бўйича билимга эга бўлиш; статистика асоси тушунчалари (янги касалликлар вазияти, касаллик тарқалиш кўрсаткичлари ва бошқалар);
- илмий патология асослари, касалликларнинг клиник кўриниши ва диагностикаси, даволаш ва асорат эҳтимоллари, эпидемиология, қарор қабул қилиш назарияси, гипотеза шаклланиши ва унда қарор қабул қилиш маъсулияти, тиббий профилактика асослари бўйича билимга эга бўлиш;
- тиббий адабиётларни топиш ва уларни таҳлил қилиб танқидий баҳолаш;
- касб маҳоратини узлуксиз мустаҳкамлаш ва унинг сифатини яхшилаб бориш.

Умумий амалиёт врачлари фаолиятининг илмий фан сифатида мураккаблиги юқорида кўрсатилган мажбуриятлар, фаолият соҳаси ва ривожланиш хусусиятларининг ўзаро боғлиқлигидадир.

Умумий амалиёт врачининг фаолият кўрсатадиган жойи: амбулатория – поликлиника муассасаларидаги умумий амалиёт врачлари бўлими, оила шифокори офиси, умумий амалиёт врачлари фаолият кўрсатадиган марказ, қишлоқ врачлик пунктлари, тез тиббий ёрдам станциялари ва бирламчи тизимдаги бошқа тиббиёт муассасалари.

Умумий амалиёт врачининг олий ўқув юртидан кейинги таълим босқичлари:

- дипломдан кейинги таълим;
- узлуксиз касбий таълим.

Олий тиббиёт ўқув юртини тугатган ёки махсус тасдиқланган дастурга биноан тайёргарликдан ўтгандан сўнг «умумий амалиёт врачлари» мутахассислиги берилиб врачлар амалий фаолият кўрсатиш ҳуқуқига эга бўладилар.

«Умумий амалиёт врачлари» мутахассислигида узлуксиз касбий таълим:

Узлуксиз касбий таълим – бу умумий амалиёт врачининг (оилавий шифокорнинг) дипломдан кейинги таълими ҳисобланиб, шу мутахассисликка эга бўлгандан сўнг бутун ҳаёти давомида касбий фаолияти бўйича малакасини ошириш тизимидир. Узлуксиз касбий таълим фаолият кўрсатаётган врачнинг малакасини (клиник – амалий кўникмалар ва назарий билимларини) оширишга ҳамда меҳнатини ташкиллаштиришга, алоқа, кўникмалар, тиббий этика ва бошқарув усулларини яхшилашга қаратилган.

Узлуксиз касбий таълим мақсадлари:

1. Мутахассисликнинг ривожланиши ва амалиётдаги талабларни ҳисобга олган ҳолда, умумий амалиёт врачлари доимий равишда ўзининг билим ва кўникмаларига қайта назар ташлаб ҳамда янгилаб боришига имконият яратиш.
2. Врачнинг иш фаолиятидаги қийинчиликларни аниқлашга ва уларни енгиб ўтишига мунтазам ёрдам бериш.
3. Бирламчи тиббий – санитария ёрдами ва умумий амалиёт врачлари фаолиятида ўзининг иш жараёнини танқидий баҳолашга ва клиник текширишни юқори савияда ўтказишга ўргатиб бориш.

АРТЕРИАЛ ГИПЕРТЕНЗИЯ

Артериал гипертензия (АГ) – систолик АБ 140 мм. сим.уст.га тенг ва ундан юқори ҳамда диастолик АБ 90 мм. сим.уст.га тенг ва ундан юқори бўлган ҳолатдир (АБ тинч шароитда турли вақтларда камида 3 марта ўлчанган ва

бемор АБ ни оширувчи ва пасайтирувчи дори воситалари қабул қилмаган бўлиши лозим).

ХКК – 10 • I10 Эссенциал (бирламчи) гипертензия • **I11** Юрак гипертензив касаллиги (гипертония) кўпроқ юрак зарарланиши билан • **I12** Гипертензив (гипертония) касаллиги кўпроқ буйрак зарарланиши билан • **I13** Гипертензив (гипертония) касаллиги кўпроқ юрак ва буйрак зарарланиши билан • **I15** Иккиламчи гипертензия.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯСИ

- АГ – катта ёшдаги аҳоли орасида энг кўп тарқалган касаллик бўлиб 20 – 25 % аҳолида кузатилади.
- АГ тарқалиши ёш улғайиши билан бирга кўпайиб боради. Кўпчилик ҳолларда (90 %) бирламчи (эссенциал) АГ кузатилади.

ПРОФИЛАКТИКАСИ

- Тана вазнининг меъёрида бўлиши.
- Чекишдан бутунлай воз кечиш.
- Ош тузи истеъмолини камайтириш.
- Алкогол ичишни чеклаш.
- Жисмоний фаолликни тоза ҳавода жисмоний фаолият ҳисобига ошириш.

СКРИНИНГИ

- АГ кенг тарқалганлиги сабабли унинг скрининги бошқа касалликлар бўйича текширувларда ҳам ўтказилиши лозим.
- АГ скрининги айниқса хавфли омиллари бўлган беморларда ♦ Ирсиятда АГ бўлганда ♦ Гиперлипидемияда ♦ ҚД да ♦ Чекишда ♦ Семизликда ўтказилиши керак.
- Клиник белгилари бўлмаган беморларда ҳар йили АБ ўлчаб борилиши зарур. АБ нинг кейинчалик ўлчаниш муддатлари якуний кўрсаткичларга кўра белгиланади.
 - ♦ АБ 130/85 мм. сим.уст. дан паст бўлган кишиларда АБ ни ўлчаш билан клиник текширувлар 1 йилда 2 марта ўтказилади.
 - ♦ АБ 130–139/80–85 мм. сим.уст. кўрсаткичларида бўлган кишиларда АБ ни ўлчаш билан клиник текширувни 1 йилда 1 марта ўтказилади.
 - ♦ АБ 140–159/90–99 мм. сим.уст. кўрсаткичларида бўлган беморларда АБ ни ўлчаш билан клиник текширув ҳар 2 ойда ўтказилади.
 - ♦ АБ 160–179/100–109 мм. сим.уст. кўрсаткичларида бўлган беморларда АБ ни ўлчаш билан клиник текшируви ва даволаниш тўғрисидаги хулоса 1 ой мабайнида қабул қилинади.
 - ♦ АБ 180/110 мм. сим.уст. кўрсаткичида бўлганда текширув ва даволаш тезда ўтказилади.

КЛАССИФИКАЦИЯСИ

АГ таснифи 18 ёшдан катталар учун 1 – жадвалда келтирилган:

- Хавфли омиллар ♦ Ёш (эркаклар 55 ёшдан, аёллар 65 ёшдан ошиши) ♦ Чекиш ♦ Липидлар алмашинуви бузилиши ♦ Умумий холестерин 6,5 ммоль/л.дан юқори (250 мг % дан юқори) ♦ Холестерин ЮЗЛП* 4 ммоль/л.дан юқори (155 мг %

дан юқори) ✦ Холестерин ЮЗЛП 1 ммоль/л.дан кам (40 мг %) эркакларда 1,2 ммоль/л.дан (48 мг %) аёлларда ✦ Оила анамнезида эркакларда 55 ёшдан, аёлларда 65 ёшдан ёш бўлган вақтда юрак қон – томир касалликларидан ўлим ҳолатлари бўлганлиги, қорин кўринишида семириш (қорин айланаси эркакларда 102 см. дан ва аёлларда 88 см.дан ортиқ) ✦ СРО концентрацияси 1 мг % дан ортиқ.

1 – жадвал. 18 ва ундан юқори ёшдагилар учун қон босими кўрсаткичлари.

Тоифаси	Систолик АБ*	Диастолик АБ*
Оптимал	<120	<80
Меъёр	120 – 129	80 – 84
Ошган меъёр	130 – 139	85 – 89
1 – босқич (енгил АГ)	140 – 159	90 – 99
2 – босқич (ўрта АГ)	160 – 179	100 – 109
3 – босқич (оғир АГ)	>180	>110
Чекланган систолик АГ	>140	<90

Изоҳ: *мм. сим. уст.

*ЮЗЛП – юқори зичликдаги липопротеинлар.

- Мўлжал – аъзоларнинг зарарланиши ✦ Чап қоринча кенгайиши ✦ ЭКГ Соколов – Лайон мезони 38 мм.дан ортиқ, Корнельский мезони 2440 мс. дан ортиқ ✦ ЭХОКГ: эркакларда чап қоринча миокард оғирлик индекси 125 г/м² дан ва аёлларда 110 г/м² дан ортиқ ✦ УТТ – уйқу артерияси деворларининг қалинлашув белгилари (intima media нисбати 0,9 дан ортиқ) ёки атеросклеротик пилакчаларнинг борлиги ✦ Қон зардобидида креатинин миқдорининг ошиши (115 – 133 мкмоль/л. эркакларда ва 107 – 124 мкмоль/л. аёлларда) ✦ Микроальбуминурия (30 – 300 мг/кун.).
- ҚД ✦ Наҳорга глюкоза миқдори 7 ммоль/л. ва ундан юқори (126 мг % ва юқори) ✦ Постпрандиал гипергликемия 11 ммоль/л. (198 мг %) дан юқори
- Ҳамроҳ бирлашган клиник ҳолатлар ✦ Цереброваскуляр касалликлар ✦ Ишемик инсульт ✦ Геморрагик инсульт ✦ Юрак зарарланиши ✦ Миокард инфаркти ✦ Стенокардия ✦ Коронар реваскулиризация ✦ Юрак етишмовчилиги ✦ Буйрак зарарланиши ✦ Диабетли нефропатия ✦ Буйрак етишмовчилиги (қон зардобидида креатинин, эркакларда 133 мкмоль/л. дан, аёлларда 124 мкмоль/л. дан ортиқ) ✦ Протеинурия (кунда 300 мг. дан юқори) ✦ Периферик артерияларнинг зарарланиши ✦ Оғир ретинопатия (3 – 4 даражаси).
- Хавф омилларининг стратификацияси. Бунинг учун хавф омиллари ва мўлжал – аъзоларнинг зарарланиши ҳамда ассоцияланган клиник ҳолатларни баҳолаш лозим (2 – жадвал).

2 – жадвал. АГ билан хаста беморларда хавф стратификацияси

Бошқа хавф омиллари ва касалликлар	АГ ТОИФАСИ				
	Меъёрий АБ	Кўтарилган меъёрий АБ	1 даража	2 даража	3 даража
Қолган хавф омиллари йўқ	Ўрта	Ўрта	Паст	Мўътадил	Юқори
1–2 хавф омили	Паст	Паст	Мўътадил	Мўътадил	Жуда юқори
3 ва ундан ортиқ хавф омиллари ёки мўлжал – аъзоларнинг зарарланиши ёки ҚД	Мўътадил	Юқори	Юқори	Юқори	Жуда юқори
Ҳамроҳ ассоцияланган клиник ҳолатлар	Юқори	Жуда юқори	Жуда юқори	Жуда юқори	Жуда юқори

- 10 йил давомида юрак – томир касалликларининг ривожланиш хавфи:
 - ◆ Паст кўшимча хавф – 10 йиллик хавф 15 % дан кам (Фремингем мезонларига асосан) ёки 4 % дан кам.
 - ◆ Паст кўшимча хавф – 10 йиллик хавф 15 – 20 % (Фремингем мезонларига асосан) ёки 4 – 5 %.
 - ◆ Юқори кўшимча хавф – 10 йиллик хавф 20 – 30 % (Фремингем мезонларига асосан) ёки 5 – 8 %.
 - ◆ Жуда юқори кўшимча хавф – 10 йиллик хавф 30 % дан кўп (Фремингем мезонларига асосан) ёки 8 % дан кўп.

**ДИАГНОЗИ
АНАМНЕЗИ**

- АГ асоратсиз кечганда кўпчилик беморларда клиник кўринишлар бўлмаслиги, ташхис эса бошқа касалликлар бўйича текширувлар вақтида тасодифан аниқланишини эътиборга олиш.
- Беморлардан оила анамнезида АГ ва унинг асоратлари (ЮИК, цереброваскуляр касалликлар, юрак етишмовчилиги, периферик артерияларнинг облитерацияловчи артеросклерози), шунингдек ҚД, гиперлипидемия ва буйрак касалликлари бўлганлигини аниқлаш.
- АГ диагнози аниқланган беморларда АБ нинг кўтарилиш даражалари ва давомийлиги, илгари ўтказилган давонинг фойдаси ва қандай қабул қилинганлиги, юрак – томир касалликларининг бошқа хавф омиллари ва АГ нинг асоратлари ҳақида суриштириш.
- Иккиламчи (симптоматик) АГ нинг сабаблари бўлиши мумкин бўлган касалликларнинг клиник кўринишлари ҳақида аниқлаш.
- Бемордан АБ ни барқарор кўтарилишига олиб келиши мумкин бўлган дори воситалари (ЯҚНДВ, хомиладорликнинг олдини олувчи препаратлар, глюкокортикоидлар, деконгестантлар (тумовда бурун бўшлиғидаги кенгайган томирларни торайтирувчи симпатомиметиклар), циклоспорин, эритропоедин, кокаин) қабул қилмаслиги тўғрисида сўраш.

ФИЗИКАЛ ТЕКШИРУВЛАР

- Барча беморларда бўй узунлиги, тана вазнини ўлчаш ва тана вазни индексини ҳисоблаш.
- АГ диагностикаси АБ ни ўлчаш талабларининг тўғри бажарилиши билан аниқланади (ўлчаш бемор бир неча дақиқа тинч ҳолатда бўлгандан сўнг симобли ёки янги калибрланган анероид сфигмоманометр ёрдамида камида 2 марта 1 – 2 минут оралиғида ўтказилади).
- Биринчи текширувда ўлчаш иккала қўлда, кейинги ўлчашлар қайси қўлда юқори кўрсаткичлар бўлса, шу томонда бажарилади.
- 30 ёшдан кичик бўлган беморларда қон босимининг биринчи текшируви оёқларда ҳам аниқланиши зарур (аорта коартациясини ташхислаш учун).
- 65 ёшдан юқоридагиларда, ҚД ли ва антигипертензив дори воситалари қабул қиладиган беморларда босимни тик турган ҳолатда ўлчаш керак (ортостатик гипотензияни аниқлаш учун).
- «Оқ ҳолат» ли АБ (офис АБ) бўлиши имконияти борлигини ҳам эсдан чиқармаслик лозим.
- Периферик артериялар артеросклерози яққол кучайган беморларда псевдогипертензияни аниқлаш учун Ослер усулини ишлатиш керак.
- Қуйидаги белгилар борлигига аҳамият бериш зарур:
 - ◆ Чўққи турткисини латериал жиши ва кучайиши.
 - ◆ Юрак шовқинлари борлиги ва юрак ритмининг бузилишлари.
 - ◆ Юрак II тони аортал компонентининг кучайиши ёки IV тон борлиги.
 - ◆ Қон томир шовқинларини бўлиши ёки периферик артерияларда пульсациянинг пасайиши.

- ◆ Юрак етишмовчилиги белгилари мавжудлиги.
- Ўпкалар текширилганда бронхиал обструкция ёки қон димланиши белгилари борлигига аҳамият бериш зарур.
- Қорин соҳасини текширганда қон – томир шовқинлари борлиги (буйрак артериялари стенози), пальпацияланадиган ўсмалар (буйраклар поликистози) га аҳамият бериш лозим.
- Тери ва тери ости ёғ қавати текширилганда стриялар борлиги (Кушинг синдроми), “сутли кофе” рангидаги доғлар (нейрофиброматоз) ва периферик шишларга (юрак етишмовчилиги) аҳамият бериш зарур.
- Неврологик текширув ва фугндоскопия ўтказиш. Ретинопатиянинг 3 ва 4 босқичида юрак қон – томир асоратларининг хавфи юқори бўлишига ҳам аҳамият бериш керак.

ЛАБОРАТОР ТЕКШИРУВЛАР

- АГ бор беморларнинг барчасида қуйидаги лаборатор кўрсаткичларни аниқлаш зарур ◆ Нв ва эритроцитлар ◆ Глюкоза (наҳорга) ◆ Умумий холестерин ◆ Юқори зичликдаги липопротеидлар ◆ Триглицеридлар (наҳорга) ◆ Сийдик кислотаси ◆ Креатинин ◆ Калий ◆ ТТГ (постменопаузада аёлларда) ◆ Сийдик умумий анализи.
- Зарур бўлганда ўтказиладиган қўшимча лаборатор текширувлар: СРО миқдори, сийдикда альбумин экскрецияси, креатинин клиренси.

МАХСУС ТЕКШИРУВЛАР

- АГ бор беморларни барчасида 12 та тармоқларда ЭКГ тушириш.
 - ◆ Чап қоринча гипертрофияси белгилари.
 - ◆ Миокард ишемияси, чандикли ўзгаришлар, ритм ва ўтказувчанликнинг бузилишлари.
- АБ хавфи юқори бўлган ёки асоратли кечган АБ ли беморларга ЭхоКГ ўтказилиши керак.
 - ◆ ЭхоКГ ўтказилаётганда чап қоринча гипертрофияси борлигига ва унинг турига (концентрик ёки эксцентрик) ҳамда чап қоринча деворлари қисқариш дисфункциясига аҳамият бериш.
- АГ хавфи юқори бўлган ва у асоратли кечган беморларда уйқу артерияларида УТТ ўтказилади: атеросклеротик пиллакчалар борлигига ва жойлашувига аҳамият бериш, томир ички ва ўрта қавати қалинлигини ҳисоблаш.
- АГ церебрал асоратлари бўлган беморларда диагнозни тасдиқлаш ва зарарланиш кўлами ҳамда жойлашишини аниқлаш учун бош мия КТ ўтказиш.
- Қуйидаги ҳолатларда АБ амбулатор кеча-кундузлик мониторинг усулини ўтказиш лозим.
 - ◆ АБ кўрсаткичларининг жуда ўзгарувчанлиги.
 - ◆ Юрак қон – томир асоратлари хавфи кам бўлган беморларда АБ юқори бўлиши.
 - ◆ Врач хонасида ва уй шароитида ўлчанган АБ фарқининг жуда катта эканлиги.

- ◆ АБ клиник кўринишлари борлиги.
- ◆ Резистент АГ.
- Кўкрак қафасида оғриқ синдроми ва АГ ли беморларда миокард ишемиясини аниқлаш мақсадида дипиридамол ёки жисмоний юклама билан синамалар ўтказиш зарурияти бўлганда.

ДИФФЕРЕНЦИАЛ ДИАГНОСТИКАСИ

- Қиёсий диагностика АГ ошиши иккиламчи сабабларини аниқлашга қаратилади.
- Симптоматик АГ қуйидаги ҳолларда шубҳа бўлиши мумкин.
 - ◆ 20 ёшгача ва 65 ёшдан кейин ривожланиши.
 - ◆ Систоло – диастолик АГ юқори бўлиши (180/110 мм сим.уст. дан юқори).
 - ◆ Кушинг синдроми аломатлари.
 - ◆ Нейрофиброматоз тери стигмалари (феохромоцитома).
 - ◆ Тремор билан аралашган гипертоник кризлар, терлаш кучайганда, лўқилловчи бош оғриғи ва юрак уриши (феохромоцитома).
 - ◆ Катталашган буйракларнинг пальпацияси (поликистозлар).
 - ◆ Буйрак артериялари устки соҳасидаги шовқин (буйрак артериялари стенози).
 - ◆ Спонтан гипогликемия.
 - ◆ Перикард соҳасида шовқин (аорта коарктацияси).
 - ◆ Креатинин миқдорининг ошиши (133 мкмоль/л. дан юқори бўлиши).
- АГ қиёсий диагностикасида ўтказиладиган зарур қўшимча текшириш қуйида келтирилган.
 - ◆ Реноваскулар АГ каптоприл тести билан буйраклар сцинтиграфияси: буйрак томирларини дуплекс сканирлаш, буйрак томирлари ангиографияси.
 - ◆ Қалқонсимон без касалликлари. ТТГ.
 - ◆ Феохромацитома. Катехоламинларнинг бир кеча-кундузлик экскрецияси ва уларнинг метаболитларини аниқлаш, буйрак усти безлари КТ.
 - ◆ Кушинг синдроми. Сийдикда эркин кортизолнинг бир кеча-кундузлик экскрециясини аниқлаш.
 - ◆ Гиперальдостеронизм. Зардобда калий, буйрак усти безлари КТ, ренин ва альдостеронни аниқлаш, ангиография.
 - ◆ Гиперпаратиреоз. Зардобда кальций, паратгормон.
 - ◆ Буйраклар паренхимаси касалликлари. Сийдикнинг умумий таҳлили, креатинин клиренси, сийдикдаги оқ экскрецияси; нефрологга йўлланма бериш.
 - ◆ Тунги обструктив апноэ синдроми. Пелисомнография ўтказиш учун мутахассисга юбориш.

ДАВОЛАШ

ДАВОЛАШДАН МАҚСАД

- АГ беморларни даволашдан мақсад юрак қон – томир асоратлари ва ундан ўлим хавфини имкон борича камайтириш.
- Даволаш вазифалари.
 - ◆ Қисқа муддатли (касаллик бошлангандан кейин 1 – 6 ой давомида) ✦ АБ илгариги кўрсаткичларидан 10 % ва кўпроқ пасайтириш ✦ Гипертоник кризларнинг олдини олиш ✦ Ҳаёт сифатини яхшилаш ✦ Хавф омилларига таъсир кўрсатиш.
 - ◆ Оралиқ (касаллик бошлангандан кейин 6 ойдан кўп) ✦ АБ кўрсаткичининг мақсадга мувофиқ даражада пасайтириш ✦ Нишон – аъзолар зарарланишининг олдини олиш ва бор асоратлар регрессиясига эришиш ✦ Ўзгарувчан хавф омилларини йўқотиш.
 - ◆ Узоқ муддатли ✦ АБ ни барқарор ушлаб туриш ✦ Нишон – аъзолар зарарланиши йўқлиги ✦ Пайдо бўлган юрак – томир асоратларини орқага қайтиши ёки компенсациясига интилиш.

ШИФОХОНАГА ЁТҚИЗИШГА КЎРСАТМАЛАР

Қуйидаги ҳолларда бемор касалхонага ётқизилади.

- Асоратли гипертоник криз.
- Рефрактер АГ ва юқори хавф.
- Симптоматик АГ га шубҳа, диагнозни тасдиқлаш учун инвазив текширишлар ўтказиш (буйрак томирлари ангиографияси).

ДОРИЛАРСИЗ ДАВОЛАШ

АГ дори – дармонсиз даволаш:

- Юрак – томир касалликлари хавфини камайтирувчи ҳаёт тарзини ўзгартиришни фаол тавсия этиш.
- Тамаки чекишининг ҳар қандай турларини ман этиш.
- Вазни ортиқча беморларга тана вазнини нормаллаштириш учун зарур бўлган маслаҳатлар бериш.
- Алкоголь истеъмол қилишни чеклаш.
- Жисмоний фаолликни аэроб юклама ҳисобига ошириш.
- Ош тузини истеъмол қилишни камайтиришни тавсия этиш.
- Беморларга овқатланиш рационалда сабзавот ва мевалар миқдорини кўпайтириш ва ёғлар миқдорини камайтириш тўғрисида тушунтириш.

ДОРИЛАР БИЛАН ДАВОЛАШ

- Терапевтик аралашувни бошлаш вақти ва дори давоси ҳажми хавф омиллари борлигига, нишон – аъзолар зарарланиши ва ёндош касалликлар мавжудлигига боғлиқ.

- Кўп ҳолларда даволашни аста – секинлик билан, одатда монодаво ёки турли гуруҳ дори воситаларини кичик дозалари биргаликда буюрилади, бунда бир неча ҳафта давомида мақсадга мувофиқ АБ бўлишига эришилади.
- Асоратланмаган АГ даволашда 60 ёшдан кичик беморларда қуйидаги дори воситаларини тавсия этиш мумкин; тиазидли диуретиклар (кичик дозаларда), β – адреноблокаторлар, ААФ ингибиторлари (ангиотензин II рецепторлари блокаторлари), варапамил ретард формалари.
- 60 ёшдан катта бўлган асоратсиз АГ бор беморларга бошланғич даво сифатида тиазидли диуретиклардан ёки дигидропиридин қаторига кирувчи узоқ таъсир этувчи Ca^{2+} блокаторларидан; бу дори воситалари таъсир қилмаганда ААФ ингибиторлари ёки ангиотензин II рецепторларининг блокаторларидан фойдаланиш мумкин.
- ДВ танлашда қуйидаги омиллар ҳисобга олинади ♦ Олдинги даво самараси ♦ Даволаниш қиймати ♦ Хавф омиллари, нишон – аъзолар зарарлангани, қўшилиб келаётган касалликлар ♦ Бемор хоҳиши.
- Зарур бўлганда қуйидаги гуруҳ дориларидан биргаликда фойдаланиш мумкин:
 - ♦ Диуретик + β – адреноблокатор.
 - ♦ Диуретик + ААФ ингибитори ёки ангиотензин II рецептори блокаторлари.
 - ♦ Кальций каналлари блокатори + ААФ ингибитори ёки ангиотензин II рецептори блокаторлари.
 - ♦ Кальций каналлари блокатори + диуретик.
- Турли антигипертензив воситаларни қўллашга қуйидаги **кўрсатмалар** мавжуд:
 - ♦ Йўлдош касалликлар ва ҳолатларда **мутлоқ кўрсатма**:
 - ✦ Қандли диабет протеинурия билан, ААФ ингибиторлари, ангиотензин II рецептори блокаторлари.
 - ✦ Юрак етишмовчилиги (систолик дисфункция натижасида), ААФ ингибитори ёки ангиотензин II рецептори блокаторлари, диуретиклар.
 - ✦ Қарияларда учрайдиган алоҳида систолик АГ, тиазид диуретиклар, кальций каналлари блокаторлари.
 - ♦ Қуйидаги йўлдош касалликлар ва ҳолатларда **ижобий самара беради**:
 - ✦ Миокард инфаркти. β – адреноблокаторлар, ААФ ингибиторлари.
 - ✦ Стенокардия. β – адреноблокаторлар, кальций каналлари блокаторлари, ААФ ингибиторлари.
 - ✦ Бўлмача тахикардияси ёки мерцал аритмия. β – адреноблокаторлар, кальций каналлари блокаторлари.
 - ✦ Циклоспорин қабул қилиш натижасида АГ. Кальций каналлари блокаторлари.
 - ✦ Эссенциал тремор. β – адреноблокаторлар (кардиоселектив бўлмаган).
 - ✦ Юрак етишмовчилиги. ААФ ингибиторлари, ангиотензин II рецептори блокаторлари, диуретиклар, β – адреноблокаторлар, спиронолактон.
 - ✦ Гипертиреоз. β – адреноблокаторлар.
 - ✦ Мигрень. β – адреноблокаторлар, кальций каналлари блокаторлари.

- ✦ Остеопороз. Тиазидли диуретиклар.
- ✦ Инфравезикал обструкция. α – адреноблокаторлар.
- ✦ Эректил дисфункция. Ангиотензин II рецептори блокаторлари, α – адреноблокаторлар.
- Антигипертензив воситалар қўлланилишига **монеликлар**:
 - ◆ **Мутлоқ монелик** куйидаги йўлдош касалликлар ва ҳолатларда:
 - ✦ Ҳомиладорлик. ААФ ингибиторлари, ангиотензин II рецептори блокаторлари.
 - ✦ Бронхиал астма. β – адреноблокаторлар (суперселективлардан ташқари, масалан, небиволол).
 - ✦ II ва III даражали АВ – блокада. β – адреноблокаторлар, кальций каналлари блокаторлари.
 - ✦ Депрессия. β – адреноблокаторлар, марказий таъсир этувчи дори воситалари.
 - ◆ **Нисбий монеликлар**:
 - ✦ Ўпканинг сурункали обструктив касалликлари. β – адреноблокаторлар (кардиоселектив).
 - ✦ Қандли диабет. β – адреноблокаторлар, юқори дозада диуретиклар.
 - ✦ Дислипидемия. β – адреноблокаторлар, юқори дозада диуретиклар.
 - ✦ Подагра. Диуретиклар.
 - ✦ Юрак етишмовчилиги. Нодигидропиридин қаторидаги кальций каналлари блокаторлари.
 - ✦ Периферик артериялар атеросклерози. β – адреноблокаторлар (суперселективларидан ташқари).
 - ✦ Буйрак етишмовчилиги. Калий тузларини сақлаб қолувчи диуретиклар.
 - ✦ Буйрак артериялари стенози. ААФ ингибиторлари, ангиотензин II рецептори блокаторлари.
 - ✦ Эректил дисфункция. Тиазидли диуретиклар, β – адреноблокаторлар (носелектив, кам селектив).
- Қўшилиб келган хавф омиллари давоси.
 - ◆ Гиполипидемик даво.
 - ✦ Йўлдош касалликлардан ЮИК, периферик атеросклероз, инсулт ёки 2 – тип ҚД бор беморларга умумий холестерин миқдори 3,5 ммоль/л.дан юқори бўлганда статинлар бериш мумкин. Бундан мақсад холестерин миқдорини 30% га камайтириш.
 - ✦ Аниқ клиник кўринишга эга бўлмаган юрак қон – томир касалликлари билан оғриган ёки қандли диабети бўлган беморлар статинлар қабул қилишлари лозим (умумий холестерин миқдори 3,5 ммоль/л.дан юқори).
- Антиагрегант даво.
 - ✦ Юрак қон – томир асоратларини ўтказган ҳамда 50 ёшдан ошган ва юқори хавф тоифасига мансуб бўлган беморларга кичик дозада ацетилсалицилат кислота бериш тавсия этилади (қон плазмасида креатинин миқдори ошганда).

✦ Ацетилсалицилат кислота АБ берилади.

барқарор бўлгандан кейин

ХИРУРГИК ДАВОСИ

Хирургик даво симптоматик АГ нинг айрим турларида ўтказилади:

- Реноваскуляр АГ.
- Феохромоцитома.
- Буйрак усти безлари аденомаси.
- Аорта коарктацияси.

БЕМОРНИ ЎРГАТИШ

- Беморга касаллик моҳияти ва унинг кечишини тушунтириш.
- Беморга дори воситасини доимий равишда қабул қилиш ва ўз вақтида шифокор назоратидан ўтиб туришни уқдириш.
- Беморларга АБ ва пульсни ўлчашни ўргатиш ва ҳар доим уларни назорат қилишни тавсия этиш.
- Беморларни бошқа хавф омиллари ҳақида (юрак қон – томир касалликларига олиб келувчи) хабардор қилиш ва уларнинг олдини олиш чораларини уқдириш.
- Беморларга спиртли ичимликлар, жумладан пиво, вино ичишни чеклашни тавсия қилиш.
- Беморларга тамаки маҳсулотларидан воз кечишни таъкидлаш.
- Беморлар врачга бошқа касалликлар туфайли дори воситаларини қабул қилганлигини айтиши лозимлигини уқдириш.
- Беморларга АГ асоратлари клиникасини тушунтириш.
 - ◆ Беморларга касалликнинг клиник кўринишидаги ҳар қандай ўзгаришни қайд этиб боришларини айтиш.
 - ◆ Асоратлар ривожланиш клиникасини баҳолай олишни ✦ Нафас етишмаслиги ✦ Жисмоний меҳнатни кўтара олмаслик ✦ Тез чарчаб қолиш ✦ Стенокардия ✦ Навбатма – навбат оқсоқланиш ✦ Ҳушдан кетиш, бош айланиши, қўл ва оёқлар сезувчанлигининг пасайиши, кўриш ўткирлигининг пасайиши.

МУТАХАССИС МАСЛАҲАТИГА КЎРСАТМАЛАР

Қуйидаги ҳолларда кардиолог – врач маслаҳатини олиш зарур • Гипертоник криз • Хавфли АГ (қўз тубига қон қуйилганда) • 30 ёшдан кичик бўлган АГ бор беморлар • Симптоматик АГ га шубҳа бўлганда • Буйрак функцияси бузилганда • Бир неча синф дори воситаларини қабул қила олмаганда • Ҳомиладорларда АГ бўлганда • «Лабил» АГ.

Беморларни кузатиб бориш:

- Клиник белгилари бўлмаган одамларда АБ ни ўлчаш сони шу шахсда бошқа хавф омиллари борлиги ва АБ даражасидан келиб чиққан ҳолда.

- Даво курси бошлангандан сўнг АБ барқарор бўлгунча врач қабулига 4 – 6 ҳафтада 1 марта, кейин ҳар 3 – 6 ойда бориш.
- Врач қабулига келганда ҳар сафар ♦ АБ ни кунт билан ўлчаш ♦ Яшаш тарзи ўзгаришларига эътибор бериш ♦ Бемор аҳолини динамикада қандай бўлганлиги ҳақида маълумот олиш ва даво схемасини ўзгаргани ҳақида хабардор қилиш.
- Йилига камида бир марта ♦ Буйрак функциясини аниқлаш ♦ Йўлдош касалликлар борлигини текшириш ♦ Нишон – аъзолар зарарланганини ўрганиш.

ПРОГНОЗИ

Нишон – аъзолар зарарланганлиги ва хавф омиллари даражасига боғлиқ.

“ГИПЕРТОНИЯ КРИЗЛАРИ”

Гипертония касаллиги билан оғриган беморларнинг 1/3 қисмида гипертоник криз кузатилади. Айрим беморларда гипертоник криз касалликнинг ягона кўриниши сифатида намоён бўлади.

Гипертония кризига олиб келувчи омиллар: • Психоэмоционал стресс • Об – ҳаво ўзгаришлари • Суюқлик ва тузни ҳаддан ташқари кўп истеъмол қилиш.

АБ тўсатдан юқори бўладиган ҳолатлар: • феохромоцитома • ўткир гломерулонефрит • ҳомиладорлик эклампсияси • операциядан олдинги ва кейинги кризлар • бириктирувчи тўқиманинг диффуз касалликларида буйрак зарарланганда • симпатомиметик воситалар қўлланилганда (кокаин) • бош чаноғи травмалари • оғир куйишлар • бурундан қон кетиши • антигипертензив воситалар қабулини бирдан тўхтатиб қўйиш.

Гипертония кризининг кечиши: асоратли, асоратсиз.

Гипертония кризи асоратлари:

- Цереброваскуляр (геморрагик ёки ишемик инсульт, субарахноидал қон куйилиши, мия шиши билан ўтадиган гипертония энцефалопатияси).
- Кардиал (ўткир чап қоринча етишмовчилиги, ўткир миокард инфаркти, аорта аневризмаси).
- Буйрак асоратлари (гематурия, протеинурия, эритроцитурия ва ўткир буйрак етишмовчилиги).
- Кўздаги асоратлар (оғир ретинопатия).

Давоси:

- Касаллик асоратсиз ёки белгисиз кечганда даволаш мақсади АБ ни 25 % га бир неча минутдан 1 соатгача, кейин 160/100 мм сим.уст.гача тушириш. Қуйидаги дорилар қўлланилади: клонидин – ичиш учун, каптоприл, нифедипин тил остига.

- Асоратлар пайдо бўлиши касалхонага ётишга кўрсатма ҳисобланади. Касалхонага ётқизгунга қадар парентерал антигипертензив даво олиб борилади. Лазикс, эналаприл вена ичига юборилади.

СИМПТОМАТИК АРТЕРИАЛ ГИПЕРТЕНЗИЯЛАР

Симптоматик артериал гипертензия (АГ – иккиламчи артериал гипертензия) – иккиламчи АГ, қон босимини бошқариб турувчи аъзо ва тизимларнинг зарарланиши натижасида юзага келади.

Статистик маълумотлар. Ҳамма қон босим ошиш ҳолларининг 5 – 10 % ида учрайди (юқори технологиялар билан жиҳозланган махсус клиникаларда иккиламчи АГ 30 – 35 % беморларда аниқланади).

ЭТИОЛОГИЯСИ

- Буйрак касалликлари ♦ Ўткир ва сурункали гломерулонефрит ва пиелонефритлар ♦ Обструктив нефропатиялар ♦ Буйраклар поликистози ♦ Бириктирувчи тўқиманинг систем касалликлари (СҚВ, систем склеродермия ва бошқалар) ♦ Систем васкулит ♦ Диабетик нефропатия ♦ Гидронефроз ♦ Буйракларнинг тўғма гиперплазияси ♦ Буйраклар травмаси ♦ Ренин ишлаб чиқарувчи ўсмалар ♦ Тузнинг бирламчи тутилиб қолиши (масалан, Лиддл синдроми).
- ДВ қабул қилиш билан боғлиқ ятроген АГ. Экзоген омиллар ♦ Бурунга томизиладиган томчилар, аксиришга қарши дорилар таркибидаги адреномиметиклар ва симпатомиметик моддаларнинг бўлиши (масалан, эфедрин, фенилэфрин)-қон босимини ошириши мумкин ♦ Перорал контрацептивлар таркибида эстрогенлар бўлиши, - АГ 5 % аёлларда кўтарилиши мумкин (механизми: ренин – ангиотензин тизимлардаги ўзгаришлар) ♦ ЯҚНДВ (индометацин ва бошқалар) – простагландинлар синтезининг пасайиши натижасида қон босими ошиши, Пг – қон томирлар тонусини пасайтиради ♦ Симпатик нерв системасининг фаоллашуви натижасида артериал босимнинг ошиши ♦ ГК – қон босимини ошириш, ангиотензин II ва норэпинефринга томирлар сезувчанлигининг ошиши, ҳамда суюқлик ушланиб қолиши натижасида кузатилади.
- Эндокрин касалликлар ♦ Акромегалия ♦ Гипотиреоз ♦ Гипертиреоз ♦ Иценко – Кушинг синдроми ♦ Альдостеронизм ♦ Буйрак усти безларининг туғма гиперплазияси ♦ Феохромоцитома ♦ Буйрак усти безларига боғлиқ бўлмаган хромаффинома.
- Қон – томирлар касалликлари ♦ Аорта коарктацияси ♦ Буйрак артериясининг стенози (вазоренал АГ) ♦ Тақаясу касаллиги.
- Юрак қон – томирларининг систолик артериал гипертензияси ♦ Аортал клапаннинг етишмовчилиги ♦ Аорта склерози ♦ Кучайган брадикардия III даражали (АВ блокада) ♦ Артериовеноз фистулалар ♦ Очиқ артериал йўл.
- Ҳомиладорлик асоратлари.

- Неврологик касалликлар ♦ Бош мия ички босимининг ошиши ♦ Мия ўсмалари ♦ Энцефалитлар ♦ Уйқудаги апноэ ♦ Оёқлар фалажи ♦ Гийен – Барре синдроми.

КЛИНИК МАНЗАРАСИ

“Артериал гипертензия” га қаралсин.

- Иккиламчи артериал гипертензия ҳақидаги маълумотлар ♦ Буйраклар касалликлари – сийдик йўллари инфекцияси, бактериурия, гематурия, протеинурия ♦ Аналгетикларни суистеъмол қилиш (буйраклар паренхимасининг зарарланиши) ♦ Ҳар хил дориларни пала – партиш қабул қилиш, ҳомиладорликка қарши дорилар, бурун томчи дорилари, кокаин, ЯҚНДВ ♦ Кўп терлаш, бош оғриғи, кўзғалишлар, мушаклар бўшашуви ва учиб туриши.
- Физикал текширув ♦ Артериал гипертензия билан ўтадиган эндокрин касалликлар белгилари; гипотиреоз, тиреотоксикоз, Иценко – Кушинг синдроми, феохромоцитома, акромегалия ♦ Аорта касалликлари ва реноваскуляр артериал гипертензия йўқлигига ишонч ҳо қилиш учун перифериядаги артериялар, юрак, кўкрак қафаси, қоринни пальпация ва аускультация қилиб текшириш.

ТЕКШИРИШ УСУЛЛАРИ

- Мажбурий усуллар ♦ Умумий қон таҳлили ♦ Қон плазмасидаги креатинин ♦ Қондаги калий, натрий, глюкоза, холестерин миқдорини аниқлаш ♦ ЭКГ.
- Қўшимча усуллар ♦ Қон плазмасидаги триглицеридлар, холестерин, сийдик кислоталари ♦ Гемоглабин миқдори ва гематокритни аниқлаш ♦ Ренгенологик текширувлар ♦ ЭхоКГ ♦ Ренин, ангиотензин, альдостерон, гормонлар, катехоламин миқдорини аниқлаш ♦ Аортаграфия ва ренография ♦ КТ/МРТ.

ДАВОСИ

- Семиришдаги АГ ♦ Тана вазнини нормага тушириш ♦ Танланган препаратлар – кальций каналлари блокаторлари, ААФ ингибиторлари α – адреноблокаторлар. Бевосита вазодилататорлар буюрилмайди (танада суюқлик ушланиб қолишига олиб келади).
- Доридан келиб чиқадиган АГ ♦ Дори препаратларини ичишни тақиқлаш ♦ Дорилар ичиш тўхтатилмаганда уларнинг салбий таъсирига қарамай гипотензив воситалар ♦ Симпатомиметик воситалар таъсирида келиб чиққан артериал гипертензияда (масалан, эфедрин) β – адреноблокаторлар кўлланилади ♦ Перорал контрацептивлар оқибатида келиб чиққан АГ, ренин – ангиотензин тизимли фаоллашуви оқибатида организмда суюқлик сақланиб қолганда – ААФ ингибиторлари, сийдик ҳайдовчилар ♦ ГК қабул қилиш оқибатида келиб чиққанда – β – адреноблокаторлар, сийдик ҳайдовчилар буюрилади.
- “Алкоголдан кейинги” АГ ♦ Биринчи навбатда спиртли ичимлик истеъмол қилишни тақиқлаш зарур. Қатор ҳолларда бу қон босимининг нормаллашувига олиб келади ♦ Агар алкогольни батамом ташлай олмаса, унда эркаклар ҳафтасига 21 алкоголь дозасигача, аёлларда 14 алкоголь дозасигача тушириш зарур (1

алкогол дозаси – 8 – 10 мл. тоза ароққа, 0,5 л. пиво ёки 1 қадаҳ винога тўғри келади) ♦ Буни текшириш усулларида бири – кондаги γ – глутамилтранспептидаза ва эритроцитларнинг ўртача ҳажми ва миқдорини аниқлашдан иборат ♦ Танланган дорилар – клонидин, ААФ ингибиторлари, β – адреноблокаторлар ва дигидропиридин қатори блокаторлари. Дори воситалари ва алкогольни қабул қилишда уларнинг ўзаро таъсирини унутмаслик зарур (масалан, клонидин + алкоголь комбинацияси). Қабул қилишни бекор қилиш синдроми. Булар тўғрисида беморларни огоҳлантириш зарур ♦ Агар посталкогол бекор қилиш синдромидан кейин артериал гипертензия кузатилганда энг яхши воситалардан бири β – адреноблокаторлар ҳисобланади.

- Эндокрин патологиядаги АГ ♦ Феохромоцитомда, бирламчи гипералдостеронизмда, аденомадан кейинги ёки буйрак усти безлари карциномасида биринчи навбатда хирургик йўл билан даволашни кўриб чиқиш зарур. Агар феохромоцитомда хирургик йўл билан даво қилишнинг иложи бўлмаса, унда α – адреноблокаторлари қўлланилади (доксазозин, празозин). Бу гуруҳдаги препаратлар қўлланилганда ортостатик артериал гипотензия ҳолати келиб чиқиши мумкинлигини унутмаслик зарур. β – адреноблокаторларга кўрсатма бу ҳар хил аритмиялар ва феохромоцитоманинг асоратли кечишидир. Бунда кўпроқ селектив β_1 – адреноблокаторларни α – адреноблокаторлар билан биргаликда буюриш лозим ♦ Буйрак усти безлари гиперплазиясидан кейинги бирламчи гиперальдостеронизмда кўпинча спиронолактон 100 – 400 мг/кунда дозаларда қўлланилади. Гипотензив самарани ошириш учун гидрохлоротиазид ёки α – адреноблокаторларни биргаликда ишлатиш мумкин. Амлодипиннинг ижобий таъсири тўғрисида ҳам маълумотлар бор ♦ Гипотиреозда β – адреноблокаторлардан бошқа барча гуруҳдаги препаратларни қўллаш мумкин.

ХКК – 10 • П15 Иккиламчи гипертензия.

БОШ ОҒРИҒИ

МИГРЕНЬ

Мигрень – ҳуржсимон бош оғриқ билан ўтадиган касаллик бўлиб, кўриш ва ошқозон – ичак аъзолари фаолиятининг бузилиши билан ўтади.

КЎП УЧРАЙДИГАН ЁШ ВА ЖИНС

- Ҳар қандай ёшда учраши мумкин.
- 10 – 30 ёшларда бошланади.
- Кўпроқ хотин – қизларда кузатилади.
- Кўпинча 50 ёшдан сўнг қисман ёки тўлиқ ремиссия даври бошланади.

ЭТИОЛОГИЯ ВА ПАТОГЕНЕЗИ

Номаълум мигрень ҳуружининг келиб чиқиш сабаблари: мия қон – томирларидаги ўзгаришларга бош миядаги босим ошиши ва биокимёвий ўзгаришлар, яъни серотонин, гистамин, ацетилхолиннинг кўпайиши, булар қон – томирлар ўтказувчанлигини ошириб юборади. Натижада бош мия ва унинг пардаларидаги мия қон – томирлари шиши кузатилади.

ГЕНЕТИК ТОМОНЛАРИ

Касалланганларнинг ярмидан кўпида мигрень наслдан – наслга аутосом – доминант хилда ўтади.

КЛИНИК ФОРМАЛАРИ

- Аура билан ўтадиган мигрень. Касаллик бошланишидан олдин аура, яъни дастлабки белгилар пайдо бўлади. Кўз олдида ҳар хил нарсаларнинг пайдо бўлиши, қўл ва оёқларда совуқ қотиш, ҳар хил парестезия кузатилади.
- Оддий мигрень (аурасиз мигрень) – бош оғриғи, неврологик белгиларсиз ўтади. Ҳуруж қаттиқ бош оғриқ билан бошланиб, бошнинг ярмида кўпроқ чакка қисмида, кўзларда, пешона – энса қисмида бўлади.
- Мигрень эквиваленти. Неврологик белгисиз, бош оғриғисиз ва қусишсиз ўтиши мумкин. Кўпроқ 40 – 70 ёшдаги беморларда учрайди.
- Асоратланган мигрень. Бунда ҳуруж кучли неврологик бузилишлар билан ўтади.
- Базилар мигрень. Бош мия ўзаги бузилиши – бош айланиши, дизартрия, диплопия билан характерланади.
- Мияча мигрени. Мияча зарарланади. Унинг зарарланишига хос белгилар (асинергия, нутқнинг бузилиши, қалтираш). Бунда базилар тизим ва умуртқа поғонаси артерияларида қон айланиши бузилиши кузатилади.
- Офтальмopleгик мигрень. Кўриш бузилади. Диплопия, птоз ва мия артерияси аневризмаси кузатилади.
- Каротодиния – оғриқ тепа ва пастки жағда, бўйинда, кўз косаси атрофида бўлади. Кўпроқ 30 – 60 ёшдагиларда учрайди. Ҳуруж ҳафтасига 1 ёки бир неча марта кузатилиб бир минутдан бир неча соатгача давом этиши мумкин.

КЛИНИК МАНЗАРАСИ

- Депрессия билан ўтадиган бош оғриғи, сержаҳллик.
- Айрим беморларда хилпилловчи скотома. Кўришнинг бузилиши, парестезия ёки гемипарез кузатилади.
- Бу белгилар бош оғриғи бошланишидан олдин йўқолади.
- Оғриқ бир томонлама ёки умумий бўлади.
- Беморларнинг ҳаммасида белгилар асосан бир хил ривожланади, бир томонлама бош оғриқлари ўз чегараларини ўзгартириши мумкин.
- Кўнгил айланиши, қусиш, фотофобия кўп учрайдиган белгилардир.
- Оёқ – қўллар совуқ, кўкарган.

- Бемор жаҳлдор, ёлғиз қолишни истайди.
- Бош пайпаслаб кўрилганда мия артерияларининг бўртиб турганлигини сезиш мумкин. Пульсация ошган.
- Ҳуруж қайталаниши ҳар хил – бир неча ойда бир мартадан то кундаликкача.
- Бир томонлама ҳуруж бир неча дақиқадан бир неча кунгача давом этиши мумкин.
- Мигрень – қизил вино истеъмоли, оч қолиш, атир ҳидлари, ёруғлик, ҳайз кўриш пайтида фаоллашади.
- Ухлаганда, оғироеқликда, кайфияти яхшилигида сусаяди.

ДИАГНОСТИКАСИ

- Клиник кўринишда мия ичи шикастлари бўлмаслигига асосланган.
- Оилавий анамнезда мураккаблик ёки кўришнинг продромал бузилиши орқали аниқ ташхис қўйиш мумкин.

ДАВОСИ

Физик активлик

- Ётоқ режими.
- Тинчлик.
- Қоронғу хона тавсия этилади.

Парҳез

- Суюқлик истеъмолини чеклаш.
- Мигрень ҳуружини кўзғатувчи озиқ – овқатлар ман этилади.

Мигрень ҳуружи давоси

- Ацетилсалицил кислота, парацетамол ёки кодеин – мигрень енгил ҳуружида.
- Суматриптан 100 мг 3 маҳал кунига ичилади. Монеликлар: юрак аритмияси, ЮИК, бош мия қон айланишининг бузилиши. Ножўя таъсири: юрак соҳасида, мушакларда оғриқ, ютиниш қийинлашиши мумкин.
- Суматриптан наф бермаганда 2 мг эрготомин ва 200 мг кофеин бирга ичишга берилади ёки тил остига зарурат бўлганда ҳар 30 дақиқада мабодо таъсир қилмаса, парентерал юборилади.
- Эрготаминни мустақил равишда ҳар 48 соатда ва ундан тезроқ қабул қиладиган беморларда препаратга ўрганиш ёки унга жисмоний қарамлик юзага келади.

Ҳуружлараро даврда профилактика

- Пропранолол 20 – 40 мг. дан кунига 3 – 4 маҳал.
- Верапамил 80 мг. дан кунига 3 – 4 маҳал.
- Томирлар ҳаракатини текшириб туриш зарур.

Синоними. Гемикрания.

ХКК – 10 • G43 Мигрень.

Эслатма. «Гемикрания» тушунчаси Гален томонидан киритилган бўлиб, бошнинг бир томонида оғриқ деган маънони билдиради. Гемикрания грекча сўздан олинган

ва кейинчалик лотин тилига ўгирилган hemigranea ва migranea. Migraine французча сўз бўлиб XVIII асрда рус, инглиз ва бошқа тилларга ўгирилган.

БОШНИНГ АЙРИМ СОҲАСИДАГИ ДАВОМЛИ ОҒРИҚ

Кенг тарқалган хуружсимон бир томонлама бош оғриғи 10 – 15 дақиқадан 3 соатгача давом этиши мумкин. Кун давомида бир хил вақтда қайталанади. Ҳафталар, ойлар, ҳатто йиллар давомида хуруж кўринишида давом этади.

УЧРАШИ, ЁШ ВА ЖИНСГА БОҒЛИҚ ХУСУСИЯТЛАР

- Учраши – аҳолининг 69:100000.
- Касаллик эркакларда 30 ёшда, аёлларда бироз кечроқ бошланади.
- Эркакларда аёлларга нисбатан кўпроқ учрайди (6:1).

ЭТИОЛОГИЯ ВА ПАТОГЕНЕЗИ

- Бош мия артериялари тонусининг бузилиши.
- Гипоталамус циркад ритмининг бузилиши
- Марказий нерв системасида моддалар алмашинуви издан чиқиб, серотонин миқдори ўзгарганда.
- Гистамин сакловчилар ёки уларнинг рецепторларининг ўзгариши.

КЛИНИК МАНЗАРАСИ

- 15 дақиқада ривожланадиган тўсатдан бошланган бош оғриғи.
- Бир томонлама бош оғриғи, чакка – кўз ёки пешона – кўз соҳасида қаттиқ, кучли ёки сирқираб оғриши.
- Кўздан ёш оқиши, конъюктив инъекциялар, птоз.
- Бурун битиши, ринорея.
- Брадикардия, кўнгил айнаши, кўп терлаш, безовталаниш.
- Кучли хуружда апоноэ даври бўлиши мумкин.

ДАВОЛАШ

Хуружга қарши даво:

- Беморни ёруғлик, спиртли ичимлик ичиш, стресс ҳолатлар, тамаки чекишдан сақлаш (улар даво самарасини камайтиради).
- Интенсив жисмоний активлик хуруж бошланишини тўхтатиши мумкин.
- Каротид тугунчасини бир томонлама босиб оғриқни камайтириши эҳтимоли бор.
- Хуруж тутган вақтда чакка артериясини босиб туриш, 40 % оғриқни камайтиради, бошқа ҳолларда кучайтиради.

Дори билан даволаш:

- Ўткир хуруж вақтида ✦ Суматриптан 6 мг. тери орасига ҳар бир соатда, 12 мг. кунига ✦ 100 мг. дан ичишга дигидроэрготамин, 1 мг. мушак орасига ёки вена ичига ✦ Кислород – нафас олиш учун 7 – 10 л. 1 минутдан 10-15 минутгача

беморга ўтирган ҳолда бериш керак ✦ Аналгетиклар, айниқса, наркотикларни қўллаш мумкин эмас.

- Профилактик даво – ҳуружнинг олдини олиш учун ✦ Верапамил 80 мг. кунига 4 маҳал ✦ Литий карбонат 300 мг. дан кунига 2 – 4 маҳал ✦ Хуруж тутишдан 2 соат олдин эрготамин 2 мг. перректум ёки 1 – 2 мг. ичишга буюрилади. Айниқса тунгги ҳуружнинг олдини олиш учун самарали ✦ Преднизолон 60 – 80 мг. 7 кун давомида.
- Муқобил препаратлар ✦ Лидокаин оғриқли касал томондан бурунга 1 мл. 4 % эритмаси томизилади. Бемор чалқанча ётади, боши 45 градус кўтарилган ҳолда 40 градус бурилади ва оғриқли томонига томизилади. Бурун битишининг олдини олиш учун 0,5 % фенилэфрин эритмасидан 1 – 2 томчи бурунга томизилади ✦ Кофетамин 2 таблеткадан ичишга ✦ Сурункали гемикранияда индометацин 150 мг. дан кунига ҳуружнинг олдини олиш учун ✦ Нифедипин 40–120 мг. кунига 1 маҳал, нимодипин 240 мг. кунига 1 маҳал.

СИНОНИМЛАРИ

- Мигрень невралгияси.
- Гистамин цефалгияси.
- Кластер бош оғриғи.
- Будильник цефалгияси.

ХКК – 10 • G44.0 “Гистамин” бош оғриғи синдроми.

ЗЎРИҚИШДАГИ БОШ ОҒРИҒИ

Зўриқишдаги бош оғриғи (ЗБО) – энг кўп учрайдиган бош оғриғи тури. Ахолининг учдан бир қисмини безовта қилади.

УЧРАШИ

- 60 % беморларда биринчи бор 20 ёшдан кейин пайдо бўлади.
- 50 ёшдан кейин бошланиши хос эмас.
- Кўпроқ аёлларда учрайди.

КЛАССИФИКАЦИЯСИ

- Вақти – вақти билан кузатиладиган бош оғриғи асабий ҳолатлар билан боғлиқ бўлади баъзан давосиз, шунингдек кенг тарқалган дори моддалар таъсирида ҳам ўтиб кетади. Ҳуружларнинг давомийлиги – бир неча дақиқадан бир неча кунгача.
- Сурункали – ҳар куни, икки томонлама тарқалган, одатдагича энса – пешона соҳада жойлашган бош ва бўйин мушакларининг қисқариши билан боғлиқ.

ЭТИОЛОГИЯ ВА ПАТОГЕНЕЗИ

- Сурункали эмоционал зўриқиш ҳолати ва мушакларнинг тортилиш мувозанатининг бузилиши.

- Ноқулай ҳолат, умуртқа поғонасининг қийшайиши.
- Тез – тез ва узоқ давом этадиган стресс ва ташвишли ҳолатлар.
- Депрессия (сурункали ЗБО билан оғриган 70 % беморларда).
- Умуртқа поғонаси бўйин қисмининг касалликлари.

ГЕНЕТИК ТОМОНЛАРИ

40 % беморлар оила анамнезида касалликка мойиллик.

ХАВФЛИ ОМИЛЛАР

- Уйқу вақтида обструктив апноэ.
- ДВ
- Кўп миқдорда кофеин қабул қилиш.

КЛИНИК МАНЗАРАСИ

- Бош оғриғи аста – секин пайдо бўлади ёки эмоционал зўриқишда ўткир бошланади. Бир неча кун ёки соатда ўтиб кетиши мумкин.
- Бош оғришининг тавсифи – энса – пешона соҳасида жойлашган икки томонлама, диффуз тарқалган, сиқувчан характерга эга. Беморлар бош оғришини образлар воситаси орқали ифода қилишади (гуё чамбарак билан қисгандек). Соч таралганда, бош кийим кийганда бемор нохушлик сезади.
- Оғриқ кечаси ҳам давом этади.
- Тунги уйқусизлик, фикрни бир жойга жамлай олмаслик кузатилади.
- Жисмоний зўриқиш бош оғриқни кучайтирмайди.
- Бош мушакларини пайпаслаганда унинг таранглигини сезиш мумкин.

ДИАГНОСТИКАСИ

- Умуртқа поғонаси бўйин қисмининг рентгенографияси.
- Бошни КТ ва МРТ.

ДАВОЛАШ

Умумий тамойиллар

- Бош оғриғини интенсив равишда камайтириш усуллари ✦ Нам сочикни кўзга қўйиб дам олиш, илиқ душ ёки ванна, орқа бўйин қисми ва чаккаларни массаж қилиш ✦ Аутотренинг усуллари ўргатиш ✦ Психодаво, гипноз ✦ Постизометрик миорелаксация, акупунктура.
- Беморга ўз ҳаётини ўзгартиришга ҳаракат қилишни ва стресс ҳолатлардан ўзини асрашни тушунтириш.
- Бўшаштирадиган массажлар, аэробика машқларини мунтазам равишда бажариш.

Дорилар билан даволаш

- Ўткир хуружда – ЯҚНДВ ✦ Напроксен 500 мг./кунда – 2 маҳал ✦ Ибупрофен 400 мг./кунда – 3 маҳал ✦ Кетопрофен 50 мг./кунда – 2 маҳал.
- Сурункали кечишда ✦ Амитриптилин 50 – 100 мг./кунда ✦ Имипрамин 50 – 100 мг./кунда.
- Антидепрессантларга қўшимча β – блокаторлар ✦ Пропранолол 80 мг. ҳар куни ✦ Надолол 40 мг. дан ҳар куни ✦ Атенолол 50 – 100 мг. ҳар куни.

КЕЧИШИ ВА ПРОГНОЗИ

- Агар стресс ҳолат доимий бўлса, касаллик сурункали кечишга ўтади.
- Кўп ҳолларда касаллик баъзан намоён бўлиш билан кечиши мумкин, унда беморнинг иш фаолияти ва турмуш тарзига таъсир этмайди.

СИНОНИМЛАРИ

- Қисқарув бош оғриши.
- Зўриқиш цефалгияси.
- Стресс бош оғриши.
- Идиопатик бош оғриши.
- Психоген бош оғриши.
- Мушак қисқариши бош оғриши.

ХКК – 10 • G44.2 Зўриқиш типигадаги бош оғриғи.

ТОМОҚ ОҒРИҒИ ВА БЎҒИЛИШ**ТОМОҚ ОҒРИҒИ ВА ТОНЗИЛЛИТ****АСОСИЙ ҚОИДАЛАР**

- Агар касаллик келиб чиқишида А гуруҳи стрептококклари, оғир ҳолларда С ва G гуруҳи стрептококклари сабаб бўлса, антибиотиклар буюрилади. Бошқа сабабларда фақат симптоматик даво қилинади.
- Перитонзиллар абсцессда ўз вақтида ташхис қўйиш ва шошилишч даво чораларини кўриш лозим.
- Қуйидаги касалликларни ҳам назарда тутиш керак:
 - ◆ Юқумли мононуклеоз.
 - ◆ Сўзакли фарингит.
 - ◆ Ўртача ўткир тиреоидит.

- ◆ Гранулоцитопения.
- ◆ Оғиз – ҳалқум дифтерияси.
- Қайталаб турадиган тонзиллитда келтириб чиқарган инфекцияни аниқлаш зарур.
- Стрептококк инфекцияси (агар А гуруҳи стрептококклари, дифтерия инфекцияси бўлса ҳам) устидан назорат ўрнатиш ва эпидемиологик текширув олиб бориш лозим.
- Агар клиник белгиларнинг намоён бўлиши 1 кундан ошмаса, антибиотиклар билан даволаш қисқартирилади.
- Антибиотиклар ревматизм ва сурункали тонзилитнинг бошқа асоратларининг олдини олиш учун буюрилади.

ЭТИОЛОГИЯСИ

- 5 – 20 % (эпидемияда 40 %) ҳолларда тонзиллитларни А гуруҳи стрептококклари келтириб чиқаради. Ёз ойларида касалланиш сони камаяди.
- Стрептококкларнинг бошқа гуруҳлари касалликнинг эпидемиясида катта аҳамият касб этмайди.
- Баъзи ҳолларда тонзиллит кўзғатувчиси *Neisseria gonorrhoeae*.
- Микоплазма ва хламидийлар тонзиллит билан оғриган беморларда ҳам, белгиларсиз кечадиган ҳолларда ҳам бир хилда топилади. Шунинг учун бу микроорганизмларнинг топилиши клиник – эпидемиологик аҳамият касб этмайди.
- 1 – 2 % беморларда юқумли мононуклеоз аниқланади.
- 1 % дан кам ҳолларда тонзиллитларга арканобактериялар олиб келиши мумкин.
- Кўпгина ҳолларда томоқда пайдо бўладиган оғриқларга вируслар сабаб бўлади. Вируслар келтириб чиқарадиган касалликлар баланд иситма, тошмалар ва фарингеал экссудат билан кечади.
- Дифтерия инфекцияси орқали келиб чиқадиган томоқдаги оғриққа шиш ва фибриноз карашлар сабаб бўлади.

ХАВФЛИ ГУРУҲЛАР

- Стрептококклар туфайли келиб чиқадиган касалликлар учун – 3 ёшдан кичиклар ва ўсмирлар (15 – 24 ёшдагилар).
- Юқумли мононуклеоз учун – болалар ва ўсмирлар.
- Сўзак учун жинсий алоқага мойил шахслар.
- Дифтерия учун – эмланмаган шахслар.

БЕМОРНИ ТЕКШИРИШ

- Томоқни кўздан кечириш: муртак безлари атрофидаги тўқималар шишуви, экссудат борлиги, тризм.
- Бўйинни пайпаслаш: бўйин тери ости ёғ тўқимасининг шишуви.

- ◆ Юқумли мононуклеоз, қизамиқ, қизилча, ОИВ – инфекцияда ҳамма лимфа тугунлар катталашиши мумкин.
- ◆ Қалқонсимон безнинг катталашуви ва оғриқ тиреоидит учун хосдир.
- Вируслар, А гуруҳи стрептококклари ва арканобактериялардан келиб чиқувчи касалликларга терида турли тошмаларнинг пайдо бўлиши характерлидир.
- Инфекция ўчоқларини аниқлаш учун бурун синуслари, қулоқ, тишлар ва қуйи нафас аъзоларини текшириш керак.
- Стрептококкларни аниқлаш учун – бактериологик текширувга суртма олиш ёки стрептококкларни экспресс усул билан аниқлашни ўтказиш лозим. Тонзиллитнинг келиб чиқиш сабабини клиник белгиларга қараб аниқлаб бўлмайди.
- ◆ Қўзғатувчини аниқлашнинг энг арзон ва аниқ усули томоқдан суртма олиб бактериологик текширув учун экиш ва уларнинг антибиотикларга сезгирлигини аниқлашдир.
- ◆ Экспресс усулнинг манфий кўрсаткичини бактериологик текширув усули билан аниқлаш лозим (3 ёшгача бўлган болаларда бу тест ўтказилмайди, чунки уларда стрептококк инфекциялари кам аниқланади).
- Баъзан бактериологик текширувни *Neisseria gonorrhoeae* га, экспресс усулни эса мононуклеоз қўзғатувчисини аниқлаш учун ўтказиш мумкин.

ДАВОЛАШНИ ТАШКИЛ ЭТИШ

- Врач ҳамма беморларни кўриши ва айниқса бурун синусларида, қулоқда оғриқлари бор беморларга, тризм ва йўтал билан кечаётган касалликларга катта аҳамият бериши керак.
- Стрептококк инфекциясига томоқдан суртма олишни ҳамшира бажариши мумкин.
- Бактериологик текширув ва экспресс усулда қуйидагилар аниқланса антибиотиклар қўллаш мумкин.
 - ◆ А гуруҳи стрептококклари.
 - ◆ Турли гуруҳдаги стрептококклар, айниқса эпидемия вақтида.
- Касалликнинг белгилари жуда яққол бўлганда антибиотикларнинг кундалик миқдорини бактериологик текширув натижаларини олмасдан буюриш мумкин.

СТРЕПТОКОКК ИНФЕКЦИЯСИДА ДОРИ ДАВОСИ

- Феноксиметилпенициллин 1,5 млн. ТБ суткасига 2 марта 10 кун давомида.
- Пенициллинга аллергия бўлганда ичишга цефалексин 750 мг. дан кунига 2 маҳал ёки цефадрок 1 мг. дан 1 маҳал.
- Антибиотикларни зудлик билан бошлашга зарурат йўқ (антибактериал давони 1 – 2 кун кеч бошлаш беморнинг соғайиши ва касалликнинг асоратларига таъсир этмайди).

- Наркотик бўлмаган анальгетиклар (парацетамол ва ибупрофен) касалликнинг белгиларини антибиотикларга қараганда тезроқ йўқотишга ёрдам беради. Томоқда кучли оғриқ бўлганда лидокаинли аэрозоль ишлатиш мумкин.
- Бошқа гуруҳдаги стрептококклар чақирадиган касалликларда (А гуруҳга тааллуқли бўлмаган) оғир беморларга ёки эпидемия вақтида А гуруҳ стрептококклари чақирган касалликларга ўхшаб даво қилинади.
- Касалликнинг қайталаб туриши мумкин бўлган ҳолатларидан бошқа ҳолларда томоқдан бактериологик текшириш учун назорат суртмаси қайта олинмайди.
- Антибиотиклар буюрилгандан сўнг бемор кун давомида ташқи муҳит учун хавфсиз бўлиб қолади.

БОШҚА ЭТИОЛОГИЯЛИ ТОНЗИЛЛИТЛАРНИ ДАВОЛАШ

- Гонококкли фарингитда касаллик белгилари кўпинча ўртача бўлади. Беморни бепул дори воситалари билан таъминлаш ва эпидемиологик суриштирув ишларини олиб бориш керак.
- Юқумли моноклеозни даволашда антибиотикларни қўллаш шарт эмас. Айниқса ампициллин буюришдан эҳтиёт бўлиш керак, чунки терида тошмалар пайдо бўлишига олиб келади.

ПЕРИТОНЗИЛЛЯР АБСЦЕСС

- Тризм (оғизни очишнинг қийинлашуви ва оғриқ).
- Ютиш ва сўлак ажралишининг қийинлашуви.
- Бўшлиқнинг шишуви, юмшоқ танглай асимметрияси ва унинг олдинга жиши.
- Давосида абсцесс дренаж қилинади (кўпгина ҳолларда зудлик билан тонзиллэктомия ўтказилади) ва антибиотиклар буюрилади.

ҚАЙТАЛАНГАН ТОНЗИЛЛИТ

- Томоқдаги қайталаниб турувчи оғриқ, А гуруҳидаги стрептококкларни текширишнинг мусбат натижалари билан биргаликда бўлиши.
- Кўпинча реинфекцияга боғлиқ.
- Беморнинг ва оила аъзоларининг томоғини бактериологик текширувдан ўтказиш керак.
- Бемор билан бир жамоада ишловчи, шу касалликнинг белгилари бор беморларни аниқлаб олиш лозим.
- Қайталанувчи тонзиллитни даволаш учун қўлланиладиган препаратлар: цефалексин ёки цефадрок (улар пенициллин гуруҳига, А гуруҳидаги стрептококка нисбатан кўпроқ самарали). Клиндамицин (300 мг. дан 2 маҳал 10 кун) у ҳам А гуруҳидаги стрептококка нисбатан самарали, шунингдек тонзиллит қайталанишининг олдини олади.

ТОНЗИЛЛЭКТОМИЯГА КЎРСАТМАЛАР

- Бактериологик текширув билан тасдиқланган қайталанувчи тонзиллит (йил давомида 4 мартадан кўп, бактерия турига боғлиқ эмас).
 - ◆ Тонзиллэктомияга берилган йўлланмага бактериологик текшириш ўтказиш натижасини ва ўтказилган санасини кўрсатиш керак.
- Ўткир тонзиллит сабаблари, масалан, перитонзилляр абсцесс, бодомча безларидаги бирламчи ўчоқли септицемия.
 - ◆ Перитонзилляр абсцесс бўлганда, бемор 40 ёшдан ёш бўлса, тонзиллэктомия шу заҳоти ўтказилади, бунда шиллиқ парда кеиб, абсцессни тозалаш шарт эмас.
- Хавфли ўсмага шубҳа бўлганда (якқол асимметрия ёки кучли яллиғланиш).
- Катталашган бодомча безлари туфайли нафас йўллари обструкцияси бўлса, (гоҳида улар бир – бирига тегиб туриши мумкин), тунги апноэ ҳуружлари, тишлар прикуси бузилишлари.
- Тонзиллэктомияга нисбатан кўрсатма – бу сурункали тонзиллит. Томоқда доимий оғриқ бўлиши, қусишга хоҳиш бўлавериши, ҳамда оғиздан қўланса хид келиб туриши ва консерватив даволаш динамикасида тузалиш натижалари кузатилмаганда хирургик йўл билан даволаш лозим.

СТРЕПТОКОКК ИНФЕКЦИЯСИ ЭПИДЕМИЯЛАРИ

- Қуйидаги ҳолларда стрептококк инфекцияси эпидемиясига шубҳа туғилиши мумкин:
 - ◆ Белгилари ўхшаш касалликларнинг биргаликда яшовчи ёки ишловчи бир неча одамларда пайдо бўлиши.
 - ◆ Битта беморда стрептококкли касалликнинг қайта кўзғалиб туриши.

ХИРИЛЛАШ, ЛАРИНГИТ ВА ДИСФОНИЯ

АСОСИЙ ҚОИДАЛАР

- Ларингитни даволашдаги энг муҳим тадбирлар – кам гапириш (пичирлаб гапириш лозим), йўталнинг олдини олиш, томоқни чайиб туриш. Антибиотиклар буюрилмайди.
- Иш фаолияти овоз билан боғлиқ бўлган, товуши бирдан хириллаб қолган беморларга камида бир ҳафтага меҳнатга лаёқатсизлик варақасини бериш лозим.
- Агар дисфония нафас йўллари инфекцияси билан боғлиқ бўлмаса, ёки у 2 ҳафтадан ортиқ давом этаётган бўлса, ларингоскопия ўтказилиши керак.
- Болалар дисфониясида – фониастр ва ЛОР – мутахассис маслаҳати кўрсатилган (билвосита ларингоскопия ўтказишга қийинчилик бўлганда).

БОЛАЛАРДА ДИСФОНИЯ

- Сабаблари.
 - ◆ Тугунлар.
 - ◆ Папилломалар (кондиломалар).
 - ◆ Ларингит.
 - ◆ Нуткнинг функционал бузилишлари.
 - ◆ Туғма нуқсонлар (ларингомалаяция, ҳиқилдоқ стенози).
- Бақриб гапирувчи болаларнинг эшитиш қобилиятини текшириш керак.
- Билвосита ларингоскопия ўтказиш қийин.
- Беморни иложи борича вақтлироқ фониаТР ёки ЛОР – мутахассисига юбориш (касалликнинг бошланишидан 30 кундан кечиктирмай) лозим.

НАФАС ЙЎЛЛАРИ ИНФЕКЦИЯСИ БИЛАН БИРГА КЕЧУВЧИ ЎТКИР РИВОЖЛАНУВЧИ ДИСФОНИЯ

ЛАРИНГИТ

- Овоз пайлари гиперемияланган ва шишган.
- Кам гапириш (пичирлаб гапириш керак, буғли ингаляциялар ўтказиш, йўталга қарши воситаларни қабул қилиш, йўтални томоқни чайиш орқали олдини олиш).
- Нафас йўллари инфекциясининг баъзи турларида антибиотиклар бериш мумкин, лекин ларингит ўз-ўзича антибиотикодавога кўрсатма эмас.
- Касби гапириш ёки кўшиқ айтиш билан боғлиқ беморларни тузалишига етарли кун миқдорида ишга лаётқатсизлик варақаси билан таъминлаш керак (ўқитувчилар, тарбиячилар, хонандалар, телефонистлар ва ҳ.к.).

ИНФЕКЦИЯ БИЛАН КЕЧУВЧИ, УЗОҚ МУДДАТ САҚЛАНИБ ТУРУВЧИ ДИСФОНИЯ (2 ҲАФТАДАН ОРТИҚ)

ЛАРИНГИТ

- Овоз пайлари гиперемияланган, шишган, баъзан қуруқ ёки усти шиллик ёки қазғоқчалар билан қопланган.
- Сурункали инфекциянинг зарарли касбий ва токсик омилларини ҳамда аллергияни аниқлаб олиш керак (бунинг учун анамнезни қунт билан йиғиш лозим!).
- Узоқ муддатли дисфониянинг сабаби кўпинча – ошқозон – қизилўнғач рефлюкси бўлиши мумкин.

- Давоси – кам гапириш, буғли ингаляциялар, йўталга қарши даволашдан иборат бўлади. Баъзи антибиотикларни қўллаб кўриш мумкин (нафас йўллари яллиғланишининг бошқа белгилари борлиги ёки ҳатто фақат ларингитда).
 - ◆ Амоксициллин.
 - ◆ Доксициклин.

НУТҚНИНГ ФУНКЦИОНАЛ БУЗИЛИШЛАРИ

- Нафас йўллари инфекцияси оқибатида келиб чиқади ва бу жараён бартароф этилгандан кейин ҳам сақланади.

НАФАС ЙЎЛЛАРИ ИНФЕКЦИЯСИ БЕЛГИЛАРИСИЗ КЕЧУВЧИ УЗОҚ МУДДАТЛИ ДИСФОНИЯ

ТОВУШНИНГ ФУНКЦИОНАЛ БУЗИЛИШЛАРИ

- Белгилари: хириллаш, товуш пайларининг тез чарчаши ёки гаплашгандан сўнг товушнинг хириллаши, гоҳо ҳиқилдоқда оғриқ ёки томоқда тугун бордек ҳис бўлиши.
- Овоз пайлари ташқи кўриниши ўзгармаган.
- Организмга боғлиқ сабабларни инкор этиш (қалқонсимон безда ёки бўйин соҳасидаги операциялар, парезлар, ўсмалар, инфекциялар).
- Асосий сабабларни аниқлаб олиш зарур (жуда кўп гапириш, қаттиқ ҳаяжонли нутққа мойиллик ва ҳ.к.).
- Ларингоскопия ўтказишга қийинчилик ёки беморни даволашга маслаҳат керак бўлганда фониаТР ёки ЛОР – мутахассисга юбориш зарур.
- Беморда нутқ бузилишлари бўлганда коррекция ўтказиш лозим.
 - ◆ Нутқ бузилиши кузатилганда ҳамма беморлар нутқни тузатишга юборилдилар ва уларни фониаТР ёки ЛОР – мутахассис кўздан кечириши шарт (бирок даволашни мутахассис маслаҳатигача бошлаш мумкин).
- Даволаш тамойиллари: релаксация, кам гапириш, монанд нафас олиш, постурал ва нутқ гимнастикаси.

ОВОЗ ПАЙЛАРИ ФАЛАЖИ

- Белгилари.
 - ◆ Овоз (товуш) пайлари ҳаракати меъёрда эмас ёки умуман йўқ.
 - ◆ Нафас олиш вақтида овоз пайлари ҳолати меъёрда эмас, асимметрик жойлашган.
 - ◆ Беморнинг товушида доимо хириллаш бор («пичирлаш», бўғиқ товуш).
 - ◆ Сабаблари:
 - ✦ хирургик асоратлар;

- ✦ ўсмалар (ўпка ўсмалари ҳам);
 - ✦ вирус инфекциялари («идиопатик»);
 - ✦ неврологик касалликлар.
- Беморни фониатр ёки ЛОР – мутахассисга имкони борича эрта юбориш лозим.
 - Касалга нутқ бузилишини даволашга эртароқ йўлланма бериш зарур (аввалига мушакларнинг бўшадини камайтириш мақсадида «гимнастика» машқлари орқали даволанади, сўнгра нотўғри жараён бартараф этилади).

СУРУНКАЛИ ЛАРИНГИТ

- Овоз бойламлари гиперемияланган, шишган, айрим ҳолларда қуруқ ёки шилимшиқ билан қопланган. Эпителий маълум қисмларда йўғонлашган ва гиперкератоз бўлган.
- Касб – корга оид зарарли ҳамда токсик ва аллергияк омиллар таъсирини ҳисобга олиш зарур (анамнезни синчиклаб йиғиш).
- Касалликнинг келиб чиқишига юқори ва пастки нафас йўллари инфекциялари, нурланиш, ошқозон – қизилўнғач рефлюкси сабаб бўлиши мумкин.
- Беморга ЛОР – мутахассисга йўлланма берилади.
- Кўп ҳолларда даво чоралари яхши натижа бермайди.
- Давоси товуш чиқариш, гапириш режимига риоя қилиш ва ингаляциядан иборат.

ЎСМАЛАР

- Хавфсиз ўсмалар (тугунчалар, полиплар ва гранулёмалар).
- Хавфли ўсмалар.
- Беморни ҳамма вақт ЛОР – мутахассиси ёки фониатрга юбориш керак.
- Функционал нутқ бузилиши хавфсиз ўсмалар билан боғлиқ бўлиши мумкин; бундай беморларда нутқ давосини ўтказиш лозим.

ДИСФОНИЯ АЙРИМ НЕВРОЛОГИК КАСАЛЛИКЛАР БЕЛГИСИ СИФАТИДА

- Миастения, тарқалган склероз, Паркинсон касаллиги, амиотрофик склероз.
- Дисфония касаллик бошланганда камдан – кам учрайди (миастениядан ташқари).
- Овоз паст ва хириллаган. Нутқ баландлиги, тембри ва ритми бузилиши мумкин. Овозга зўр бериш касаллик белгиларини кучайтиради.
- Билвосита ларингоскопияда товуш бойламлари тебранишининг бузилиши ёки ёпилганлиги аниқланади. Товуш аппарати мутлақо меъёрда бўлиши мумкин.
- Беморни фониаторга, ЛОР – мутахассисига ёки неврологга юбориш лозим.

ДИСФОНИЯЛИ БЕМОРНИ БИЛВОСИТА ЛАРИНГОСКОПИЯ ҚИЛИШ УЧУН КЎРСАТМАЛАР

- Куйидаги ҳолларда билвосита ларингоскопияни ўтказиш зарур.
 - ◆ 2 ҳафтадан ортиқ давом этган дисфонияда.
 - ◆ Бўғилиш ва грипп орасида боғланиш бўлмаганда.
 - ◆ Болаларда дисфония пайдо бўлганда (папиллома йўқлигини исботлаш учун).
 - ◆ 30 ва ундан катта ёшдаги чекувчиларда.
- Билвосита ларингоскопияни ўтказишда қийинчилик бўлганда мутахассисга муурожаат этиш зарур. Юзаки текшириш етарли эмас.

ИШГА ЛАЁҚАТСИЗЛИК ДАВРИ ДАВОМИЙЛИГИ

- Агар беморнинг иш фаолияти товуш билан боғлиқ бўлмаса, ишга лаёқатсизлик варақаси беморнинг умумий аҳволидан келиб чиққан ҳолда берилади.
- Агар беморнинг иш фаолияти товуш билан боғлиқ бўлса, ишга лаёқатсизлик варақаси 1 ҳафтадан 4 ҳафтагача тўлдирилади.
- Умуман сўзлашишни тақиқлаш учун зарурат йўқ, лекин товуш бойламларига осойишталик бериб, йўтални бартараф этиш ва томоқни чайиб туриш зарур.

ЎТКИР ФАРИНГИТ

Ўткир фарингит (ЎФ) – ҳалқум шиллик пардасининг ўткир туташган яллиғланиши. Аксарият ҳолларда бу касаллик ўткир бурун касалликлари сифатида кечади, лекин алоҳида турлари ҳам учраб туради. Ўткир фарингит бактериял ва вирусли бўлиши мумкин.

Этиологияси • Бактериял ўткир фарингит (30 %) ◆ А гуруҳига кирувчи β – гемолитик стрептококк ◆ *Neisseria gonorrhoeae* ◆ *Coryne – bacterium diphtheriae* ◆ *Haemophilus influenzae* ◆ *Moraxella (Branhamella) catarrhalis* ◆ Айрим ҳолларда С ва J гуруҳига кирувчи стрептококклар • Вирусли ўткир фарингит (70 %) ◆ Аденовируслар ◆ Риновируслар ◆ Парагрипп вируслар ◆ Коксаки ва ЕСНО вируслари ◆ Коронавируслар ◆ Эпстайн – Барр вирус ◆ ЦМВ.

Хавфли омиллар • Совуқда қолиш • Сенсibiliзация • Ҳавода чангнинг кўпайиши, жумладан ишлаб чиқариш корхоналарида • Чекиш ва алкогольни кўп истеъмол қилиш • Умумий юқумли касалликлар, иммун танқислиги ҳолатлари • Буйрак ва қон касалликлари • Кичик ёшдаги болалар сўзаги.

Клиник манзараси • Томоқнинг қуриши, йўтал, томоқ қичишиши, томоқда ёт жисм ҳисси • Томоқда оғриқ сўлак ютилганда кучайиб, кулоққа берилиши • Бемор умумий аҳволининг биров ёмонлашиши (ҳолсизланиш, бош оғриғи, анорексия, субфебрил ҳарорат).

Диагностикаси • Фарингоскопияда ҳалқумнинг орқа шиллик қавати, юмшоқ танглай – ҳалқум равоқлари гиперемияланган, инфильтрацияланган, шишган, “лакланган” кўринишда бўлади. Айрим лимфатик фолликулалар катталашган, қизил рангда бўртиб туради. Сўлак кўп миқдорда ишлаб чиқарилади • Лаборатор текширувлар – умумий қон таҳлилида лейкоцитар формула чапга жийди •

Бактериологик текширувлар •

Вирусологик текширувлар • Ўткир

бактериал фарингитда периферик қонда стрептококклар аниқланади.

Дифференциал диагностикаси – катарал ангина билан.

ДАВОЛАШ амбулатор усулда.

- Умумий даволаш ♦ Парҳез. Иссиқ, совуқ, нордон, аччиқ, шўр овқатлар тақиқланади ♦ Илиқ витаминлаштирилган суюқлик кунига 1,5-2 литр ♦ Пенициллин қаторидаги антибиотиклар ♦ Гипосенсибилизация воситалари ♦ Витаминдавоси.
- Маҳаллий даво ♦ Томоқни илиқ антисептик эритмалар билан ҳар 30 – 60 минутда (калий перманганат, нитрофурал, йодиол, кумуш нитрат) чайиш ♦ Аэрозол препаратларини сепиш (ингалипт, каметон – суткасига 4 – 5 марта) ♦ Бурун бўшлиғига илиқ инстилляция қилиш (0,5 – 1 % натрий гидрокарбонат + 10 % глицеринни сувли эритмаси) ♦ Амбазон ♦ Касаллик этиологиясидан қатъий назар натрий гидрокарбонатнинг йирик дисперсли аэрозоли, ўсимлик ёғи (болаларга лизоцим) билан ингалиция қилиш ♦ Халқум орқа девори ва бўйин орқа юзасини УФ нурлар билан нурлантириш (3 – 4 биодозадан).

Дорилар билан даволаш

- Танлов препаратлари. Стрептококкли ўткир фарингитда ревматик иситмалаш профилактикаси мақсадида – антибиотиклар 10 кун давомида: феноксиметилпенициллин 200 мг. 3 маҳал. Эритромицин кунига 300 – 400 мг. 3 марта ёки цефалексин 250 мг. 3 марта.
- Муқобил препаратлар ♦ Бактерия ташувчилик ҳолатида – пенициллин ва рифампицин препаратлари биргаликда қўлланилади ♦ Цефалоспоринлар пенициллинга нисбатан ревматик асоратларнинг олдини самаралироқ олади ♦ Азитромицин ва кларитромицин. Азитромициннинг афзал жиҳати – 5 кунлик қабулдан сўнг препаратнинг микробларга қарши таъсири 10 кун давом этади.

Асорати – сурункали фарингит.

Профилактикаси • Организмни чиниқтириш • Хавфли омилларни йўқотиш • Бурундан тўғри нафас олишни тиклаш • Инфекция ўчоқларини санация қилиш.

ХКК – 10 • J02 Ўткир фарингит.

СУРУНКАЛИ ФАРИНГИТ

Сурункали фарингит (СФ) – ҳалқум шиллиқ қаватининг сурункали яллиғланиши бўлиб, тўғри даволанмаган ўткир фарингит ёки сабаби бартараф этилмаган омиллардан келиб чиқади.

Классификацияси. Патоморфологик ўзгаришларга кўра • Катарал СФ, диффуз веноз гиперемия, шиллиқ қават шишиши, шиллиқ безларнинг гиперсекрецияси • Гипертрофик СФ – цилиндрсимон ҳилпилловчи эпителий ўрнига кубсимон ёки ясси эпителий бўлиши, эпителий десквамацияси кузатилади. Шиллиқ ости қавати шишган, инфилтратланган • Атрофик СФ кўпинча атрофик ринит кўринишида ва

ҳалқум шиллиқ қаватининг юпқалашиши ҳамда безларининг камайиши ва гипосекреция билан ўтади.

Хавфли омиллар • Чекиш, ичиш, экология бузилганлиги • Сурункали инфекция ўчоғлари (бурунда, оғиз бўшлиғида, ҳалқумда) • Юрак қон – томир касалликлари, сийдик – тано, ошқозон – ичак йўли, модда алмашинувининг бузилишлари, гиповитаминозлар.

Клиник манзараси • Томоқ қуриши, ачишиши, томоқда ёт жисм борлиги ҳисси, йўтал • Кўздан ёш оқиши • Эрталаблари шиллиқ ажралма ажралиши • Бемор шикоятлари билан фарингоскопия ҳар доим ҳам тўғри келавермайди.

Фарингоскопия • Катарал сурункали фарингитда – гиперемия, озроқ шиш ва ҳалқум шиллиқ қаватининг қалинлашиши, ҳалқум орқа деворининг айрим жойлари хира шилимшиқ билан қопланган • Гипертрофик сурункали фарингитда – оғиз – ҳалқумнинг орқа девори шиллиқ пардаси юзасидан бўртиб чиқиб турган лимфоид тўқиманинг қизил рангли гранулалари аниқланади. Уларнинг катталиги 1 – 5 мм. гача бўлади • Атрофик сурункали фарингитда – ҳалқумнинг шиллиқ пардаси қуруқ ва юпқа, оч пушти рангли, ялтираб кўринади.

Лаборатор текширувлар – ўткир фарингитга қаралсин.

Даволаш амбулатор усулда • Пархез • Ишқорий, ёғли ва гиёҳли ингаляциялар • Ҳалқум гранула ва ён валикларини куйдириш (гипертрофик СФ) • Медикаментоз даво – кумуш нитратнинг 10 % – 20 % эритмаси, учхлорсирка кислотаси ♦ Физик усул – гальванокаустика ва криодаво • Ҳалқумнинг ён валикларига биостимуляторлар юбориш • Физиодаво жағ ости соҳасига никотин кислота билан электрофарез, индуктотермия, магнитодаво ва паст энергияли лазер, бўйин соҳасига балчиқли аппликациялар • Протеолитик ферментлардан ингаляция • Балчиқ ва олтингурутводородли манбалари бўлган, нам иқлим шароитидаги санатория ва курортларда даволаш.

ХКК – 10 • J31.2 Сурункали фарингит.

ТОНЗИЛЛИТ

Тонзиллит – юқумли касаллик бўлиб, кўпроқ А гуруҳидаги β – гемолитик стрептококк, камроқ стафилококк ёки бошқа микроорганизмлар таъсирида лимфаденоид ҳалқум ҳалқаси муртаклари яллиғланишидир. Улар орасида танглай муртагининг сурункали яллиғланиши бошқаларга қараганда кўпроқ учрайди.

Шунинг учун ҳам «сурункали тонзиллит» деганда айнан шу жараён тушунилади. Тонзиллит келиб чиқишига организм реактивлигининг ўзгариши, интоксикация, умумий ва маҳаллий совқотиш, нораціонал овқатланиш, ноқулай меҳнат шароитлари ва бошқалар сабаб бўлади.

Классификацияси • Ўткир тонзиллитлар ♦ Бирламчи: катарал, лакунар, фолликуляр, яра – пардали ангиалар ♦ Иккиламчи ♦ Ўткир юқумли касалликлар – дифтерия, скарлатина, туляремия, ич терлама, инфекция мононуклеоз ♦ Қон тизими касалликларида – агранулоцитоз, алиментар – токсик алейкия, лейкозлар •

Сурункали тонзиллитлар ♦ Специфик бўлмаган ✦ Компенсацияланган ✦ Декомпенсацияланган ♦ Юқумли гранулёмаларда специфик: туберкулёз, сифилис, склерома.

ХКК – 10 • J03 Ўткир тонзиллит (ангина).

СУРУНКАЛИ ТОНЗИЛЛИТ

Сурункали носпецифик тонзиллит (СНТ, сурункали ангина) – аксарият ҳолларда юқумли касаллик асорати (ангина, скарлатина, кизамиқ) ёки аллергия кўриниши сифатида пайдо бўладиган, сурункали қайталаниб кечиш билан характерланадиган муртакнинг барқарор яллиғланиши кўринишидаги маҳаллий белгилар билан ўтадиган юқумли – аллергия касаллик.

Классификацияси • Компенсацияланган ва декомпенсацияланган • Патоморфологик классификацияси ♦ Лакунар СНТ – яллиғланиш муртак лакуналарида чегараланган ♦ Лакунар – паренхиматоз СНТ – яллиғланиш жараёни лакуналарда ва муртак лимфаденоид тўқимасида кечади ♦ Паренхиматоз СНТ – яллиғланиш жараёни асосан танглай бодомча безининг лимфаденоид тўқимасида кечади ♦ Склеротик СНТ – бириктирувчи тўқима муртак ва унинг атрофидаги тўқималаргача ўсиб кетади.

Клиник кўриниши • Танглай муртаги ва равоқларининг қизариши ҳамда валиксимон қалинлашиши (Гизе, Преображенский белгиси) • Бодомча безлари ва танглай равоқлари орасида чандикли битишма • Чандикли ўзгарган, каттиқлашган бодомча безлар • Бодомча безлар лакуналарида казеоз – йирингли пробкалар • Регионар лимфаденит – регионар лимфа тугунлар катталашади • Компенсация даражасига қараб клиник манзараси ўзи хос ♦ Компенсацияланган форма – бодомча безларида сурункали яллиғланишнинг фақат маҳаллий белгилари бўлиб, яққол ифодаланган умумий реакциялар бўлмайди ♦ Декомпенсацияланган форма – бодомча безларидаги маҳаллий сурункали яллиғланиш қайталанувчи ангина, паратонзиллит, паратонзилляр абсцесс, бошқа аъзолар касалликлари билан қўшилиб келади.

Диагностикаси • Сурункали тонзиллитга диагноз қўйишда икки ва ундан ортик маҳаллий белгилар етарли бўлади • Агар гумон қилинса, муртак ва лакуналардан суртма олиб диагноз тасдиқланади ♦ Бунда патологик флора аниқланади ♦ Лейкоцитларнинг фагоцитар активлиги пасаяди, полиморф – ядролитар сони кўпаяди ва лейкоцитларнинг дегенератив формалари пайдо бўлади, лимфоцитлар сони камаяди ♦ Периферик қон таҳлилида – гипохром анемия, нейтрофилли лейкоцитоз, моноцитопения, лейкопения, ЭЧТ ошади • Иммунограмма ♦ Иммуноглобулин миқдори, стрептококкка қарши АТ титри, комплемент, пропердин таркибининг ўзгариши ♦ Циркуляция қилувчи иммун комплекснинг мавжудлиги, Т – , В – лимфоцит ва улар субпопуляциянинг сон жиҳатдан қайта тақсимланиши, гранулоцитларнинг бактериал аллергенларга сенсibiliзацияси.

ДАВОСИ

Консерватив даво 1 йилда 2 марта баҳор – кузда, ангина тез – тез қайталанганда йилига 4 марта даво ўтказилади. СНТ билан касалланган барча оила аъзоларини бир вақтда даволаш тавсия этилади.

- Кўрсатмалар ♦ Компенсацияланган форма ♦ Декомпенсацияланган форма ♦ Хирургик усулни қўллаб бўлмайдиган ҳолатларда.
- Умумий тавсиялар: тўғри кун тартиби, витаминларга бой бўлган рационал овқатланиш, жисмоний машқлар.
- Гипосенсибилизация қилувчи воситалар: кальций препаратлари, аскорбин кислотаси, антигистамин препаратлар, микроб аллергенларга специфик гипосенсибилизация.
- Иммунокоррекция қилиш: аутосеродаво, иммуностимуляторлар (масалан, левамизол, продигозан), бодомча безларини гелий – неон лазери билан нурлаш.
- 10 кун давомида антибиотикодаво ♦ Пенициллинлар ♦ Эритромицин 250 мг. кунига 4 маҳал ♦ Клиндамицин 300 мг. кунига 3 маҳал.
- ЯҚНДВ – кўрсатмаларга кўра.
- Маҳаллий даво – санация қилувчи воситалар ♦ Танглай бодомча безларига: лакуналардаги моддаларни сўриб ташлаш, лакуналарни антисептик эритмалар билан ювиш, интра- ва паратонзиллар инъекциялар, даволаш пасталари билан лакуналарни пломбалаш, ингаляция ва антибиотиклар, фитонцидлар аэрозоли, УФН ♦ Регионар лимфа тугунларига: ультратовуш давоси, ИФН, гидрокортизон билан ультрафонофорез, лазеродаво, УВЧ, балчиқ билан даволаш.
- Рефлектор таъсир этувчи воситалар: новокаинли блокадалинг ҳар хил турлари, иглорефлексодаво, бўйинга УФН.

Хирургик даво.

- Паллиотив – гальванокаустика, бодомча безларини диатермокоагуляцияси, лакунотомия, лакуналарни қириб олиш, бодомча безларига крио таъсир этиш, лазерли деструкция. Кўрсатмалар: Консерватив даволаш фойда бермаганда, тез – тез қайталанувчи ангина кўринишидаги СНТ декомпенсацияси.
- Тонзиллотомия – бодомча безларини қисман олиб ташлаш. Кўпинча болаларда бодомча безлар гипертрофиясида сурункали тонзиллит белгилари биргаликда келганда бажарилади.
- Тонзиллоэктомия – бодомча безини батамом олиб ташлаш.
 - ♦ Кўрсатмалар ✦ Ўтказилган давонинг самарасизлиги. Самарасизлик мезонлари – консерватив давонинг 6 курсидан кейин ҳам ангинани қайталаниши давом этса ✦ Қайталанувчи паратонзиллит кўринишида СНТ декомпенсацияси, паратонзилляр абсцесслар, олиб борилган даво чораларига қарамай кучли тонзиллоген интоксикациялар. Сурункали тонзиллит деконпенсацияси ревматизм билан бирга келса, ревматизм даволанади ёки ноактив фазасида тонзиллэктомия қилинади.

- ◆ Операцияга монеликлар ✦ Мутлоқ монеликлар: қон айланишининг II-III даражали етишмовчилиги бўлган юрак – томирлар тизимининг умумий оғир касалликлари, сурункали буйрак етишмовчилигининг уремия босқичи, кома ривожланиш хавфи бўлган оғир қандли диабет, криз ривожланиши эҳтимоли бор артериал гипертензиянинг юқори даражаси, гемофилия ҳамда қон оқиши билан кечадиган ва даволаб бўлмайдиган қон ва томирлар тизимининг бошқа касалликлари (Верльгоф касаллиги, Ослер касаллиги ва б.). ✦ Нисбий моънеликлар: ўткир касалликлар ва сурункали касалликларнинг кўзиши, кариоз тишлар борлиги, ҳайз кўриш даври, ҳомиладорликнинг сўнги ҳафталари, юқори нафас йўллари шиллиқ пардасидаги яққол ифодаланган атрофик жараёнлар.
- ◆ Асоратлари ✦ Қон кетиш. Вақт бўйича: эрта (биринчи кунларда), кечки (биринчи кундан кейин). Характерига кўра: томирдан (қон кетаётган томирни жойида лигирлаш талаб этилади), паренхиматоз (гемостатик воситаларга шимдирилган тампон билан жойида тампонада қилиш талаб этиладиган). Кучли қон кетганда гемостатик тадбирлар самара бермаганда ташқи уйқу артерияси керакли томондан боғлаб кўйилади ✦ Кам учрайдиган асоратлар: бўйин флегмонаси, тери ости эмфиземаси, калла нервлари парези, ҳалқум гематомаси, стоматит, глоссит, тилли ангина, ўткир ўрта отит. Операциядан кейинги даврда исталган сурункали касаллик кўзиши мумкин.

Сурункали тонзиллит қайталанишининг профилактикаси • Умумий гигиеник чора-тадбирлар • Организмни чиниқтириш • Рационал овқатланиш • Уй ва ишхоналарда гигиена қоидаларига риоя қилиш • Ҳавони чанг ва газлардан халос этиш • Санация қилиш тадбирлари: тиш ва милк касалликлари, синуситлар, отитлар, бурундан нафас олишнинг бузилиши, сурункали тонзиллитни аниқлаш ва даволаш • Монохроматик қизил чироқ ва гелий – неонли лазер воситасида паст энергетик лазерли таъсир қилиш. Бурун бўшлиғи, ҳалқум ва танглай бодомча безлари шиллиқ қаватларини нурлантириш (нурлантириш даражаси 2,65мВт/ см, вақт экспозицияси – 2 дан 8 минутгача). Курс – кунига 5 – 7 нурлантириш, йилига 2 марта ўтказилади • Иммуномодуловчи воситалар – рибомунил 3 ҳафта давомида ҳафтанинг биринчи 4 кунда ҳар куни наҳорга 3 та таблеткадан, сўнг кейинги 5 ойда ҳар ойнинг дастлабки 4 кунда ичилади.

Диспансер ҳисобига олиш • Беморни ҳар 3 ойда 1 марта оториноларинголог кўригидан ўтказиш, касаллик безовта қилмаса, 1 йилда икки марта • Агар консерватив давонинг 4 – 5 курсидан сўнг 3 йил давомида касаллик қайталанмаса, СНТ нинг маҳаллий белгилари йўқолса ва объектив кўрсаткичлар меъёрда бўлса ҳамда тонзиллэктомия ўтказилгандан сўнг 6 ой ўтгач беморлар диспансер рўйхатидан чиқарилади.

ХКК – 10 • J35 Бодомча безлари ва аденоидларнинг сурункали касаллиги.

Эслатма. Ангинасиз сурункали тонзиллит – маҳаллий жараённинг кўзимай, бироқ яққол умумий интоксикация белгилари билан кечиши.

ЭПИГЛОТТИТ

АСОСИЙ ҚОИДАЛАР

- Эпиглоттитга шубҳа бўлганда боланинг оғзини очиб, ҳиқилдоқни кўришга ҳаракат қилинмайди, ота – онаси ҳамкорлигида шифохонага олиб бориш керак.
- Агар болада эпиглоттит йўқ бўлса, лекин мавжуд белгилар уни эслатса, беморни шифохонадан уйда даволанишга юборишдан олдин ҳалқумини ва ҳиқилдоқ қопқоғини кўздан кечириш зарур.
- Ютинганда кучли оғриққа шикоят қилган катта ёшлиларда ва айниқса ҳалқум кўздан кечирилганда шиллиқ қаватда минимал ўзгаришлар аниқланганда ҳиқилдоқ қопқоғини кўриш учун билвосита ларингоскопия ўтказиш тавсия этилади.
- Нафас йўллари обструкциясида беморга биринчи навбатда маска орқали кислород бериш лозим.
- Агар маска орқали ўтказилган ўпка вентиляцияси беморнинг аҳволини яхшиламас, трахеяни интубация қилиш ёки уни йўғон игна билан пункция қилиш керак бўлади (муолажани танлаш врачнинг билим ва тажрибасига боғлиқ).
 - ◆ Йўғон игна ва нафас пакети тез ёрдам бригадасида бўлмоғи керак.

КЛИНИК КўРИНИШИ

- Мактаб ёшигача бўлган болаларда тана ҳарорати кўтарилиши, овоз чиқмаслиги, нафас сиқиши ва сўлак ажралиши кузатилади.
- Эпиглоттитда йўтал кузатилмайди, лекин безовталиқ ва сўлак оқиши ларингитга қараганда эпиглоттит учун кўпроқ характерли.
- Ютинганда оғриқ – катталардаги эпиглоттит учун жуда хос белги.

ЭТИОЛОГИЯСИ ВА СТАТИСТИК МАЪЛУМОТЛАР

- Наемophilus influenzae b турига қарши вакцина қилинадиган мамлакатларда эпиглоттит болаларда камдан – кам учрайди.
- Катталарда касаллик сони ўсиб бормоқда.

КЕЧИКТИРИБ БўЛМАЙДИГАН ЁРДАМ

Бурун ва ҳалқум шиллиқ қаватини шикастлайдиган ҳар қандай муолажалар тўхтатилади.

- Бемор интубация ва жадал даво ўтказишга шароити бор шифохонага зудлик билан ётқизилиши керак. Маскани оғиз олдида ушлаган ҳолда беморга кислород берилади. Ёши катта беморлар ўтирган ёки ярим ўтирган ҳолатда транспортировка қилинади.
- Нафас йўллари обструкцияси хавфи.
 - ◆ Маска ёки интубация найи ёрдамида ўпканинг сунъий вентиляцияси (ЎСВ) тавсия этилади.

- ◆ Маскали ЎСВ яхши наф бермаса, трахея интубацияси ўтказилади. Агар беморга 10 – 20 секунд давомида интубация қилинмаса ёки врач интубация қила олмаса, трахеяни йўғон игна (Viggo*) билан пункция қилиш лозим. Сўнгра игнага 20 г. ли шприц, унга эса вентиляцияли ҳалтача улаб қўйилади. Вентиляция учун 100 % кислород ишлатилади.

АНТИБИОТИКОДАВО

- Цефуроксим вена ичига юборилади; у эпиглоттитнинг кенг учрайдиган кўзғатувчилари – гемофил таёқчалари ва β – гемолитик стрептококкларга қарши самарали ҳисобланади.

ДИФТЕРИЯ – БЎҒМА

Дифтерия – ўткир юқумли касаллик бўлиб, кучли умумий интоксикация ва жароҳатланган жойда фибринли парда ҳо бўлиши билан кечади.

Этиологияси. Касаллик кўзғатувчиси Леффлер томонидан 1887 йилда кашф этилган. У коринебактериялар авлодига мансуб (*Corynebacterium diphtheriae*). Коринебактериялар шарсимон, таёқчасимон, понасимон, тарвақайлаган шаклда бўлади. Дифтерия таёқчаси учларида ёки ўртасида колбасасимон кенгайган жой бўлиб, уларда тўғноғичга ўхшаш волютин заррачалари бор. Граммусбат микроб. Озуқли муҳитларида ўсиш хусусиятларига қараб дифтерия таёқчаларининг *gravis* ва *mitis* турлари фарқланади. Дифтерия таёқчаси ўзидан экзотоксин ажратади.

Классификацияси • Маҳаллий фибриноз жараённинг тарқалишига ва умумий интоксикация белгилари яққоллигига кўра ◆ Локал форма ◆ Тарқалган форма ◆ Токсик форма • Бирламчи ўчоқнинг жойлашган жойига кўра ◆ Оғиз – ҳалқум дифтерияси ◆ Нафас йўллари дифтерияси ◆ Бурун дифтерияси ◆ Кам учрайдиган дифтериялар (тери, ташки жинсий аъзолар, жароҳатланган соҳаларда) тафовут қилинади.

Эпидемиологияси • Дифтерия – антропоноз инфекция • Касаллик манбаи – дифтерия билан оғриган бемор ёки микробнинг токсиген штамми мавжуд соғлом бактерия ташувчи ҳисобланади • Юқиш йўллари – ҳаво томчи, контакт, камроқ озиқ – овқатлар орқали • Кўзғатувчи ва унинг токсинига иммунитет бўлмаган барча ёшдаги кишилар касалланади. Микроб томоқ ва юқори нафас йўлларида жойлашади • Эпидемиологик нуқтаи назардан касалликнинг яширин даври, касаллик енгил кечаётган ҳоллар атрофдагилар учун хавфлидир.

Клиник кўриниши • Касаллик даврлари ◆ Касалликнинг яширин даври 2 – 7 кун (баъзан 12 кунгача) ◆ Фибриноз яллиғланиш жараёни ва эрта токсик асоратларнинг муҳим белгилари пайдо бўладиган давр (касалликнинг дастлабки 5 – 7 кунлари) ◆ Кеч токсик асоратлар даври (касалликнинг 10 – 12 кунидан то 6 – ҳафтагача) ◆ Реконвалесценция даври (клиник белгилари йўқолгандан сўнг 2 – 3 ойгача). Юракда асоратларнинг келиб чиқиши натижасида резидуал (қолдиқ) ҳолатлар юзага келиши ва аъзо функциясининг бузилишига олиб келиши • Касаллик изоляцияланган ёки комбинацияланган фиброз зарарланиш билан кечиш ҳоллари.

Клиник белгилари

- Интоксикация белгилари ♦ Тана ҳароратининг субфебрил ва фебрил кўтарилиши.
 - ♦ Астеновегетатив белгилари: қувватсизлик, бош оғриғи, иштаҳанинг пасайиши, артериал гипотензия ва бошқалар.
- Маҳаллий фибриноз зарарланиш белгилари. Жараён оғиз – ҳалқум кўп қаватли ясси эпителийсида ривожланганда дифтеритик яллиғланиш типи, нафас йўллариининг цилиндрик эпителийси зарарланганда – крупоз тип кузатилади ♦ Дифтеритик типдаги яллиғланиш ✦ Оғиз – ҳалқумда атрофдаги тўқималар билан маҳкам бириккан, оқ рангдаги фибриноз караш кўринишидаги ўзгаришлар. Карашни олишга ҳаракат қилинганда эрозияли юза очилади. Бодомча безларидаги жараён асимметрик жойлашиши мумкин. Касаллик оғирлашган сари (тарқалган ва токсик формалар) карашларнинг тарқалиши ва оғиз – ҳалқум тўқимасидаги шишлар кўпайиб боради ✦ Дифтерияли яллиғланиш жараёнининг хамма турларида периферик лимфа тугунлариинг катталаниши ва бироз оғриқли бўлиши кузатилади ✦ Умумий интоксикация белгилари – бемор аҳволининг охиригини аниқлайдиган етакчи белгидир ♦ Яллиғланишнинг крупоз типи ✦ Ҳиқилдоқдаги ўзгаришлар (ларингоскопия ўтказилганда аниқланади) ҳиқилдоқ ва овоз бойламлари шиллиқ пардасидан йўтал вақтида ажраладиган фибрин парда ✦ Бу ўзгаришлар дифтерия таёқчалари ишлаб чиқарадиган кучли экзотоксиннинг таъсири билан боғлиқ.
- Айрим клиник формаларга хос қўшимча белгилар ♦ Оғиз – ҳалқум дифтериясида: томоқда оғриқ, токсик формаларида бўйин ва кўкрак қафаси юқори қисми тери ости тўқимасида шишлар, тери қопламлари рангпар ♦ Нафас йўллари дифтериясида: кучук акиллашига ўхшаш йўтал; дисфония (овознинг бўғилиши то афониягача); инсператор характердаги харлаш (паст тушувчи бўғмада – аралаш) ♦ Бурун дифтериясида: бурундан нафас олиш қийинлашади, бурун йўлларида сероз – қон ажралмалар келади, токсик формаларида эса бурун ва юзнинг юмшоқ тўқималарида шишлар ♦ Жинсий аъзолар дифтериясида: қиндан сероз – қон ажралмалар келиши, токсик формасида – корин пастки қисми ва соннинг тери ости ёғ тўқимасида шиш бўлиши ♦ Тери дифтериясида – яралар оёқ – қўлларнинг терисида жойлашади. Одатда ўткир кечади.

Текшириш усуллари • Селектив муҳитга экилган қўзғатувчини ажратиб олиш.

- Серологик реакцияларда антитоксик АТ титрини ошганлиги топилади (ИФА). Касалликнинг биринчи кунлари специфик ҳимоянинг паст бўлиши (антитоксик АТ даражаси $>0,03$ МЕ/мл.) диагностик аҳамиятга эга. Дифтерияга қарши зардоб билан даволанмаган беморларда реакцияни ҳисобга олиш мумкин.

Даволаш

- Дифтерияга шубҳа бўлганда зудлик билан касалхонага жойлаштириш.
- Специфик даво ♦ Дифтерияга қарши зардоб (ДҚЗ) ни иложи борича эртароқ, диагнознинг лаборатор тасдиқини кутмасдан, м/о ёки в/и клиник формасига мос дозада юборилади ♦ Тўлиқ дозани юборишдан олдин гиперсезгирликни

аниқлаш учун тери ёки конъюнктивал синама ўтказилади ✦ Тери орасига қўйиладиган синама: Дифтерия антитоксини 1:100 да суолтирилиб тери орасига юборилади, синамадан кейин 20 минут ичида инфилтрат ҳо бўлиши реакциянинг мусбат эканлигини кўрсатади ✦ Конъюнктивал синама: ДҚЗ 1:10 суолтирилганидан битта кўзга, иккинчисига 0,1 мл 0,9 % ли NaCl эритмаси томизилади. Маҳаллий жойда қизариш, ачишиш пайдо бўлиши реакциянинг мусбат эканлигидан далолат беради.

- Ҳамма ҳолларда антибиотиклар, масалан, эритромицин ичишга кунига 40 – 50 мг/кг, 14 кун давомида ёки бензилпенициллин 100 000 – 150 000 ТБ кг/кунда 4 маҳал мушак орасига.
- Токсик формасида – ГК ли қисқа даво курси билан дезинтоксикацияли инфузияли даво.
- Асоратлар юзага келганда – унга мос патогенетик даво.
- Асфиксия хавфида – нафас йўллари ўтказувчанлигини тиклаш (трахея интубацияси ва трахеостомия).

Асоратлари

- Миокардит (касаллик бошланишининг 4 – кундан 2 – ҳафтаси охиригача) ✦ Мутлоқ мезонлар ✦ Юрак етишмовчилиги, АВ – блокада II-III даражаси (прогнози ёмон) ✦ ЭКГ даги ўзгаришлар: ўтказувчанлик (ҳар хил даражадаги блокада), автоматизм (экстрасистолия), кўзғалувчанлик ва ўтказувчанликнинг бузилиши (титроқ аритмия), де – ва реполяризация жараёнларидаги ўзгаришлар билан (асосий ва кўкрак тармоқларида Т тиш манфий) қўшилиши ҳисобига бўладиган аритмиялар ✦ Юрак ўлчамларининг катталашishi ✦ Қўшимча меъзонлар: юрак тонларининг ўзгариши, тахикардия, юрак чўққисида систолик шовқин, ЭКГ да чегараланган ўзгаришлар.
- Моно – ёки полиневропатия: юмшоқ танглай парези (мингиллаб гапириш, танглай тилчасининг асимметрик жойлашиши, зарарланган томондаги танглай рефлексининг йўқлиги), кўзни ҳаракатлантирувчи мушаклар парези (аккомодациянинг бузилиши, майда босма ҳарфларни ўқий олмаслик билан). Пайдо бўлиш муддатлари 14 – 24 кун. 4 – 5 ҳафталарда нафас мушаклари, оёқ – қўллар, гавданинг кўндаланг тарғил мушакларида тарқалган фалажлик ривожланиши мумкин.
- Токсик нефроз (5 – 8 кун): сийдикнинг умумий таҳлили – протеинурия, цилиндрурия, микрогематурия; буйрак етишмовчилиги белгилари кам кузатилади.
- Токсик шок (биринчи 3 – 4 кун).
- Пневмония (2 – 4 ҳафта).
- Асфиксия – нафас йўллари дифтериясида (3 – 5 кун).

Профилактикаси. Бунда бўғмага қарши эмлашнинг ташкилий – услубий ва назорат чоралари режалаштирилади. Эпидемик ўчоқларини ўз вақтида аниқлаш ва уларни йўқотиш учун ўтказилиши лозим бўлган чора – тадбирларни ташкил қилиш ва олиб бориш белгиланади. 4 ёшли болаларни атсорбирланган кўкйўтал, дифтерия, қоқшолга қарши анатоксин (АҚДС) препарати билан 3 марта эмланади.

4 – 6 ёшли болаларга АДС препарати 2 марта, 6 ёшдан катта беморларга атсорбирланган дифтерия, қоқшол АДС – М препарати юборилади. Эмлаш курси тугаб, 9 – 12 ой ўтгандан сўнг ревакцинация қилинади. Реконвалесцентлар икки марта бактериологик манфий натижадан сўнг уйига юборилади.

ХКК – 10 • А36 Дифтерия.

ПАРАТОНЗИЛЛИТ

Паратонзиллит – паратонзиллар тўқиманинг ўткир яллиғланиши бўлиб, бодомсимон безларнинг яллиғланишигача олиб келади. Бир ёки икки томонлама бўлиши мумкин.

Классификацияси • Орқа танглай – юткич ва танглай бодомчалари • Пастки – танглай бодомчаларининг пастки қутби • Олдинги танглай дўмбоқчалари ва танглай тил қисми паратонзиллитлари • Ташқи танглай дўмбоқчасидан ташқарига тарқалиши жуда кам кузатилади.

Клиник кўриниши. Ангина бўлиб ўтгандан кейин тана ҳарорати кўтарилади. Ҳалқумда оғриқ (бош оғриган томонга қийшаяди), қонда лейкоцитоз, нейтрофилёз, ЭЧТ кўтарилади.

Фарингоскопия. Танглай ва ҳалқумнинг шиллиқ қаватида қизариш, шиш, танглай бодомчасининг ўрта чизикқа сурилиб кетиши ва томоқнинг асимметрияси кузатилади.

Давоси • ЛОР бўлимига ётқизиш • Маҳаллий илиқ муолажалар, дезинфекция қилувчи эритмалар билан томоқни ғарғара қилиш • Антибиотикодаво – пенициллин қаторидаги антибиотиклар мушак орасига 500 000 ТБ 0,5 – 1 % прокаин эритмасида паратонзилляр яллиғланган тўқимага кунда 2 марта • Антигистамин препаратлар • Симптоматик даво • Витаминлар • 7 – 10 кун олиб борилган даво наф бермаса, тонзиллэктомия.

ХКК – 10 • J36 Перитонзилляр абсцесс.

ОҒИЗ БЎШЛИҒИ ЎСМАЛАРИ

ХАВФСИЗ ЎСМАЛАР

Лейкоплакия ва кератоз – бу оғиз бўшлиғи, ҳалқум ёки ҳиқилдоқ шиллиқ пардасининг оқ рангдаги юзаки шикастланиши. **Эритроплакия** – оғиз бўшлиғининг ҳалқум ёки ҳиқилдоқнинг қизил рангдаги юзаки шикастланиши • Хавф омиллари – оғиз бўшлиғи шиллиқ қаватининг шикастланиши (охиригача

даволанмаслик, тиш касаллиги), чекиш, алкоғол истеъмол қилиш •
 Диагностика. Малигнизацияни истисно қилиш мақсадида биопсия қилинади ♦
 Бемор хавф гуруҳига киради (масалан, чекувчи ёки алкоғоликлар) ♦ Зарарланиш
 ўчоғини бартараф этишга қарамасдан уни ўзоқ муддат сақланиб қолиши • Давоси.
 Лейкоплакияда даво чоралари кўрилмайди, пациентлар доимий назоратда
 бўладилар.

Папилломалар – оғиз бўшлиғидаги шохсимон папилломалар якка ҳолда ёки кўп
 сонли бўлиши мумкин • Папиллома оёқча ва гулкарам кўринишига эга бўлади •
 Бартараф этилгандан сўнг қайталаниши кам учрайди.

ХАВФЛИ ЎСМАЛАР

Оғиз бўшлиғи ўсмаларининг 90 % хавфли ҳисобланади. Улардан 90 % ясси
 хужайрали рак, қолганлари лимфомалар, меланомалар, аденокарциномалар.

Учраши. 12/100 000.

Хавф омиллари – чекиш, алкоғол, оддий герпес вируси ташувчилиги.

Клиник кўринишини баҳолаш • Характерли белгилар – шиллик қаватдаги узок
 вақтгача битмайдиган, оғриқ билан ўтадиган яралар. Дисфагия, бўйин лимфа
 тугунлари катталашиши. Раk кўпинча лабнинг ички юзасида жойлашади. Тилда ва
 оғиз тубида камроқ учрайди • Диагноз ♦ Пастки жағ рентгенографияси
 зарарланган суяк ўсмасини истисно этиш мақсадида ўтказилади ♦ Оғриқ яра хо
 бўлиши билан пайдо бўлади (яра хо бўлиш босқичи) ♦ Лимфа тугунларга
 метастазлар 30 % ҳолларда яширин ўтади. 50 % беморларда метастаз тилда,
 қолганларида оғиз тубида намоён бўлади.

TNM классификацияси • T1 ўсмаларнинг диаметри 2 см. дан кам • T2 ўсма
 ўлчами 2 – 4 см. • T3 ўсма 4 см. дан каттароқ • T4 ўсмалар катталашган, жараёнга
 пастки жағ қанотсимон мушак, оғиз бурчаги, тил илдизини қамраб олган • N1
 битта лимфа тугунида метастазлар 3 см. гача катталиқда • N2 бутун лимфа
 тугунида метастазлар касалланган ва қарама – қарши лимфа тугунларни 3 – 6 см.
 гача қамраб олган • N3 метастазлар 6 см. дан каттароқ.

Босқичлар бўйича гуруҳлаш • 0 босқич: TisNOMO • I босқич: T1NOMO • II
 босқич: T2NOMO • III босқич: T1-3N1MO • IV босқич ♦ T4NO ♦ T1-4N2-3MO ♦
 T1-4NO-3M1.

Давоси • Оғиз бўшлиғида раk тарқалганда T1 ва NO бирламчи ўчоғлари кесиб
 олиб ташланади ёки нурлаш давоси бошланади • T2-T4 да даволашда масофадан
 нурлаш ўтказилади. Қолдиқ ўсмага радиоактив манба киргизилади ёки ўсмалар
 кесиб олиб ташланади ♦ Тил ва оғиз шиллик пардаси ракида ўсмалар тағ – туғи
 билан олиб ташланади. Бўйин лимфа тугунлари билан пастки лаб ракларида
 радикал нурлаш ўтказилиб, жағ тағидаги лимфа тугунлари операция йўли билан
 олиб ташланади ♦ Пастки жағ жараёнга аралашган бўлса, у қисман резекция
 қилинади ♦ Масофадан нурлаш ўтказилади.

Прогнози • Оғиз бўшлиғидаги ўсма касаллигида беморларни кузатув даврида 5 йиллик яшаб кетиши 65 % ни ташкил қилади • Лаб ўсмаси касаллигида 5 йиллик кузатув даврида 90 % беморлар яшаб кета олади • Тил ракида ўсмалар жойлашганлигига қараб кузатилади. Агарда ўсма тилнинг асосида бўлиб, ҳиқилдоқ тарафга ўсиб кирган бўлса, унда ҳиқилдоқни резекция қилишга тўғри келади.

ХКК – 10 • **C00** Лабнинг хавфли ўсмаси • **C01** Тил асосининг хавфли ўсмаси • **C02** Аниқланмаган хавфли тил ўсмаси • **C03** Хавфли милк ўсмаси • **C04** Оғиз туби хавфли ўсмаси • **C05** Танглай хавфли ўсмаси • **C06** Аниқланмаган оғиз бўшлиғидаги хавфли ўсма • **C07** Қулоқ олди сўлак безлари хавфли ўсмаси • **C08** Аниқланмаган катта сўлак безлари хавфли ўсмаси • **C09** Бодомча беши хавфли ўсмаси • **D.00.0 in situ** лаб ва оғиз бўшлиғи ўсмаси.

ЛАРИНГИТ

Ларингит – бу ҳиқилдоқ шиллиқ пардасининг ўткир ва сурункали яллиғланиши ҳисобланади. Вирусли инфекциялар эпидемияси кўзиши натижасида кеч кузда, қишда, эрта баҳорда кузатилади.

Этиологияси • Ўткир респиратор вирусли инфекция (ЎРВИ) • Бактериал инфекциялар: β – гемолитик стрептококк ёки *Streptococcus pneumoniae* • Доимий овоз зўриқиши • Ҳаво орқали таъсирловчи моддалардан нафас олиш • Овознинг ёшга қараб ўзгариши – мушаклар атрофияси, томоқнинг яхши намланмаслиги, овоз бойламларининг деформацияси • Овоз бойламларининг жарроҳлик операциясидан шикастланиши • Ошқозон – қизилўнгач рефлюкси • Аллергия • Чекиш.

Клиник кўриниши • Томоқда хириллаш, бўғилиш • Томоқда қичишиш • Тана ҳароратининг кўтарилиши • Дисфагия • Акиллаш каби йўтал • Кечкурун инспиратор нафас етишмаслиги (сохта крупда) кузатилади.

Лаборатор текширувлар • Периферик қон таҳлили – лейкоцитоз (бактериал этиологияда) • Балғамдан бактериологик текширувга суртма олинади.

Махсус текширувлар • Фиброоптик ёки билвосита ларингоскопияда овоз бойламларининг яллиғланиши • Бойламлар четларининг қалинлашганлиги текширилади ва сурункали ларингитда чекувчиларда биопсия олинади.

Дифференциал диагностикаси • Дифтерия – оғир интоксикация, бодомча безларда парда хо қилади, бўйин лимфа тугунлари катталашган ва оғриқли. Ички томоқдан экма олинганда дифтерик таёкчалар ажралади • Орқа ҳалқум абсцессидан ютиш акти бузилади • Ҳалқум орқа девори шишган • Ҳиқилдоқда ёт жисмлар мавжуд.

ДАВОЛАШ

Даволашни олиб бориш тамойиллари • Овозни зўриқтирмаслик • Буғ ингаляцияси (натрий гидрокарбонат ва ҳар хил гиёҳлар дамламаси) • Кўп микдорда суюқлик ичиш • Чекишдан воз кечиш • Ошқозон – қизилўнгач рефлюкси профилактикаси мақсадида – тўла ошқозон билан ётмаслик, овқатлангандан сўнг қорин бўшлиғини кермаслик • Парҳез. Қаттиқ ва совуқ овқатларни истеъмол қилмаслик.

Дорилар билан даволаш • Антибиотиклар ♦ Вирусли ларингитда кўрсатилмаган ♦ Стрептококк ва пневмококкли инфекцияда – 250 мг. дан кунига 6 маҳал 10 кун феноксиметилпенициллин, ампициллин 250 – 500 мг. дан ёки эритромицин 250 мг. дан буюрилади • Симптоматик давода наркотик бўлмаган аналгетиклар (масалан, ацетилсалицил кислота ёки парацетамол) берилади • Йўталга қарши воситалар, масалан, глауцин 50 мг. дан кунига 2 – 3 маҳал, преноксдиазин 100 мг. дан кунига 3 – 4 маҳал (болаларга 25 – 50 мг. дан кунига 3 – 4 маҳал) • Сохта крупни даволаш ♦ Рефлектор таъсир – бўғилиш ҳуружини ҳалқум рефлексини кўзғатиб йўқотиш мумкин ♦ Чалғитувчи воситалар – хантал, оёқларга иссиқ ванначалар ♦ Буғ ингаляциялари ♦ Қон томирларни торайтирувчи препаратлардан ингаляция, масалан, 0,1 % эпинефрин ♦ Антигистамин моддалар, масалан, прометазин 25 – 75 мг. дан ♦ Касаллик авжига чиққанда – ГК, масалан, преднизолон мушак орасига ♦ II босқичдаги ҳиқилдоқ стенози юзага келса (айниқса болаларда ЎРВИ фониди) – тезликда интубация ва трахеостомия қилиш зарур бўлиб қолиши сабабли бемор шошилишч ЛОР бўлимига ётқизилади • Гиперплазияда эса хирургик йўли билан даво чоралари кўрилади.

Прогнози. Бутунлай клиник асоратларсиз соғайиш.

Кўшилиб келадиган патология • Вирусли фарингит • Бронхит • Пневмония.

Ёшга оид хусусиятлари • Ёши ўтган беморларда касаллик авж олиб давоси етарли самарасиз ўтади • Болаларда тўлиқ яхши даволанмаслик натижасида сохта круп ривожланиши, у асфиксияга ва хатто ўлимга олиб келиши мумкин.

ХКК – 10 • J04 Ўткир ларингит ва трахеит.

ЎТКИР КАТАРАЛ ЛАРИНГИТ

Ўткир катарал ларингит – ҳиқилдоқ шиллиқ, шиллиқ ости ва ички мушак қаватининг катарал яллиғланиши. Ларингит касаллиги якка ҳолда камдан – кам учрайди, кўпинча вирусли инфекциялар ёки ЎРВИ белгиси сифатида кечади.

Этиологияси • Вирусли инфекциялар: парагрипп ёки А ва В грипп вируслари, аденовирус, коронавирус, риновирус • Бактериал флора: β – гемолитик стрептококк ёки *Streptococcus pneumoniae* • Вирусли ва бактериал инфекцияларнинг бирга келиши.

Хавф омиллари • Экзоген ♦ Термик таъсир қилиши (маҳаллий [жуда совуқ сув ёки жуда иссиқ овқат истеъмол қилиш], умумий [қайта совутиш]), алкоголь

истеъмол қилиш, чекиш, овоз бойламларининг зўриқиши, чанг, буғ, газларнинг таъсири, касбдаги зарарли омиллар, хирургик амалиётдан сўнг овоз бойламларининг шикастланиши • Эндоген ♦ Ёшга оид ўзгаришлар: мушаклар атрофияси, ҳиқилдоқда намликнинг етишмаслиги, овоз бойламларининг деформацияси ♦ Моддалар алмашинувининг бузилиши ♦ Аллергия ♦ Қизилўнғач рефлюкси.

Клиник кўриниши • Беморнинг умумий ҳолсизланиши • Субфебрил ҳарорат • Ҳиқилдоқ қуриши, ачишиши, тирналиши, ёт нарсани ҳис қилиш • Тез – тез изтиробли қув – қув йўталиш • Товуш бўғилиши, баъзан афония • Қурук йўталишнинг балғамлига айланиши, аввалига шиллиқли, кейин шиллиқ – йирингли мўл балғам ажралиши.

Ларингоскопия (бевосита, билвосита) • Шиллиқ парда қизарган, шишган, товуш бурмалари пуштиранг ёки тўқ қизил, қалинлашган, ҳиқилдоқ бўшлиғида шиллиқ – йиринг тортмалар кўринишидаги ёпишқоқ секрет • Фонацияда товуш мушаги ёки кўндаланг чўмичсимон мушак яллиғланиши натижасида товуш бурмаларининг тўлиқ ёпилмаслиги аниқланади. Шиллиқ парда шиши ҳар хил бўлиши мумкин. Шиш кўп бўлганда нафас олиш қийинлашиб қолади.

Диагностикаси • Лаборатория текширувлари • Умумий қон таҳлили (бактериал этиологияда лейкоцитоз) • Ҳиқилдоқдан бактериологик текширишга материал олиш (балғам, суртма).

Дифференциал диагностикаси • Дифтерия • Ҳалқуморти абсцесси • Ҳиқилдоқ ўсмалари • Ҳиқилдоқдаги ёт жисм.

Даволаш • Режим ♦ Ўткир юқумли касалликда кузатиладиган ўткир ларингитда – уйда ётоқ тартиби ♦ Қолган ҳолларда товуш – нутқ билан боғлиқ касбдаги кишилар (педагог, артист, дикторлар) дан ташқаридагилар, ишдан озод қилинмаган ҳолда амбулатор даволанади • Товушни асраш • Рационда ўткир ва иссиқ овқатлар, спиртли ичимликлар бўлмаслиги, чекишдан воз кечиш • Ингаляциялар (буғли, ишқорий, мойли, ўт дамламалари билан) • Иситувчи компресслар • Ҳиқилдоқ соҳасига УВЧ, микротўлқинли даво • Аэрозол препаратлар: каметон, ингалипт, камфомен • Ҳиқилдоққа 1 % мойли ментол эритмаси, бир неча томчи 0,1 % эпинефрин қўшилган гидрокортизон эмульсияси қуйилади (инстиляция) • Антибиотиклар ♦ Вирусли ларингитда ишлатилмайди ♦ Стрептококкли ва пневмококкли инфекцияларда – пенициллин препаратлари (феноксиметилпенициллин 500 мг. дан кунда 4 – 6 марта, ампициллин 250 – 500 мг. дан кунда 4 марта) ёки макролидлар (масалан, эритромицин 250 мг. дан кунда 4 марта) 7 кунгача • Йўталга қарши дорилар, масалан, глауцин 50 мг. дан кунда 2 – 3 марта (болаларга 10 – 30 мг.), преноксдиазин 100 мг. дан кунда 3 – 4 марта (болаларга 25 – 50 мг. дан кунда 3 – 4 марта) • Антигистамин воситалар, масалан, прометазин 25 – 75 мг. дан • Сохта круп (бўғма) ривожланганда ♦ Рефлектор таъсир – бўғилиш ҳуружини ҳалқум рефлексини чақириб (шпателни ҳалқум орқа деворига теккизиб) тўхтатиш мумкин ♦ Чалғитувчи даво: горчичниклар, оёққа иссиқ ванналар ♦ Ҳар соатда буғли ванналар ♦ Белгилар авж олганда – ГК

(масалан, преднизолон мушакка) ♦ II даражали ҳиқилдоқ стенозида (айниқса ЎРВИ фонидаги болаларда) ЛОР бўлимига кечиктирмай ётқизилади, чунки зудлик билан интубация ёки трахеостомияга зарурат пайдо бўлиш эҳтимоли мавжуд.

Прогнози ижобий. Тўғри даволанганда 5 – 10 кун мобайнида ҳар хил асоратларсиз тўлиқ соғайиш кузатилади.

Қўшилиб келадиган патологиялар – вирусли фарингит, бронхит, пневмония.

Ёшга хос хусусиятлар • Касаллик болалар ўртасида кенг тарқалган. ЎРВИ да таъсирчан ва самарали тадбирлар кўрилмаган тақдирда асфиксия ривожланиб, ҳатто ўлим билан тугайдиган сохта круп тез авж олиши мумкин • Ёши ўтган шахсларда касаллик белгилари камроқ юзага чиқади.

Профилактикаси • Товуш бойламларини зўриқтирмаслик • Хавф гуруҳига киритилган шахслар гриппга қарши вакцинация қилиниши лозим.

ХКК – 10 • J04.0 Ўткир ларингит.

ЎТКИР ФЛЕГМОНОЗ ЛАРИНГИТ

Ўткир флегмоноз ларингит – ҳиқилдоқнинг ўткир яллиғланиши, бунда йирингли жараён фақатгина шиллиқ ости қаватда эмас, балки мушакларга, ҳалқум бойламларига, баъзан эса тоғай устига ва тоғайларгача тарқалиши мумкин.

Ёш бўйича устунлик – ўрта ёшдагилар. **Жинс бўйича устунлик** – эркаклар.

Этиологияси • Коккли флора (стрептококк, стафилококк, пневмококклар) • Оғиз бўшлиғидаги спирохета ва дуксимон таёқчаларнинг қўшилишидан ҳам юзага келади.

Хавф омиллари • Ҳиқилдоқ жароҳатлари (ташқи шиллиқ қаватнинг зарарланиши билан бирга) • Ҳиқилдоқнинг кимёвий ва термик куйишлари • Совуқ қотиш • Паратонзиллит • Тил илдизининг абсцесси • Ҳиқилдоқ ангинаси • Ҳиқилдоқ дифтерияси • Қон касалликлари (ўткир ва сурункали лейкозлар) • Сепсис • Баъзан , захм, ҳиқилдоқ раки • Умумий ва маҳаллий қаршилиқнинг пасайиши.

Клиник кўриниши • Ўткир бошланади • Умумий қувватсизлик, ҳолсизлик • Тана ҳарорати фебрил • Томоқда кучли оғриқ (ҳиқилдоқ қопқоғи ва чўмичсимон ҳиқилдоқ қопқоғи бурмаларида абсцесс ривожланганда) • Овознинг хириллаши, нафас олишнинг қийинлашиши, кўпол, “вовулловчи” йўтал (овоз тиркиши атрофи яллиғланганда) • Ўткир ҳиқилдоқ стенози (зудлик билан трахеостомия қилиниши шарт) • Регионар лимфаденит.

Ўткир эпиглоттит – флегмоноз ларингитнинг бир кўриниши, шиш ва абсцесс ривожланиши билан кечади. Кўпинча болаларда кузатилади.

• Хавф омиллари ♦ ЎРВИ ♦ Бутун организмнинг ёки ҳиқилдоқнинг совқотиши.

- Этиологияси – вирус инфекциясининг кўшилиши (респиратор вируслар) ва коккли флора.
- Клиник кўриниши ♦ Ўткир ва тез авж олиб бошланади ♦ Тана ҳарорати фебрил ♦ Ютинганда кучаювчи томоқдаги кучли оғриқ ♦ Тез орада инспиратор хансираш ва шовқинли нафас олиш юзага келади ♦ Овози эса йўқола бошлайди.

Ларингоскопия • Шиш, инфилтратланиш, ҳиқилдоқ усти шиллик қавати абсцессланади, ҳиқилдоқ усти қопқоғи чўмичсимон ҳиқилдоқ усти бурмалари, чўмичсимон тоғайлар ёки ҳиқилдоқнинг ярмида перихондритга ўтиши билан кечади. Шиллик қават тиниқ қизил рангда бўлади. Эпителийда ўткир некроз ўчоқлари ва қуюқ йирингли, шилимшиқли ажралмалар кузатилади. Флегмоноз ларингитда чўмичсимон тоғайлар ва овоз бойламлари шиллик қаватининг шишидан ҳаракат чегараланади ва бу стеноз, асфиксия ва ўлимга олиб келиши мумкин • Баъзида жараён ҳиқилдоқ атрофида тарқалиб, бўйин абсцессига, ички бўйинтуруқ вена тромбозига, медиастинитга олиб келади.

Дифференциал диагностикаси • Ҳиқилдоқ ангинаси (ноксимон чўнтаклар шиллик қаватининг яллиғланиши) • Ҳиқилдоқ шиши • Ҳиқилдоқ перихондрити (кўпинча тоғайлари ёпиқ йирингли бўшлиқда бўлиши мумкин).

Давоси • Ихтисослаштирилган бўлимларга (оториноларингология) ётқизиш • Таъсир доираси кенг антибиотиклардан бензилпенициллинни (натрийли тузи) параларингеал йўл билан юбориш • Сульфаниламид препаратлар (сульфадиметоксин, сульфален) • Антигистамин препаратлар (проментазин, хлоропирамин, клемастин, мебгидролин) • Гормонал препаратлар (преднизолон, гидрокортизон) • Сийдик ҳайдовчи воситалар (фуросемид) • Маҳаллий новокаин блокадаси • 10 % ли кальций хлорид эритмаси билан электрофорез ва 1 % ли дифенгидрамин эритмаси • Ҳиқилдоқ атрофига ингаляция (ишқор – мойли) • 2 % ли протаргол, наъматакли, облепихали, шафтоли мойли эритмаларда ҳиқилдоққа қуйилади • Агар абсцесс бўлса, уни ёриш керак • Ҳиқилдоқнинг ўткир стенозида – тезкор трахеостомия • Йиринг бўйин ва кўз оралиғига тарқалганда – бўйинда ёриш ёки бўйин медастинотомиясини ўтказиш.

Прогнози • Агар яллиғланиш жараёни асоратланмаган бўлса, яхши • Агар асоратланган бўлса, унинг оғирлик даражасига қаралади.

ХКК – 10 • J04.0 Ўткир ларингит • **J05.1** Ўткир эпиглоттит.

СУРУНКАЛИ ЛАРИНГИТ

Сурункали ларингит – ҳиқилдоқ шиллик қавати, шиллик ости қавати ва мушак қаватининг сурункали яллиғланишидир.

Этиологияси. Ўткир катарал ларингит, ўткир флегмоноз ларингитга қаралсин.

Классификацияси • Катарал • Атрофик • Гиперпластик ♦ Диффуз ♦ Чегараланган ♦ Овоз бойламларида тугунчалар бўлиши (кўшиқчилар тугуни,

қичкирувчилар тугуни) ✦ Ҳиқилдоқ пахидермияси ✦ Сурункали бурма
ости ларингити ✦ Моргани қоринчасининг тушиб қолиши (чиқиб қолиши) ✦
Контактли яра.

СУРУНКАЛИ КАТАРАЛ ЛАРИНГИТ

Клиник кўриниши • Овознинг бўғилиши • Овознинг чарчаши • Овоз
тембрининг ўзгариши ва унинг қўпол, нимжон ва паст тонга ўтиб қолиши.

Ларингоскопия (билвосита) • Ҳиқилдоқ шиллиқ қаватининг шишиши ва
гиперемияси • Сурункали катарал ларингит бўйин мушак патологиясига ўтаётган
олдинги бўйин мушакларининг тортишиши ва оғриқли ўтиши билан кечадиган
томоқдаги мушак – бойлам аппаратида оғриқли зичлашиш (триггерлар) вужудга
келиши билан бирга кечади.

Даволаш • Этиологик омилни йўқотиш • Овоз кучини камайтириш • 150000 ТБ
бензилпенициллинни, 250000 ТБ стрептомицинни, 25 мг. гидрокортизон, 4 мл. 0,9
% ли натрий хлорид эритмаларидан 2 мл. дан кунига 1 – 2 маҳал, 10 кун
мабайнида. Бу аралашмадан томоққа куйилади • Агар чўзилувчан шиллиқ бўлса,
гидрокортизон ўрнига 25 мг. химопсинни алмаштириш мумкин • Ҳар куни 2 % ли
цитралнинг ёғли эритмасидан кунда 1 – 2 маҳал 10 кун мобайнида ингальяция
қилиш • Иқлим билан даволаш.

СУРУНКАЛИ АТРОФИК ЛАРИНГИТ

Клиник кўриниши • Ҳиқилдоқ қуриши • Хириллаш • Овознинг тез чарчаши.

Ларингоскопия. Ҳиқилдоқ шиллиқ пардаси зўриққан, юмшоқ ялтироқ чўзилувчан
шиллик ва ярачалар билан қопланган, овоз бурмалари бўшашган, ингичка.
Фонацияда овоз тешиги қисман ёпилади, тешик овал шаклда қолгунча, ҳиқилдоқ
тешиги ярачаларнинг тўлишидан қиған бўлиши ва ҳиқилдоқ стенозининг II – III
даражалари ривожланиши мумкин.

Давоси • Касаллик сабабини йўқотиш • Чекишни тўхтатиш, таъсирлантирувчи
овқатдан воз кечиш • Овозни эҳтиёт қилиш режими • Ҳиқилдоқни тозалаш
(орошение). 200 мл. 0,9 % ли натрий хлорид эритмасидан ва 5 томчи 10 % ли йод
эритмасидан иборат суюқликни кунда 2 – 3 маҳал ингальяция қилиш (муолажа учун
40 – 60 мл.) 5 – 6 ҳафта давомида ва бундан ҳам кўпроқ • Агар ҳиқилдоқда
чўзилувчан шиллик ва яралар бўлса 5 кун давомида ишқор-мойли ингальяция •
Ҳиқилдоқ ичига 1 – 2 % ли ментолнинг мойли эритмасидан ҳар куни 10 кун
давомида куйиш • Калий йодид (30 % ли эритмасидан 8 томчидан) ичишга
суткасига 3 маҳал 2 ҳафта давомида.

СУРУНКАЛИ ГИПЕРПЛАСТИК ЛАРИНГИТ (диффуз формаси)

Клиник кўриниши • Овознинг турғун пасайиши ва чарчаши • Баъзан афония, шиллик ажралмали йўтал.

Ларингоскопия • Шиллик парда шишган, гиперемияланган, ҳиқилдоқ тешигининг торайиши, унинг юзаси нотекис эркин овоз бурмаларининг четларини кўздан кечирганда аниқ кўриниши. Улар айланасимон қалинлашган. Фоноцияда томоқ тирқишининг бутунлай бекилишига олиб келади.

СУРУНКАЛИ ГИПЕРПЛАСТИК ЛАРИНГИТ (чегараланган формаси)

Жараён қуюқ шиллик, чўмичсимон бўшлиқ оралиғида борлиги билан ҳамма шиллик пардаларда ва ҳиқилдоқ оралиғида жойлашиши билан характерланади. Овоз бурмалари тугуни (кўшиқчилар тугуни, қичкирувчилар тугуни) овоз аппаратига кўп юк тушганда юзага келади, кўпинча бу овоз – нутқ касб эгаларида (кўшиқчи, диктор, экскурсия олиб борувчилар ва б.) ва кўп йиғлайдиган ёки қичкирадиган болаларда учрайди.

Ларингоскопия • Шиллик қават пушти рангда, товуш бурмаларининг учдан бир олдинги ўрта чегараларидаги симметрик шаклдаги тугунлар орасида диаметри 1 мм. гача бўлган қалин тузилмалар жойлашган (қадоқни эслатувчи бириктирувчи тўқима ўсимталари) • Кўпинча овоз бурмасининг тугуни нимжон беморларда (атонияли) юзага келади ҳамда уларнинг жуда ҳам зўриқишида ривожланади • Симметрик жойлашган овоз бурмаси четларидаги тугунлар овоз тирқишини бутунлай қоплаб олади ва бунинг натижасида овоз хириллаб қолади.

Турли хил клиник шаклларининг хусусиятлари

- Ҳиқилдоқ пахидермияси ♦ Ларингоскопия. Пахидермия – ҳиқилдоқ шиллик қаватидаги чегараланган ўсимта. Булар ташқаридан дўмбоқчалар ёки грануляцияларни эслатади, ва товуш бурмалари ва чўмичсимон бўшлиқ оралиғида (орқа битишмада) жойлашадиган ҳиқилдоқ шиллик пардасининг ўсимталари. Юзаси кўпинча лик гоҳо ғадир – будур бўлиши ҳам мумкин. Ҳиқилдоқ тешигидан шилимшиқ ажратмалар чиқиши характерлидир ♦ Дифференциал диагностикаси ✦ Ҳиқилдоқ фибромаси (оч кулранг кенг асосда) ✦ Ҳиқилдоқ папилломаси (сўрғичсимон тузилган ва кул ранг) ✦ Туберкулёзда грануляция бўлиши (анамнезида туберкулёз, ташқи юзасида инфильтратлар пайдо бўлиши билан).
- Сурункали бурма ости ларингити ♦ Ларингоскопия. Бурма ости бўшлиғида шиллик қават гипертрофияси, сохта бўғмони эслатади ♦ Дифференциал диагностикаси. Ўткир бурма ости ларингити (ҳар хил даражадаги ҳиқилдоқ стенози, хуружсимон кечади, кўпинча болалар касалланади).
- Моргани қоринчасининг чиқиб қолиши ♦ Сурункали моргани (ҳиқилдоқдаги) қоринчаси шиллик қаватининг яллиғланиш жараёни унинг гипертрофиясига олиб келиши мумкин. Бунга жароҳатлар ва қоринча шиллик пардасининг

таъсирланиши сабаб бўлади ♦ Ларингоскопия. Нафас чиқишда узилишлар бўлиши. Фонацияда, йўталда гипертрофияланган шиллик парда ҳиқилдоқ қоринчасидан чиқиб кетади ва овоз бурмасини қисман ёпади. Шишли тузилмалар, овоз бурмасининг четларидан чиқиб туради, овоз тешигини бутунлай қоплаб олади, овознинг хириллаб чиқиши кузатилади.

- Контакт яра ♦ Фонация вақтида чўмичсимон тоғай овоз ўсимтасининг узайиши қарама – қарши тарафдаги овоз бурмаси шиллик пардасини жароҳатлайди ♦ Ларингоскопия. Товуш бурмаси ўрта ва орқа учдан бир қисми чегарасидан нуқсон (“ликопча”) бошқа тарафида эса «даста» пайдо бўлади. Бу овоз тешигини бутунлай ёпиб қўяди ва овоз жарангдорлигининг йўқолиши кузатилади ♦ Дифференциал диагностикаси ✦ Ҳиқилдоқ ўсмаси (гистологик текширув учун биопсия) ✦ Сурункали специфик инфекциялардаги (туберкулёз, захм, склерома) гранулёмалар.

Давоси • Этиологик омилни йўқотиш • Юмшатувчи ва яллиғланишга қарши воситалар. Масалан, ҳар куни томоққа 1,5 – 2 мл. ментолнинг 1 % ли мойли эритмасидан, облепиха мойидан қуйиш, ҳар куни хлорбутанолдан ингация 10 кун мобайнида • Битирувчи воситалар: томоққа 1,5 – 2 мл. 1 – 3 % ли колларгол эритмасидан қуйиш, 2 % ли протаргол, 0,5 % ли резорцинол эритмасидан ҳар куни, 10 кун давомида, 0,5 мл. 0,25 % ли кумуш нитрат эритмасидан кунора (гиперсекрецияда), 1 мл. 1 % ли галаскорбин эритмасидан 10 кун давомида • Ҳиқилдоқ шиллик пардасига ҳар 1 – 2 кунда 1 – 2 % ли кумуш нитратдан ва Люголь эритмасидан суртиш • Чўзилувчан шилликни йўқотиш учун ҳиқилдоққа 1,5 – 2 мл. дан химотрипсин ёки трипсин (0,5 – 1:1000) эритмасидан облепиха ёки шафтоли мойи билан қуйиш • Ҳиқилдоқнинг нерв – мушак фаолиятида етишмовчилик бўлса, 5 % ли кальций хлорид эритмасидан бўйин соҳасига (12 – 15 муолажа 15 – 20 минутдан) электрофорез.

Диспансер назорати. Сурункали гипертрофик ларингитнинг диффуз шакли ва ҳиқилдоқ шиллик қаватининг дискератози рақ олди ҳолатларига киради. Беморларни йилига 2 марта замонавий диагностика усуллари ёрдамида текшириб туриш лозим.

Прогнози. Мунтазам ва тўғри даволаш олиб борилса, сурункали ларингитнинг яқуни яхши.

ХКК – 10 • J37.0 Сурункали ларингит.

КЎКРАКДАГИ ОҒРИҚ

- Миокард ишемияси сабабли келиб чиққан оғриқни, кўкракдаги бошқа сабаблар билан келиб чиққан оғриқ билан таққослаш зарур.
- Юрак ишемик касалликлари (ЮИК) билан боғлиқ бўлмаган кўкракдаги оғриқлар (кўпинча хавфли касаллик) тез ёрдамга муҳтож бўлган хавфли

касалликларга (масалан, перикардит, аорта аневризмаси, ТЭЛА) олиб келиш хавфи борлигини инобатга олиш керак.

МИОКАРД ИШЕМИЯСИ БИЛАН БОҒЛИҚ БЎЛГАН ОҒРИҚЛАР

- Инфарктга олиб келувчи ривожланаётган миокард ишемияси оғриқларининг асосий белгилари:
 - ◆ 20 минутдан кўпроқ давом этади.
 - ◆ Оғриқ тўш суяги орқасида бўлади, баъзан эса қўлларга (кўпроқ-чап елкага ва қўлга), орқага, бўйинга, пастки жағларга тарқалади.
 - ◆ Оғриқлар асосан эзувчан ва қисувчи характерга эга; оғриқ кучи ҳамда давомийлигига нафас олиш ва гавда ҳолатини ўзгартириш умуман таъсир қилмайди.
 - ◆ Узоқ давом этувчи кучли оғриқлар.
 - ◆ Клиник белгилари кўпинча «ўткир қорин» белгилари билан ўхшашликка эга (қориннинг юқори қисмида оғриқлар пайдо бўлиши, кўнгил айнаши). Баъзан кўнгил айнаши ва қусиш асосий белгилар ҳисобланади. Айниқса юракнинг орқа пастки девори ишемиясида.
 - ◆ Юракнинг орқа ишемиясида ва адашган нерв таъсирланишида брадикардия ва артериал гипотензия келиб чиқиши мумкин. Булар бош айланиши ва ҳолсизлик билан кузатилади.

МИОКАРД ИШЕМИЯСИ БИЛАН БОҒЛИҚ БЎЛМАГАН ОҒРИҚЛАР

Қуйида кўкракдаги оғриқлар билан ўтадиган турли касалликларнинг дифференциал – диагностик белгилари келтирилган.

- **Рефлюкс – эзофагит, қизилўнғач спазми** – кўкракдаги тарқоқ ҳолдаги оғриқлар
 - ◆ Оғриқлар ётганда ҳамда кучанганда кучаяди (стенокардиядаги каби)
 - ◆ ЭКГ да ўзгаришлар йўқ
 - ◆ Жигилдон қайнаши.
- **Ўпка артерияси эмболияси**
 - ◆ Тахипноэ, гипоксемия, гипокапния
 - ◆ Кўкрак қафаси рентгенографиясида ўпкада қон димланиш белгилари йўқ
 - ◆ Оғриқ инфарктдаги оғриқ билан ўхшаш бўлиши мумкин: ST сегментининг кўтарилиши ёки гипервентиляция
 - ◆ P_aO_2 , P_aCO_2 пасайиб кетиши.
- **Гипервентиляция**
 - ◆ Асосий белгиси – ўпка артерияси эмболияси каби диспноэ
 - ◆ Кўпинча ёшларда учрайди
 - ◆ Қулоқлар шанғиллайди, оёқ учлари жимирлаши кузатилади
 - ◆ P_aO_2 кўтарилади ва P_aCO_2 пасаяди
 - ◆ Органик зарарланишлар иккиламчи гипервентиляцияни келтириб чиқариши мумкин.
- **Спонтан пневмоторакс**
 - ◆ Асосий белгиси – диспноэ
 - ◆ Кўкрак қафаси аъзолари аускультацияси ва рентгенографияси.
- **Аортанинг қаватма – қават кенгайиши**
 - ◆ Ўткир оғриқ синдроми жойлашиши ўзгариши билан
 - ◆ Қаватма – қават аневризмада баъзан юрак артерияларининг обструкцияси белгилари бўлиб (одатда ўнгда), пастки орқа инфаркт миокард

белгилари пайдо бўлиш хавфи кузатилади ♦ Ренгенограммада баъзан кўкс оралиғи кенгаяди ♦ Аортал клапан етишмовчилиги юзага келади ♦ Кам учрайди.

- **Перикардит** ♦ Оғриқли синдромга гавда ҳолатини ўзгартириш ва нафас олиш таъсир этади ♦ Перикардда ишқаланиш шовқини эшитилиши мумкин ♦ ST сегменти кўтарилиши кузатилади.
- **Плеврит.** Нафас олганда санчиқли оғриқ, аммо кўпинча оғриқнинг сабаби йўтал бўлиши мумкин.
- **Қовурғалар ва қовурғалар тоғайидаги оғриқ.** Пайпаслаганда оғриқ кўкрак қафаси ҳаракати оғриққа таъсир этади.
- **Ўраб оладиган темираткининг эрта белгилари** ♦ ЭКГ да ўзгаришлар йўқ ♦ Тошмалар ♦ Тошма тошгунга қадар локал парестезия.
- **Экстрасистолия.** Юрак чўққисига берувчи оғриқ.
- **Яра касаллиги, холецистит, панкреатит.** Ишимияда клиник белгилари «ўткир қорин» синдромини эслатади.
- **Депрессия.** Кўкракда доимий оғирликни сезиш, ЭКГ да ўзгаришлар бўлмайди.
- **Алкогол қабул қилиш билан боғлиқ бўлган оғриқ.** Реанимация палаталарида мастлик ҳолатидаги ёш эркаклар.

СТАБИЛ ЗЎРИҚИШ СТЕНОКАРДИЯСИ

Стабил зўриқиш стенокардияси – юрак ишемик касаллигининг кўринишларидан биридир. Асосий ва кўп учрайдиган белгиси – тўш суяги орқасидаги оғриқ бўлиб, бу оғриқ жисмоний ҳаракатда, эмоционал стрессда, совуққа чиққанда, шамолга қарши юрганда, тўйиб овқатланишдан кейин ва айрим ҳолларда тинч турган ҳолатда пайдо бўлади.

ХКК-10 • I20.8 Стенокардиянинг бошқа формалари.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯСИ

- 65 ёшгача бўлган шахсларда ЮИК дан ўлим сўнгги 20 йил ичида 50% га камайган бўлса ҳам умумий ўлим сони ўзгармай қолмоқда.
- Ёши 65 ёшгача бўлган эркакларда ЮИК дан ўлиш аёллардагига қараганда 3 марта юқори. Бундан катта ёшдагиларда иккала жинсдаги ўлим сони тенглашади, 80 ёшдан кейин эса аёлларда ўлим эркакларга нисбатан 2 марта кўпроқ.

ПРОФИЛАКТИКАСИ

Хавф омилларини аниқлаш зарур, айниқса юрак қон-томир касалликлари ва уларнинг асоратлари эҳтимоли юқори бўлган беморларлар гуруҳида бунга алоҳида эътибор қаратиш лозим.

- Ҳар бир чекувчининг ундан воз кечишига эришиш.
 - ◆ Ҳар бир беморнинг чекиш-чекмаслигини аниқлаш.
 - ◆ Ҳар бир ташриф чоғида чекилган сигарета сонини аниқлаш, уларга чекишдан воз кечишни тавсия этиш, чекишни ташлашга интилаётган барча беморларни дорилар билан таъминлаш ва руҳан қўллаб-қувватлаб туриш.
 - ◆ Амбулатория амалиётида куйидаги стратегияга амал қилиш ✦ Мунтазам равишда чекувчилар сонини аниқлаб туриш ✦ Ҳар бир ташриф чоғида ҳамма чекувчиларга чекишдан воз кечишни тавсия этиш ✦ Чекишни тўхтатишни истаган беморларни аниқлаш ✦ Чекишдан воз кечиш режасини ишлаб чиқишда беморларга ёрдам бериш ✦ Қайта ташрифни (ёки телефон орқали мулоқотни) режалаштириш.
- Беморларда ЮИК аниқ бўлмаганда, дислипидемия борлигини доимий текшириб туриш керак.
 - ◆ ЮИК бўлмаган 20 ва ундан катта ёшдаги беморларда наҳорда липид профилини баҳолаш лозим (ёки наҳордан бошқа вақтда умумий холестерин ва ЮЗЛП холестерин миқдорини).
 - ◆ Гиперхолестеринемияга скринингни ҳар 5 йилда қайта ўтказиш.
- ЮИК белгилари кузатилмайдиган, лекин гиперлипидемияси бор беморларга босқичма-босқич даволашни қўллаш.
 - ◆ Яшаш тарзини ўзгартиришни тавсия этиш (ёғсиз, холестеринсиз парҳез, жисмоний ҳаракатни кўпайтириш, тана вазнини камайтириш, чекишни ташлаш).
 - ◆ Европа кардиологлар уюшмаси тавсия қилган SCORE хавфни баҳолаш тизимини қўллаб, ЮИК омили борлигини баҳолаш.
 - ◆ Липидни пасайтирувчи агрессив даво учун хавф юқори бўлган беморларни ажратиш.
 - ◆ Йўлдош касалликларнинг мавжудлиги ва беморнинг нимани афзал кўришига қараб тавсия этилган давога ўзгартиришлар киритиш.
- АГни аниқлаш ва даволаш.
 - ◆ Қабулга келган ҳар бир беморнинг ЮИК бўлмаса ҳам АБ ни ўлчаш ва уни ҳар бир ташрифда такрорлаш.
 - ◆ Яшаш тарзини ўзгартириш ва парҳез билан АБ керакли даражага туширилмаган беморларни дори – дармонлар билан даволаш.
 - ◆ ҚД йўқ беморларда АБ белгиланган даражаси 140/90 мм. сим.уст., у бор беморларда эса АБ 130/80 мм.сим.уст. дан паст бўлиши керак.
 - ◆ Дори воситаларини танлаш йўлдош ҳолатларнинг мавжудлиги билан белгиланади. Стенокардияда β – адреноблокаторлар ва кальций каналлари блокаторлари антогонистлари афзалдир.
 - ◆ Бир ва ундан кўп хавф омиллари бўлган ҚД беморларга ААФ ингибиторлари берилади.
 - ◆ Антигипертензив давони эрта тайинлаш учун кўплаб хавф омиллари (масалан чекиш, гиперлипидемия ёки ҚД) ёки нишон органларнинг шикастланганлиги

(масалан, ретинопатия ёки чап қоринча гипертрофияси) бор беморларни аниқлаш зарур.

- ◆ *Артериал гипертензияга* қаралсин.
- Хавф омиллари кўп бўлган беморларда ацетилсалицил кислотаси ёрдамида бирламчи профилактика ўтказиш керак.
- ◆ Агар уни қабул қилишга қаршиликлар бўлмаса, хавф омиллари кўп бўлган беморларга суткасига 75 – 325 мг. ацетилсалицил кислотаси буюрилади.
- ◆ Ацетилсалицил кислотасини ҚД бўлган 40 ёшдан ошган барча эркакларга буюриш керак.
- ◆ ҚД бўлган аёлларда ацетилсалицил кислотани неча ёшдан буюриш кераклиги аниқланмаган, лекин буни ҳайз кўриш тўхтагандан кейинги даврда ҚД бор ва ЮИК бўлмаган аёлларга қабул қилиш тавсия этилади.
- ◆ 50 ёшдан ошган АГ ли беморларга монанд антигипертензив даво асосида ацетилсалицил кислотаси буюрилади (систолик АБ 140 мм сим.уст).
- ◆ Паст ёки ўртача хавф омили бўлиб, ЮИК белгилари бўлмаган беморларга ацетилсалицил кислотаси тавсия этилмайди.
- ҚД ли беморларда хавф омилларини актив аниқлаш керак.
 - ◆ Стенокардияси бор беморларда ҚД га скрининг ўтказилади.
 - ◆ ҚД ли беморларда хавф омилларига кучлироқ таъсир қилиш зарур ✦ Мақсадли АБ – 130/80 мм.см.уст. ✦ Ҳар бир ташрифда чекишни ташлашни тавсия этиш лозим ✦ Дислипидемияни монанд даволаш.
 - ◆ Антигипертензив восита сифатида биринчи танловда ААФ ингибиторлари ва β – адреноблокаторларни қўллаш зарур; альтернатив препаратлар сифатида тиазид диуретиклари кальций каналлари блокаторларига қараганда афзалроқдир.
- ЮИК белгилари бўлмаган аёлларга ҳайз кўриш тўхтагандан кейинги даврда юрак томир касалликлари хавфини камайтириш мақсадида гормонал даво ўтказиш тавсия этилмайди. Агар беморларга юрак қон-томир касалликлари омилини пасайтириш учун гормонал даво ўтказиш бошланган бўлса, у билан бу давони тўхтатиш масаласини муҳокама қилиш.
- Мунтазам жисмоний ҳаракатда бўлишни тавсия этиш зарур. Ҳафтасига 5 – 7 марта камида 30 дақиқа давомида ўртача аэробик машқлар (масалан, тез юриш ва б.) бажариш тавсия этилади.
- Меъёрлаштирилган холестеринсиз ва ёғсиз парҳез тавсия этиш лозим.
- Юрак қон-томир касалликлари омиларини пасайтиришда, ҳатто хавф омили юқори бўлган беморларда ҳам, антиоксидант таъсирли витаминлар (С, Е ва β – каротин) тавсия этилмайди.
- Ҳозирги вақтда гомоцистеин липопротеинлар даражаларига таъсир қилиб, юрак қон-томир касалликларини олдини олиши исботланмаган, шунинг учун ЮИК белгилари бўлмаган беморларда гомоцистеин ва липопротеиннинг ўсиш кўрсаткичларини текшириш синамаларини ўтказишга зарурат йўқ.

СКРИНИНГИ

- Белгисиз беморларда скрининг ўтказиш (ЭКГ тинч ҳолатда, жисмоний юкламали ва бошқа инвазив бўлмаган синамалар) зарурати йўқ, лекин уларда хавф омиллари бўлмаса ҳам айрим касблар бундан мустасно.
- Одамлар хавфсизлиги билан боғлиқ касбий фаолият ёки оғир жисмоний меҳнат билан шуғулланувчи белгисиз беморларда ЮИК скрининги ўтказилади. Самолёт учувчилари, авиадиспетчерлар, милиция ходимлари, ўт ўчирувчилар ва шунга ўхшаш касб ходимларига тинч ҳолатда ЭКГ ва жисмоний юкламали синамалар буюрилади.
- Белгисиз беморларда скрининг учун электрон – нур томографиясини қўллаш мумкин эмас.

КЛАССИФИКАЦИЯСИ

“Стабил зўриқиш стенокардияси” тушунчаси ичида умум қабул қилинган 4 та функционал класс бор. Канада юрак қон-томир жамиятининг стенокардия классификацияси амалиётда кенг тарқалган.

- I функционал класс – юриш ёки зинадан кўтарилиш каби одатий жисмоний фаоллик бўлиб, стенокардия хуружини чақирмайди. Стенокардия жадал ҳаракат қилинганда ёки узоқ давом этадиган оғир фаолликда (экстремал) вужудга келади.
- II функционал класс – жисмоний фаолликнинг озроқ миқдордаги чекланиши. Бунда стенокардия 300 м дан ортиқ юрилганда, одатдаги тезлик билан зинапоядан бир қаватдан юқори кўтарилганда ёки зинага ёҳуд тоққа тез кўтарилганда вужудга келади.
- III функционал класс – жисмоний фаолликнинг анчагина чекланиши. Стенокардия 150-300 м оралиғида юрганда, бир қават юқorigа нормал тезликда кўтарилганда вужудга келади.
- IV функционал класс – ҳар қандай жисмоний фаоллик ноқулайликсиз кечмайди. Стенокардия тинч ҳолатда ҳам келиб чиқиши мумкин.

ДИАГНОЗ

АНАМНЕЗ ВА ФИЗИКАЛ ТЕКШИРИШ

- ЮИК нинг намоён бўлиш эҳтимолини беморнинг шикоятлари ва анамнез асосида баҳолаш зарур. Кўкрак қафасида оғриқлар бўлган барча беморларда тест ўтказишдан аввал уларда ЮИК мавжудлиги эҳтимолини қуйидагилар инобатга олган ҳолда баҳоланади:
 - ◆ Оғриқ турлари (типик стенокардия, атипик стенокардия, кардиалгия).
 - ◆ Касалликнинг келтириб чиқарадиган омиллари (ёши, жинси, чекиши, гиперлипидемия, ҚД, АГ, оила анамнезида ЮИК нинг эрта ривожланиши).
- Бемор кўриқдан ўтказаетганда мувофиқ тарзда юрак ва томир касалликларининг белгиларини аниқлаш, шунингдек стенокардияни кучайтирадиган ёки келтириб чиқарадиган омилларга аҳамият бериш.

- ◆ Хаёт учун муҳим бўлган (АБ, юрак уриш сони, нафас олиш тезлиги, артериал қонининг кислород билан тўйинганлиги) кўрсаткичларни баҳолаш.
- ◆ Аорта торайиши ёки гипертрофик обструктив кардиопатияга хос (шунингдек стенокардия намоён бўлишига сабаб бўлади) юракдаги шовқинни аниқлаш учун аускультация ўтказиш.

ЛАБОРАТОР ТЕКШИРУВЛАР

- Қоннинг умумий таҳлили.
- Гипертиреоидизмга шубҳа бўлганда қондаги ТТГ миқдорини аниқлаш.
- ҚД ва дислипидемиyani истисно қилиш ◆ Наҳорда қондаги глюкоза концентрацияси ◆ Наҳорда қондаги липидлар миқдори ◆ *2-тип Қандли диабетга қаралсин.*

МАХСУС ТЕКШИРУВЛАР

- Кўкрак қафасида оғриқ бор ҳамма беморларга тинч ҳолатда ЭКГ, юрак билан аниқ боғлиқ бўлмаган оғриқлар бундан мустасно. Ҳуруж пайтида ЭКГни дарҳол ёзиб олиш тавсия этилади.
- Сурункали юрак етишмовчилиги, юрак клапанларининг зарарланиши, перикард ёки қатламли аорта аневризмаси касалликларининг белгилари бўлган ҳамма беморларда кўкрак қафаси аъзоларининг рентгенографияси ўтказилади.
- Стандарт ЭхоКГ.
 - ◆ Беморларда юрак клапанини шикастланишига шубҳа бўлганда, сурункали юрак етишмовчилиги белгиларида, миокард инфарктида ёки анамнезда сурункали юрак етишмовчилигида.
 - ◆ Беморларда систолик шовқин бўлганда, аорта торайиши ёки гипертрофик кардиомиопатияга шубҳа қилинганда.
 - ◆ Стандарт ЭхоКГ (ёки радионуклидли текширув) қуйидаги беморларга чап қоринча функциясини баҳолаш учун зарур ✦ анамнезда миокард инфаркти бор беморларга ✦ ЭКГ да Q тишчалари бор беморларга ✦ юрак етишмовчилиги белгилари аниқланганда.
 - ◆ Стенокардияга шубҳа қилинган беморларда ЭКГ меъёрда бўлиб, анамнезда миокард инфаркти ва сурункали юрак етишмовчилиги бўлмаганда ЭхоКГ тавсия қилинмайди.
- ЮИК эҳтимоли бўлган беморларда жисмоний юкламали синамалар ёки бошқа инвазив бўлмаган текширувлар кўрсатилган.
 - ◆ 6-12 минут давомида жисмоний ҳаракат бажара оладиган, тинч ҳолатда ЭКГ ўтказилганда ўзгаришлар бўлмаган, синама давомида синов натижаларини таҳлил қилиш қийин бўлган беморларда тредмилда жисмоний юкламали синама ўтказилади.
 - ◆ 75 ёшдан кичик бўлган беморларда синама натижаларни таҳлил қилишда Дьюк индексини ҳисоблаб чиқиш лозим бўлади.

- ✦ Аниқлаш формуласи:
Оғир машқларни бажариш вақти (минут) - $[5 \times ST \text{ сегменти жишининг максимал катталиги (мм)}] - (4 \times \text{стенокардия индекси})$.
- ✦ Стенокардия индекси: 0 – кўкрак қафасида оғриқ йўқ, 1 – машқ пайтидаги стенокардия, 2 – синама ўтказишни тақиқловчи стенокардия
- ◆ Инвазив бўлмаган синама танлови бемор ҳолатига, ушбу даволаш марказида уни ўтказиш тажрибасига ва нархига боғлиқ.
- ◆ Оғир синамали машқларда аортал стенози билан оғриган беморларда ўлим хавфи юқори бўлишини эсда тутиш лозим.
- Жисмоний юклаган синамалар оралиқ натижаларига (Дьюк индекси -10 дан +4 гача бўлган) эга бўлган беморларга ЮИК хавфи юқори бўлган шахсларни аниқлаш учун (ўлим йилига 3% ни ташкил этади) радионуклид ёки коронар ангиография ўтказиш кўрсатма ҳисобланади.
- Бу муолажалар (ёки бошқа инвазив бўлмаган тадқиқотлар) ўтказилгандан сўнг, ЮИК эҳтимоли ўртача ва юқори бўлган беморлар ўткир юрак ҳолатлари (ўлим ва миокард инфаркти) ривожланиши хавфига қараб, кичик гуруҳларга бўлинади, бундай хулосага келиш учун барча олинган маълумотларга асосланиш зарур бўлади.
- ◆ Стенокардия турлари баҳоланади (атипик, стабил, ностабил), бунда ностабил стенокардия ўткир коронар ҳолатларнинг юқори хавфи билан боғлиқлиги ҳисобга олинади.
- ◆ Йўлдош касалликларнинг борлиги баҳоланади (периферик ва мия артерияларини зарарланиши, ҚД, анамнезида миокард инфаркти, АГ, сурункали юрак етишмовчилиги белгилари).
- ◆ Чап қоринчанинг фаолиятини баҳолаш зарурияти (анамнезда миокард инфаркти, сурункали юрак етишмовчилиги белгилари) ўрганилади.
- Юзага келган стенокардия бўйича илк бор текширилаётган, ЮИК ташхиси ҳали тўлиқ тасдиқланмаган, клиник белгилар ва инвазив бўлмаган текширув натижалари аниқланиб, хавф юқорилиги белгилари бўлганда беморни коронар ангиографияга юбориш кўрсатилган. Бундай белги ва ҳолатларга қуйидагилар киради:
 - ◆ Чап қоринча дисфункцияси.
 - ◆ Дорилар билан монанд даволашга қарамасдан III-IV функционал синф стенокардияси бўлганда.
 - ◆ Юрак-томир ҳолатларининг юқори хавфини кўрсатувчи Дьюк индекси (-10 дан кам).
 - ◆ Миокард перфузиясини радионуклидли текширувда битта кенг ёки бир нечта йиғилган ўртача стресс-индуцир етишмовчиликлари.
 - ◆ Чап қоринчадаги стресс туфайли дилатация.
 - ◆ Стресс-ЭхоКГ чап қоринча қисқаришининг стресс - индукцияланган катта – катта қисмлари бузилишлари.
- Инвазив бўлмаган текширувлардан сўнг диагноз ноаниқ бўлиб қолган ёки ЮИК хавфи юқорилиги тахмин қилинган беморларда коронар ангиография

тавсия этилади ва у стенокардияга шубҳа бўлган шахсларнинг куйидаги гуруҳларида ўтказилади:

- ◆ Учала ёки чап коронар артерия ўзанининг шикастланиши эҳтимоли юқори бўлган беморларда.
- ◆ Ташхиси аниқ тасдиқланмаган беморларда аниқ ташхис қўйишнинг фойдаси хавф эҳтимоли ва ангиография ўтказиш нархидан устунроқ бўлганда.
- ◆ Тўсатдан юрак уриши тўхтаб қолишини бошидан кечирган беморларда.
- ◆ Асосли равишда коронар артерия спазми шубҳа қилинаётганларда.
- ◆ Касби аниқ ташхис талаб этувчи алоҳида беморларга (масалан: учувчилар, ўт ўчирувчилар, милиция ходимлари ва ҳ.к.).
- ЮИК хавфи юқори бўлган беморларга куйидаги ҳолатлар бўлганда реваскуляризация имконияти масаласини ҳал қилиш учун ангиографияни тавсия этиш зарур.
 - ◆ Юқори хавфни кўрсатувчи Дьюк индекси (-10 дан кам).
 - ◆ Сцинтиграфияда ва чап қоринчанинг тинч ҳолатдаги дисфункциясида перфузиянинг ўртача ёки катта етишмовчилиги (чап қоринчанинг қон ўтказувчанлиги 40% дан кам).
 - ◆ Стресс-ЭхоКГ давомида чап қоринчанинг стресс туфайли қисқаришининг бузилиши ва унинг тинч ҳолатдаги дисфункцияси.
 - ◆ Анамнезда фавқулодда юрак ҳуружлари.

ДИФФЕРЕНЦИАЛ ДИАГНОСТИКАСИ

Кўкрак қафасида оғрик бўлган беморларни кенг қамровли касалликлар билан дифференциал диагностика ўтказиш зарур.

- Авваламбор, кўкрак қафасидаги ҳаёт учун хавфли оғриклар: миокард ишемияси, перикард тампонадаси, ўпка артерияларининг тромбоземболияси (ЎАТЭ) ва пневмотораксни бартараф этиш ◆ Иккала кўлда ҳам АБ ни ўлчаш ◆ Бўйиндаги веналарни кўздан кечириш ◆ Нафас йўллари тизимининг ҳолатини, шу жумладан, ўпкалар аускультациясини баҳолаш ◆ Юрак-қон томир касалликлари хавф омилларини аниқлаш ◆ Тинч ҳолатда ЭКГ ◆ Кўкрак қафаси аъзоларининг рентгенографияси.
- Стенокардияга шубҳа бўлган беморларда унинг ҳуружини келтириб чиқариши мумкин бўлган йўлдош ҳолатларни аниқлаш зарур ◆ Тахикардиялар ◆ аускультацияда аортал стеноз ёки гипертрофик обструктив кардиомиопатия борлигини кўрсатувчи юрак шовқинлари ◆ Анемияни бартараф этиш учун қондаги гемоглобин миқдори ◆ Зарурият бўлганда - гипертериодизмни .
- Кўкрак қафасидаги оғрикларни дифференциал диагностикаси:
 - ◆ Аритмиялар: Тахикардиялар. Миокарднинг кислородга бўлган эҳтиёжининг ошиши ва/ёки диастола вақтида коронар қон оқимининг пасайиши натижасида типик стенокардик оғриклар келтириб чиқариши мумкин.
 - ◆ Юрак клапанларининг зарарланиши ёки гипертрофик обструктив кардиомиопатия. Чап қоринчанинг чиқариш тракти обструкцияси ва

миокардиал зўриқишнинг ошиши натижасида типик стенокардик оғриқларни келтириб чиқариши. Аускультация мобайнида юрак асосида одатда давомли систолик шовқин эшитилиши. Бу шовқин асосан бўйин томирларига тарқалиши ва уйқу артерияларида пульс тўлқинларининг секинлашиши ҳамда кучсизланиши. Тўш суягидан ўнгда иккинчи қовурғалараро соҳада II тоннинг кескин кучсизланиши ёки йўқлиги. Гипертрофик обструктив кардиомиопатияда Вальсальва пробасини бажараётганда систолик шовқинни кучайиши.

- ◆ Аорта қатламланувчи аневризмаси. Асосан кўкрак қафасидаги ва орқага – курак соҳасига тарқалувчи ўткир кесувчи оғриқ билан намоён бўлиши. Тўсатдан бошланиши - 85%, кучли оғриқ - 91% ва ўткир оғриқ - 64% ҳолларда кузатилиши. Кўкрак қафаси аъзоларининг рентгенографиясида 80% ҳолларда умуртқа билан кўкрак қафаси оралиғида соянинг кенгайиши ёки аорта равоғининг аномалиялари аниқланиши.
- ◆ Перикардит. Оғриқ плевритдаги характерга эга, аммо стенокардияни ҳам эслатиши мумкин. Одатда ўтирганда ёки олдинга энгашганда оғриқ камаяди. Перикарднинг ишқаланиш шовқини ЭКГ да ST сегментининг диффуз элевацияси (ва/ёки PR сегментининг депрессияси) билан йўлдош келиши мумкин.
- ◆ ЎАТЭ. Кўпинча плевритга хос ўткир оғриқ ва ҳансираш билан кузатилади. Кўкрак қафаси рентгенографиясида қон димланиши кузатилмайди. Парадоксал пульснинг мавжудлиги ва гемоглобиннинг кислород билан тўйинганлигининг пасайиши ЎАТЭ эҳтимолини оширади.
- ◆ Пневмоторакс. Ўткир бошланади, ҳансираш ва плевритга хос оғриқ билан ўтади; шикастланган тарафда тимпаник перкутор товуш. Артериал гипотензия, бўйин соҳасида веналарнинг бўртиб чиқиши ва/ёки трахеянинг девиацияси гемодинамик жиҳатдан аҳамиятга эга бўлган зўриққан пневмотораксда кузатилади.
- ◆ Пневмония. Кўпинча тана ҳарорати кўтарилиши, продуктив йўтал ва плевритга хос оғриқ.
- ◆ Плеврит. Кўкрак қафасида плевритга хос оғриқ.
- ◆ Қизилўнгачнинг шикастланиши (рефлюкс, спазм, эзофагит). Оғриқ стенокардиядаги оғриқдан фарқ қилмаслиги мумкин. Кўпинча ЮИК истисно қилингандан сўнггина ташхис қўйилади. Қизилўнгач ва ошқозон гастрофиброскопияси.
- ◆ Ўт йўллари шикастланиши (холецистит, холелитиаз, холангит, ўт пуфаги коликаси). Қориннинг юқори ўнг қисмида оғриқ бўлиб, орқага – белнинг ўнг қисмига ёки ўнг куракка тарқалади. Оғриқ одатда овқат тановул қилингандан сўнг намоён бўлади. Иситмалаш, қориннинг юқори ўнг қисмида оғриқ ва улар сариклик билан бирга кузатилганда холангит тахмин қилинади.
- ◆ Яра касаллиги. Оғриқ стенокардиядаги оғриқдан фарқ қилмаслиги мумкин, аммо кўпинча овқатланишдан кейин пайдо бўлади.

- ◆ Панкреатит. Одатда оғриқ эпигастрал соҳада бўлиб, орқага – белга тарқалади. Систем шикастланиш белгилари (иситмали қалтираш, плеврал намланишлар, артериал гипотензия, ацидемия) билан бирга намоён бўлиши мумкин.
- ◆ Қовурға - тўш суяги хондрити (Титце синдроми). Оғриқнинг ҳаракат қилганда ва пайпаслаганда намоён бўлиши хосдир. Пайпасланганда оғриқ бўлиши стенокардияни истисно қилмайди.
- ◆ Қовурғаларнинг синиши. Кўкрак қафаси ҳаракати ва нафас олишда оғриқ кучайиши мумкин. Бундан аввал давомли йўтал ёки шикастланиш кузатилади.
- ◆ Қамраб олувчи темирлатки. Касалликка хос пуфакчали тошмалар. Улардан олдин оғриқ ёки локал парестезия бўлиши мумкин.
- ◆ Ваҳимага тушиш. Клиник манзараси стенокардиядан фарқ қилмаслиги мумкин. Оғриқларни аксарият ҳолларда ҳаяжонланиб, ваҳимага тушиш, терлаш, юрак уришини яққол сезиб туриш билан бирга кечиши. Ташхис кўпинча ЮИК истисно қилингандан сўнг қўйилади.
- ◆ Депрессив бузилишлар. ЭКГ да ўзгаришлар бўлмаган ҳолда, жисмоний зўриқиш билан боғлиқ бўлмаган, кўкрак қафасида давомли оғирлик ҳис қилиш.
- Шунингдек, *Кўкракдаги оғриққа қ.*

МУТАХАССИС МАСЛАҲАТИГА КЎРСАТМАЛАР

Инвазив бўлмаган текшириш натижаси аниқ ташхис қўйишга имкон бермаган ёки уни ўтказишга қарши кўрсатмалар бўлган беморларда ЮИК ташхиси тасдиқланганда кутилаётган фойда ва хавф, коронар ангиографиянинг нархидан кўп бўладиган бўлса, коронар ангиографияни ўтказиш масаласида кардиолог маслаҳатидан ўтиш лозим бўлади.

ДАВОЛАШ

ДАВОЛАШДАН МАҚСАД

- Ўткир юрак ҳодисалари сонини камайтириш ҳисобига ЮИК билан касалланган беморлар ўлимини камайтириш (авваламбор, миокард инфаркти ва тўсатдан юрак тўхташи) олдини олиш.
- Стенокардиянинг намоён бўлиш ҳолатларини камайтириш ҳисобига беморнинг ҳаёт тарзини яхшилаш.

ШИФОХОНАДА ДАВОЛАНИШГА КЎРСАТМАЛАР

Миокард инфаркти ривожланиши ва ўлим хавфи ўрта ва юқори эканлиги ифодаланган ўткир коронар синдроми ва белгилари бўлган беморларни шифохонага ётқизиш лозим.

- Миокард инфарктига шубҳа қилинган беморлар монитор кузатувга эга интенсив даво блокига ётқизилади.
- Миокард инфаркти бор, икки ва ундан ортиқ ёнма – ён тармоқларда ST сегменти 2 мм. дан кўпроққа жиган беморларда, қарши кўрсатмалар бўлмаса, тезкор реваскуляризация (тромболизис ёки коронар ангиопластика) ўтказилади.
- Беқарор стенокардияси бор беморларда, қуйидаги белгилардан ҳеч бўлмаганда бирортаси мавжуд бўлса, монитор кузатувга эга интенсив даво блокига ётқизилиши керак.
 - ◆ Тунгги стенокардия ёки тинч ҳолатда давомийлиги 20 минутдан кўп бўлган оғриқ.
 - ◆ Ўпка шиши, митрал регургитация даражасининг ошиши ёки галоп ритмининг пайдо бўлиши.
 - ◆ Тинч ҳолатдаги стенокардия, шу билан бирга ST сегментининг 1 мм дан кўпга жиши.
 - ◆ Артериал гипотензия билан бирга кечадиган стенокардия.
 - ◆ «Т» тишининг ўзгаришлари билан бирга кечадиган стенокардия.
 - ◆ Охирги 2 ҳафта мобайнида биринчи марта пайдо бўлган III – IV функционал синф стенокардияси.
 - ◆ ЭКГ нинг бир неча тармоқларида (олдинги, ёндаги, пастдаги) «Q» тишида патологик ўзгариш ёки ST нинг 1 мм. ва ундан каттароқ депрессияси.
 - ◆ Ёши 65 ёшдан катта беморлар.
- Ўткир коронар синдроми билан даволанишга ётқизилган беморлар кардиолог маслаҳатидан ўтиши лозим.

ДОРИЛАРСИЗ ДАВОЛАШ

Юрак қон-томир касалликлари олдини олиш учун хавф омилларига комплекс таъсир кўрсатиш керак.

- Чекишдан воз кечиш хавфнинг энг кўп пасайишини таъминлайди (юқоридаги *профилактика* бўлимига қаранг).
- Аэробик жисмоний машқларни мунтазам бажаришни тавсия қилиш керак. Барқарор стенокардияси бўлган беморларни кун давомида энг кам аэроб жисмоний фаоллик даражасини сақлаб туришга рағбатлантириш. Ўртача жисмоний фаоллик ҳафтада 5 – 7 марта 30 минут давомида тез юриш (ёки бошқа шунга ўхшаш аэробик фаоллик) ни ташкил қилиши лозимлигини тушунтириш.
- Бошқа парҳез овқатланиш турига ўтишни маслаҳат бериш.
 - ◆ Стенокардияси бўлган беморлар таркибида холестерин ва ёғ (айниқса тўйинган ёғлар) миқдори кам бўлган парҳезга амал қилишлари лозимдир.
 - ◆ Рациондаги мева ва сабзавотлар улушини кўпайтириш ҳамда тўйинган ёғлар ўрнига яқкатўйинмаган ёғларни овқатга киритиш лозимлигини алоҳида таъкидлаш керак.

ДОРИЛАР БИЛАН ДАВОЛАШ

Миокард инфаркти ва тўсатдан ўлиш ҳолатларини (умр давомийлигини узайтириш мақсадида), шунингдек стенокардиянинг намоён бўлиш белгиларини камайтириш (ҳаёт сифатини яхшилаш) учун дорилар билан даволашни самарали олиб бориш.

- Стабил стенокардияси бўлган беморларга I гуруҳ дорилар сифатида кўп ҳолларда β -адреноблокаторлар тавсия этилади.
 - ◆ β -адреноблокаторлар стенокардия хуружлари сони ва намоён бўлиш даражасини камайтиради.
 - ◆ β -адреноблокаторларни танланган дозаси юрак қисқаришлари сонини (тинч ҳолатда) бир минутда 55-60 тагача камайтириши ва стенокардия хуружини келтириб чиқарувчи жисмоний зўриқишдаги сони эса унинг 75% гача бўлиши керак.
 - ◆ Монодавога чидамли стенокардияда β -адреноблокаторлари кальций каналлари блокаторлари (узоқ таъсир этувчи дигидропиридин билан) ёки узоқ таъсир этувчи нитратлар билан биргаликда қўлланилади.
- II гуруҳ дорилари сифатида кальций каналлари блокаторлари тавсия этилади.
 - ◆ Стабил стенокардияси бўлган беморлар β -адреноблокаторларини кўтара олмаган ёки улар касаллик белгиларини тўлиқ бартараф этмаса бу ҳолат кальций каналлари блокаторларини қўллашга кўрсатма ҳисобланади.
 - ◆ Стабил стенокардияси бўлган беморларга таъсир давомийлиги қисқа бўлган кальций каналлари блокаторларини тавсия этмаслик лозим.
 - ◆ Декомпенсацияланган юрак етишмовчилигида кальций каналлари блокаторлари ишлатилмайди.
 - ◆ Брадикардия, синус тугуни дисфункцияси ва АВ-блокада – дигидропиридин гуруҳига кирмаган кальций каналлари блокаторларини қўллашга қарши кўрсатмадир.
- Таъсир давомийлиги узайтирилган нитратлар монодаво ёки β -адреноблокаторлари, ёхуд кальций каналлари блокаторлари билан биргаликда тавсия этилади.
 - ◆ Оғир стенокардияси бўлган беморларга таъсир давомийлиги узайтирилган нитратлар ёки уларни β -адреноблокаторлар ёхуд кальций каналлари блокаторлари билан биргаликда мабода антиангинал дори воситаларини кўтара олмаган тақдирда монотерапия кўринишида қўллаш тавсия этилади.
 - ◆ Таъсир давомийлиги узайтирилган нитратлар билан даволаш натижасида рефлексор тахикардия юзага келиши мумкинлигини ёдда тутиш керак.
 - ◆ Ҳаётга хавф солувчи артериал гипотензияни юзага келтириши мумкинлиги туфайли нитратларни денафил ёки тадалафил билан биргаликда қўллаш мумкин эмас.
 - ◆ Тахифилаксия ривожланишининг олдини олиш учун кунда 8-12 соатлик нитратларсиз давр таъминланиши керак.

- Иккинчи гуруҳ дори воситаси сифатида триметазад β-адреноблокаторлар, кальций каналлари блокаторлари ёки нитратлар билан биргаликда ишлатилади.
- Стабил стенокардияси бўлган беморларга ацетилсалицил кислотаси (ёки бошқа антиромбоцитар дори воситалари) тайинланади.
 - ◆ Стенокардияси бўлган барча беморларга (анамнезида ошқозон-ичакдан қон кетиш, ўткир ошқозон яраси, сурункали ошқозон ярасининг зўрайиши, геморрагик синдром ёки препаратга аллергияси борлигига кўрсатмалар бўлган беморлар бундан мустасно) кунда 75-325 мг. ацетилсалицил кислотаси тавсия этилади.
 - ◆ Ацетилсалицил кислота тавсия этишга қарши кўрсатма бўлганда ёки бемор уни кўтара олмаганда клопидогрел буюрилади.
- Стенокардияси бўлган барча беморларга гиперхолестеринемияга қарши дорилар ишлатилади.
 - ◆ Агар ПЗЛП таркибидаги холестерин миқдори 130 мг% ёки ундан юқори бўлса, гиполипидемик даво тайинланади.
 - ◆ ЮИК бўлган ва анамнезида ўткир юрак-қон томир касаллиги (миокард инфаркти, ностабил стенокардия, реваскуляризация) борлигига кўрсатма бўлган беморларда статинларни қўллашга кўрсатмалар ПЗЛП таркибидаги холестерин миқдори 115 мг% дан паст бўлганда ҳам берилиши мумкин.
 - ◆ Статинларни кўтара олмайдиган беморларга муқобил дорилар: таъсир давомийлиги узун никотин кислотасининг препаратлари ва ўт кислотаси секвестрантлари тайинланади.
 - ◆ ЮЗЛП даги холестерин миқдори паст ва ПЗЛП даги холестерин ва триглицеридлар меъёрга яқин бўлган стенокардияси бўлган беморларга гемфибролиз буюриш кўрсатилган.
- Стабил стенокардияси бўлган айрим беморларга ААФ ингибиторларини тавсия этиш лозим.
 - ◆ ААФ ингибиторлари юракнинг чап қоринчаси қон отиш фракцияси 30% дан кам бўлганда буюрилади.
 - ◆ Қон-томир шикастланишлари (ЮИК, инсулт ёки периферик артериялардаги ўзгаришлар) ёки ҚД борлиги тасдиқланган ёхуд бир ёки ундан ортик қўшимча юрак қон-томир касалликларининг хавфли омиллари (АГ, дислипидемия, чекиш, микроальбуминурия) бўлган беморларга ААФ ингибиторни ичишни буюриш лозим.

ХИРУРГИК ДАВО

Мутахассис маслаҳатида кўрсатмалар номли кейинги бўлимга қаранг.

БЕМОРГА ЎРГАТИШ

Бемор билан индивидуал суҳбатлашиб, касаллиги тўғрисида ўргатиб бориш, у ҳар сафар шифокор кўригида бўлганда ундаги ажралмас қисми бўлиши лозим, унга берилаётган маълумотлар ўз вақтида ва тушунарли тарзда олиб борилиши керак.

- Беморга ўргатишнинг мунтазам ва индивидуал ёндошиш тизимини ишлаб чиқиш ва қуйидагиларга эътибор қаратиш лозим:
 - ◆ Беморнинг ўз касаллиги ҳақидаги дастлабки билим даражасини баҳолаш;
 - ◆ Бемор касаллиги тўғрисида маълумот олишга қанчалик интилаётганини аниқлаш;
 - ◆ Эпидемиологик ва клиник маълумотлардан фойдаланиш; суҳбатда хавфни беморга тушунарли бўлган сўзлар билан ифодалаш;
 - ◆ Иложи борича, бу ишга қўшимча ходимларни ва беморларга ўргатиш бўйича мутахассисларни жалб қилиш;
 - ◆ Имкон доирасида мутахассислар томонидан тайёрланган кўргазмали қуроллардан фойдаланиш;
 - ◆ Беморни мақбул даволаш режасини биргаликда ишлаб чиқишга жалб қилиш;
 - ◆ Беморга ўргатиш учун унинг оила аъзолари ёрдамидан ҳам фойдаланиш;
 - ◆ Беморга ўргатишни даврий равишда қайтадан бошлаш.
- Бемор билан кўриниши ўзгарган хавф омиллари, даволаш, прогноз, жисмоний фаоллик, шунингдек белгилар намоён бўлиши авж олганда ёки ўткир коронар синдром юзага келганда шифокорлар билан боғланиш усуллари муҳокама қилиш. Бемор билан суҳбатлашганда:
 - ◆ Энг муҳим хавф омиллари ҳақида суҳбатлашиш, бунда унинг ўзгарганларига алоҳида эътибор қаратиш;
 - ◆ Келиб чиқиши мумкин бўлган асоратларни (ностабил стенокардия, миокард инфаркти, юрак етишмовчилиги, аритмия, юрак хуружи натижасида тўсатдан ўлим бўлиш эҳтимоли) муҳокама қилиш;
 - ◆ Индивидуал прогнозни кўриб чиқиш;
 - ◆ Дори воситаларини қабул қилишнинг фойдали ва зарарли томонлари тўғрисида суҳбатлашиш;
 - ◆ Дори қабул қилиш (дозаси, қабул вақти, айримларини қабул қилишнинг ўзига хос хусусиятлари) тартибини муҳокама қилиш;
 - ◆ Жисмоний, жумладан, жинсий фаолликни чегаралаш масаласи тўғрисида гаплашиш;
 - ◆ Беморга шифокор ёки тиббиёт муассасаси билан қандай ва қачон боғланиш ҳақида тушунтириш (белгиларнинг кучайиб кетиши ёки ўткир коронар синдром ривожланиши);
 - ◆ Беморга қуйидагилар ҳақида йўл-йўриқ бериш:
 - ★ қандай белгилар миокард инфаркти ривожланаётганидан дарак беради
 - ★ қандай ҳолатларда ацетилсалицил кислотаси ва нитроглицеринни шошилиш қабул қилиш
 - ★ тез тиббий ёрдам ходимлари билан қандай боғланиш
 - ★ кардиология бўйича тунукун реанимация хизмати кўрсатиладиган энг яқин шифохона қаерда жойлашганлиги.
 - ◆ Беморнинг оила аъзоларига юрак-ўпка реанимацияси усуллари қўллашни ўрганиб олишни маслаҳат бериш.

МУТАХАССИС МАСЛАҲАТИГА КўРСАТМАЛАР

Юқори хавф бўлган, дори воситалари билан даволаш натижасида касаллик белгилари етарлича яхши назорат қилинмайдиган, ўткир коронар синдром билан касалхонага ётқизилган беморлар юқори малакали мутахассис ҳузурига маслаҳатга юборилиши керак.

- Реваскуляризация эҳтимолини баҳолаш учун текшириш ўтказиш тўғрисида қарор индивидуал, яъни беморда йўлдош касалликлар, ўлим хавфи борлиги ва бошқа омилларни ҳисобга олган ҳолда қабул қилинади.
- Реваскуляризация қилиш тўғрисида аниқ қарорга келиш учун мутахассис маслаҳатига қуйидаги беморларни юбориш лозим:
 - ◆ Ўлим хавфи юқори бўлган.
 - ✦ Дьюк индекси юқори хавфни кўрсатганда (-10 дан кам бўлганда).
 - ✦ Жисмоний юклама билан ўтказилган инвазив бўлмаган текширишда чап қоринчанинг олдинги деворида кўплаб ўртача катталиқдаги ёки битта катта қон айланиш нуқсони мавжудлигида.
 - ✦ чап қоринчанинг қон отиб бериш фраксияси 40% дан кам бўлганда.
 - ◆ Стенокардияси бўлган, монанд дори воситалари билан даволашга қарамасдан, ҳаётий имкониятларни чегараловчи белгилар сақланиб қолаётган беморлар.
- Реваскуляризация усули коронар ангиография, чап қоринча фаолиятини текшириш, умумий ўлим хавфини баҳолаш ва йўлдош касалликлар мавжудлигини ҳисобга олган ҳолда танланади.
 - ◆ Қуйидаги ҳолларда коронар шунтлаш тавсия этилади:
 - ✦ қоринча функциясидан қатъи назар чап коронар артерияси ўзанининг стенози 50% дан кўп бўлганда;
 - ✦ белгилар кучайганда ва коронар оқимнинг уч томирли шикастланишида (стеноз даражаси 70% ва ундан кўп) қоринчалар функциясидан қатъий назар (чап қоринча функцияси пасайган беморлар у меъёрида бўлганларга нисбатан кўпроқ афзалликларга эга).
 - ◆ Ангиопластика:
 - ✦ коронар оқимнинг бир томирли шикастланишида.
 - ◆ Икки ёки уч коронар томири шикастланган беморларда қоринчалар функцияси меъёрида бўлса, коронар ангиография натижалари асосида реваскуляризация қилишнинг имконияти бўлган тақдирда ангиопластика ёки коронар шунтлашни амалга ошириш эҳтимоллари баҳолаб кўриш мақсадида.
- ЮИК бўлган, тўсатдан юраги уришдан тўхтаб қолишни бошидан кечирган ва барқарор қоринчалар тахикардияси бўлган беморларни кардиолог ҳузурига юбориш (коронар шунтлаш ўтказиш масаласини ҳал қилиш учун коронар ангиография имкониятини баҳолаш).
- Ўткир коронар синдром билан шифохонага ётқизилган беморларни кардиолог маслаҳатига юбориш.
- Юрак клапанлари шикастланиши: аорта қўйилиш жойининг гемодинамик аҳамиятга эга бўлган стенози ёки гипертрофик обструктив кардиомиопатия (коронар ангиография ўтказиш ва хирургик даволаш имкониятларини баҳолаш учун) оқибатида стенокардияси бўлган беморларни кардиологга жўнатиш.

КЕЙИНГИ КУЗАТУВЛАР

Бемор шифокор кўригида бўлганда стенокардия белгилари бор – йўқлигини, дори воситаларидан тўғри фойдаланиш бўйича шифокор маслаҳатига амал қилинаётганлигини ва ўзгарган хавф омилларини баҳолаш.

- Режа асосида қайта ташрифни тайинлаш, клиник кўрсаткичлар мўтадиллашганлигига асосланган ҳолда, беморнинг даволаш жараёнига жалб қилинган бошқа шифокорлар билан мунтазам мулоқотда бўлишини таъминлашни ҳисобга олиб такрорий ташрифларни режалаштириш.
- ◆ Барқарор стенокардиядан самарали даволанган беморлар ҳар 4-12 ойда шифокор кўригидан ўтиб туришлари лозим.
- ◆ Даволашнинг биринчи йилида шифокорга ташриф даврийлиги 4-6 ойда 1 мартани ташкил этиши керак.
- ◆ Белгилари барқарор бўлган унинг янгилари пайдо бўлганда ёки аҳволи ёмонлашганда телефон орқали хабар қиладиган даражада мустақил беморлар учун шифокор ҳузурига ташриф даврийлигини узайтириш имконини муҳокама қилиш мумкин.
- Амбулатор картага ёзиш вақтида стенокардия белгиларига, дори воситаларидан фойдаланилганлигига ва ўзгарган хавф омилларига алоҳида эътибор қаратиш лозим.
- Барқарор стенокардиядан самарали даволанган беморларда ҳар сафарги ташрифда куйидаги бешта хусусият баҳоланади:
 - ◆ Охирги ташрифдан сўнг ўтган вақт ичида беморнинг жисмоний машқларга чидамлилиги пасайдими-йўқми.
 - ◆ Охирги ташрифдан сўнг стенокардия белгилари кучаймадими ва тез-тез юзага келмаяпдими ✦ Ҳуружга сабаб бўлаётган омиллар ҳақида батаф маълумот керак ✦ Агар белгилар кўпайса ёки стенокардия туфайли кучли жисмоний ҳаракатга чидамлик пасайса, беморни барқарор ва барқарор бўлмаган стенокардия бўйича тавсияларга асосан текшириш ва даволаш буюрилади.
 - ◆ Бемор хавф омилларини қанчалик самарали ўзгартира олмоқда ва ЮИК тўғрисидаги билим даражасини оширмоқда.
 - ◆ Беморда янги йўлдош касаллик ривожланмадими; унинг кечиши етарлича назорат қилинмаслиги ёки даволаш стенокардияни авж олдириб юбормадими.
 - ◆ Беморнинг даволашга қанчалик берилганлиги ва давонинг салбий таъсирлари.
- Беморни албатта синчиклаб кўриш ва айниқса, ЮҚТТ ни физикал текшириш; олдиндан мавжуд бўлган белгилар динамикасини кузатиб бориш.
 - ◆ Ҳар бир ташриф чоғида бемор вазнини, артериал босимни ўлчаш ва ЮУС санаш.
 - ◆ Бўйин венасида вена пульсини баҳолаш.
 - ◆ Ўпкани синчиклаб текшириш, бунда ўпкадаги хириллашларга, нафас олишнинг кучсизланиши ва баданга бармоқ билан уриб кўриб эшитганда товушнинг ўтмаслашганига алоҳида эътибор қаратиш.

- ◆ Юракни синчиклаб текшириб, галоп ритми борлигига, янги шовқинлар пайдо бўлишига ёки мавжуд шовқинлар тезлигининг ўзгаришига, юқори чўкки турткисининг жойлашиши ва катталигига алоҳида эътибор қаратиш.
- ◆ Қоринни текшириш: бунда гепатомегалия, гепатоюгуляр рефлюкс, аорта қорин бўлими аневризмасидан дарак берувчи қорин пульсацияси борлигига эътибор бериш.
- ◆ Томирларни текшириш, бунда периферик артерияларда пульсни пальпация қилиб кўриш ва томирлар шовқинини эшитиш.
- ◆ Шишлар пайдо бўлганлигига ёки мавжуд шишларнинг катталашганлигига эътибор қаратиш.
- Хавф омилларига қарши ўтказилган тадбирлар самарадорлигини баҳолаш учун лаборатория текширувларидан фойдаланиш (ҚД ва гиперлипидемия).
 - ◆ Гиполипидемик даво бошлангандан сўнгги биринчи 6-8 ҳафтада наҳорги липид профили ва трансминазалар миқдорини аниқлаш.
 - ◆ Даволашнинг биринчи йилида ҳар 8-12 ҳафтада липид профили ва трансминаза миқдорини аниқлаш.
 - ◆ Липид миқдорининг кўзланган даражасига эришилгач, липид профилини ҳар 4-12 ойда баҳолаш.
 - ◆ Бемор мушаклари бўшашиши ёки унда оғриқ кузатилса, қонда КФК фаоллигини аниқлаш.
 - ◆ ҚД барқарор кечаётган беморларда даволаш жараёнида камида 1 йилда 1 марта гликозилланган Нв миқдорини текшириш.
 - ◆ Электролитларнинг қон зардобидаги миқдорини, Нв, буйрак ва қалқонсимон без фаолиятини кўрсатмаларга (анамнез, кўрик, олдинги текшириш натижалари) асосан баҳолаш.
- Белгилар ўзгариши кузатилмаганда, кўрик натижалари ёки даволаш режими ўзгармаганда вақти-вақти билан ўтказиб туриладиган, бир хил маромдаги ЭКГ туширишларига зарурият бўлмайди.
 - ◆ Юрак ўтказувчанлигига таъсир этувчи дори воситалари (масалан, дигоксин) буюрилганда ёки уларнинг дозаси ўзгартирилганда ЭКГ ўтказиш тавсия этилади.
 - ◆ Стенокардиянинг кечиши ўзгарганда, сурункали юрак етишмовчилиги ёки ритм ва ўтказувчанлик бузилишлари белгилари пайдо бўлганда, шунингдек, синкопал ва синкопал олди ҳолатларида ЭКГ динамикада олиш тавсия этилади.
- Қайтадан жисмоний юкламани синамалар ўтказиш, касаллик белгиси ўзгаришлари хавф даражаси ва прогнозга таъсир этганда, шунингдек, реваскуляризация ўтказиш кераклигига кўрсатма бўлган беморларга тавсия этилади.
 - ◆ Клиник кўринишида ўзгаришлар бўлмаган, хавф даражаси паст бўлган беморларда (йиллик ўлим даражаси 1% дан кам) биринчи текширувдан кейин

камида 3 йил мобайнида қайтадан жисмоний юкламали синамалар ўтказиш шарт эмас.

- ◆ Қайтадан жисмоний юкламали синамалар хавф даражаси барқарор юқори бўлган беморларга (йиллик ўлим даражаси 3% дан кўп) агар реваскуляризация заруриятини кўриб чиқишга мажбур этувчи хавф даражаси ошсагина буюрилади.
- ◆ Хавф даражаси ўртача бўлган (йиллик ўлим 1-3 % оралиғида) беморларда 1 йилдан 3 йилгача бўлган ораликда қайтадан жисмоний юкламали синамаларни ўтказиш эҳтимоли кўрсатилган, бироқ аниқ тавсиялар беришга имкон берадиган маълумотлар етарли эмас.
- ◆ Қайта инвазив бўлмаган синамалар стенокардия илк бор қайд этилган ёки унинг белгилари кучайган беморларга, реваскуляризация зарурияти юзага келган ҳолларда тавсия этилади.

ПРОГНОЗИ

- Стабил стенокардияси бўлган беморларда ўлим йилига 2-3% ни ташкил этади.
- Фатал миокард инфаркти 2-3% беморларда ривожланади.

ЎТКИР ТОЖ ТОМИРЛАРИ ЕТИШМОВЧИЛИГИ СИНДРОМИ

Ўткир тож томирлар етишмовчилиги синдроми – бу ўткир миокард ишемияси келтириб чиқарувчи ҳолатларни: беқарор стенокардия, ST сегментининг кўтарилишисиз ва ST сегментининг кўтарилиши билан кечадиган миокард инфарктларини (МИ) таърифлаш учун қўлланиладиган умумлаштирилган тушунча.

ХКК-10: • **I20.0** Беқарор стенокардия • **I21** Ўткир миокард инфаркти • **I22** Қайталанган миокард инфаркти • **I24** Ўткир юрак ишемик касалликларининг бошқа турлари.

ҚИСҚАРТМА СЎЗЛАР: ЎТТС – ўткир тож томир синдроми, МИ – миокард инфаркти.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯСИ

- Ҳар йили бутун дунё бўйлаб 2-2,5 млн. киши беқарор стенокардия билан, (ST сегментининг кўтарилишисиз МИ) шошилиш кардиология бўлимларига ётқизилади;
- Ҳар йили дунёнинг ривожланган мамлакатларида аҳолининг 10000 тасидан 6 таси шу касалликка чалинади.
- ЎТТС га чалинган беморларнинг 60% дан кўпроғи кекса ёшдаги (65 ёшдан каттароқ) кишилардир ва улар орасида эркаклар кўпчиликти ташкил этади.

ПРОФИЛАКТИКАСИ

Профилактика хавф омилларини бартараф этишга қаратилган чора – тадбирлардан иборат.

- Бирламчи профилактика ♦ Чекишни тўхтатиш ♦ Липид алмашинувини меъёрлаш ♦ АБ ни монанд назорат қилиш ♦ ҚД ли беморларда глюкоза миқдорини меъёрлаш ♦ Юқори хавф тоифасига кирувчи беморларни юклагани синамаларни қўллаган ҳолда текширувдан ўтказиш, шунингдек миокарддаги ўзгаришларни (масалан, чап қоринча гипертрофияларини, аорта оғзининг стенозини) аниқлаш.
- Иккиламчи профилактика ♦ Ацетилсалицил кислотасини қабул қилиб туриш ♦ β -адреноблокаторларни қабул қилиб бориш ♦ ААФ-ингибиторларини қабул қилиш ♦ Статинлар қабул қилиш ♦ Реваскуляризация

СКРИНИНГИ

ЎТТС ўткир ҳолат бўлганлиги учун скрининг усуллари ишлаб чиқилмаган.

КЛАССИФИКАЦИЯСИ

Беқарор стенокардиянинг классификацияси (Браунвальд).

- I синф: илк бор келиб чиққан стенокардия (икки ойдан камроқ вақт давомида), оғир ва кучайиб боровчи стенокардия бўлиб, охириги икки ой давомида тинч ҳолатда ангиноз ҳужумларининг бўлмаганда.
- II синф: ярим ўткир стенокардия (бу тинч ҳолатдаги стенокардия бўлиб, охириги 48 соатдан 1 ойгача кузатилади).
- III синф: ўткир стенокардия (агар охириги 48 соат ичида ҳеч бўлмаганда битта ангиноз ҳужуми кузатилган бўлса).
 - ♦ А синф – касаллик қўзғатувчи иккиламчи омиллар (камқонлик, юкумли касалликлар, тиреотоксикоз) билан боғлиқ иккиламчи беқарор стенокардия.
 - ♦ В синф – бирламчи беқарор стенокардия.
 - ♦ С синф – инфарктдан кейинги стенокардия (миокард инфаркти ўтказгач, икки ҳафтадан камроқ вақтда).

III В – синф (беқарор стенокардия), тропонин – позитив ва тропонин – негатив вариантларга бўлинади.

Араб рақамлари ўтказилаётган даволаш ишларини кўрсатади.

- 1 – оз миқдордаги ёки умуман ўтказилмаган даво.
- 2 – барқарор стенокардияни стандарт даволаш (β -адреноблокаторлар, нитратлар, кальций каналларининг блокаторлари)
- 3 – максимал даво (максимал перорал антиангинал даво ва нитратларни парентерал юбориш).

Беқарор стенокардиянинг клиник турлари.

- Илк бор келиб чиққан стенокардия.

- Зўраяётган стенокардия – ангиноз хуружларнинг кўпайиши ёки унинг давомийлиги ошиши, шунингдек нитратлар самарадорлигининг пасайиши.
- Тинч ҳолатдаги стенокардия.
- Вариантли стенокардия (Принцметал стенокардияси) – кўпинча тинч ҳолатда ҳам юзага келадиган, чекиш кўзғатадиган ангиноз хуружлар. Патогенезда ўткир тож томирлар вазоспазмига алоҳида эътибор берилади.

ДИАГНОЗИ

АНАМНЕЗИ

- Кўп ҳолатларда анамнезида стенокардия хуружлари юзага келиши ва ЮИК нинг мавжудлиги кўрсатиб ўтилади.
- Одатда беморлар тўш суягининг орқасидаги юзага келадиган 5 дақиқадан 20 дақиқагача давом этадиган эзувчи ва сиқувчи оғриқларга шикоят қилишади. Нитратларни қабул қилиш (сублингвал) кўп ҳолларда оғриқларни йўқотади, лекин баъзан у бутунлай йўқолмайди ёки қисқа вақт ичида яна қайталади.
- Белгилар кўпроқ эрталаб пайдо бўлади (эрталабки 6:00 дан тушгача).
- Беморлар ҳамма вақт ҳам оғриқ айнан кўкрак қафасида юзага келганлигидан шикоят қилавермаслигига эътиборни қаратиш керак. Оғриқ бўйин, пастки жағ, елка, чап кўрак остида ёки эпигастрал соҳаларда кузатилиши мумкин.
- Баъзи ҳолларда эса нафас етишмовчилиги ҳисси кўринишидаги стенокардия белгилари ҳам кузатилади.
- Қуйидаги белгиларнинг мавжудлигига алоҳида эътибор бериш лозим.
 - ◆ Юрак уришини ҳис қилиш.
 - ◆ Кўкрак қафасининг чап ярмида ноҳушлик ҳисси.
 - ◆ Ҳансираш.
 - ◆ Умумий ҳолсизлик.
 - ◆ Кўнгил айниши.
 - ◆ Қўрқиш, хаяжон ҳислари.

ФИЗИКАЛ ТЕКШИРИШ

- Шуни ҳисобга олиш керакки, кўпгина беморларда физикал текширувларда ҳеч қандай ўзгаришлар аниқланмаслиги мумкин.
- Беморларни кўраётганда териси оқишлигига, юқори даражада намлигига, шунингдек хавф ёки кўрқув пайдо бўлишига эътибор бериш керак.
- Кўпинча беморларда тўш суяги устини аш белгиси (беҳузурлик юзага келган жойга муштумларини қўйиб туриш) кузатилади.
- Баъзи ҳолларда АБ кўтарилиши натижасида ҳам стенокардия белгилари кузатилиши мумкин.
- Қуйидаги белгилар мавжудлигига эътибор қаратиш лозим:

- ◆ Артериал гипотензия.
- ◆ Юрак етишмовчилигининг клиник кўриниши ✦ юрак III тони ✦ юрак IV тони ✦ Кардиомегалия ✦ Бўйин веналарининг шишиши ✦ Ўпкадаги ҳўл хириллашлар.
- ◆ Юракда янги шовқин пайдо бўлиши ёки олдинги шовқинларни кучайиши.

ЛАБОРАТОРИЯ ТЕКШИРУВЛАРИ

- КФК миокардиал фракциялари (МВ-фракция) фаоллигининг ошиши – миокардни (МИ) ўткир некрозининг биокимёвий мезони.
- ◆ Миокард шикастлангандан 4 соат ўтгач МВ-КФК фаоллигининг ошиши кузатилиб, 18-24 соат ичида энг юқори ҳолатига етади ва 3-4 кунгача шундай сақланади.
- ◆ КФК нинг МВ-фракциялари юқори чегараларининг меъёрдаги кўрсаткичлари КФК умумий фаоллигининг 3-6% ини ташкил қилади. Бемор шошилинич даволаш бўлимига қабул қилиниш вақтида, унда МВ-КФК меъёрида бўлиши миокард инфаркти эҳтимолини истисно қилмаслигини ҳисобга олиш керак.
- ◆ Шошилинич даволаш бўлимида МВ-КФК ни бир марта аниқланишида МИ нинг диагностикаси учун унинг сезгирлиги 34% ни ташкил қилади. МВ-КФК ни фаоллигини аниқлаш кетма-кет олиб борилса, 6-9 соат ўтгач сезгирлик 90%га, агар бир кун давомида текширилса, 100% гача кўтарилади.
- ◆ Стенокардия хуружи узоқ давом этадиган беморларда, ЭКГ да янги ўзгаришлар қайд этилса, шунингдек, у кам маълумот берган ҳолатларда МВ-КФК нинг фаоллигини аниқлаш керак.
- Тропонин I – нормал шароитларда қон зардобида мавжудлиги аниқланмайдиган оқ.
 - ◆ Тропонин I қон зардобида миокард некрозидан кейин 3-6 соат ўтгач аниқланади, миқдорининг кўтарилиши 7-10 кунгача сақланади.
 - ◆ Беқарор стенокардияли беморларда зардобдаги тропонин I ни миқдори бироз кўпайиши ҳам ўткир тож томирлари асоратлари ривожланиш эҳтимоли юқорилигидан (миокард инфаркти) ва ўлим хавфидан дарак бериши мумкин.
- Тропонин T нинг диагностик аҳамияти тропонин I га ўхшаш; миокард некрозидан кейин 14 кун давомида тропонин T нинг миқдори юқори бўлиши кузатилади ◆ Жигар етишмовчилиги бўлган беморларда тропонин T миқдорини текшириш ёлғондакам ижобий натижаларни бериши мумкинлигини ҳисобга олиш керак ◆ Беқарор стенокардияли беморларда тропонин T бироз кўпайиши эҳтимоли ўткир тож томирлари синдроми асоратлари ривожланиши хавфи юқорилигидан (миокард инфаркти) ва ўлим хавфидан дарак бериши мумкин.
- Қондаги миоглобин миқдорини аниқлашда унинг миокард учун специфик бўлмаганлиги сабабли диагностик аҳамияти кам, бироқ МВ-КФК ни ва

тропонинлар фаоллигини текширишнинг тегишли маълумотларидаги салбий натижа МИ ни истисно қилишга имкон беради.

- Ҳамма ўткир тож томирлар етишмовчилиги касаллиги гумон қилинаётган беморларда умумий стандарт ва биокимёвий қон таҳлилларини (ҚД, гиперхолестеринемияга скрининг буйрак ва жигар ҳолатини баҳолаш) ўтказиш керак.
- Яллиғланишнинг белгиси сифатида СРО (С реактив оқ) текширилади. Миокард некрозининг биокимёвий белгилари бўлмаган, лекин СРО даражаси юқори бўлган беморлар тож томирлар асорати ривожланиши хавфи юқори бўлган гуруҳга киритилади.

МАХСУС ТЕКШИРУВЛАР

- ЎТТС борлиги гумон қилинган ҳар бир беморда 12 стандарт тармоқда ЭКГ тушириш керак.
 - ◆ Қуйидаги ўзгаришлар мавжудлигига эътиборни қаратиш лозим
 - ★ ST сегментини ўткинчи элевацияси (турғун ўзгаришлар мавжудлигида МИ тахмин қилинади)
 - ★ Т тишчасини инверсия кўринишидаги динамик ўзгариши, мусбат ўткир Т тишчаси амплитудасининг катталаниши ёки меъёрида бўлиши. Беморларда Т тишчалар чуқур манфий бўлганда МНС зарарланиши, шунингдек трициклик антидепрессантлар ёки фенотиазин қаторига кирувчи ДВ ларни қабул қилганлигини истисно қилиш керак
 - ★ ST сегментининг депрессияси (қийшиқ кўтарилувчи, ёки тушувчи ва горизонтал)
 - ★ Илк бор юзага келган Гис боғлами чап оёқчасининг блокадаси.
 - ◆ ЭКГ нинг диагностик аҳамияти ўнг кўкрак (V_{4R}) ёки орқа (V_{8-9}) соҳаларни ҳам текшириш орқали, шунингдек аввалги текширув натижалари билан солиштириш натижасида ошиши мумкин.
 - ◆ ЭКГ ни таҳлил қилиш вақтида миокарднинг структур ўзгариш белгиларини мавжудлигига (чап қоринча гипертрофияси), шунингдек ундан олдин ишемик шикастланишлар (Q тишчалар) бўлган-бўлмаганлигига эътибор қаратиш зарур.
 - ◆ Шунини ҳисобга олиш керакки, 10% беморларда ST сегментининг элевацияси МИ билан боғлиқ эмас, МИ бошидан кечирган деярли 50% беморларда ЭКГ ўзгаришларсиз ёки кам маълумот беради, ЭКГ си меъёрида бўлган беморларнинг 2% ида эса МИ ривожланади.
 - ◆ ЎТТС борлиги гумон қилинган беморлар ЭКГ даги ўзгаришларига асосланиб, ЮИК мавжудлиги хавфи жиҳатидан уч тоифага ажратилади
 - ★ Юқори даражадаги хавф – ST сегментининг элевацияси ёки депрессияси ≥ 1 мм; Т тишчасининг бир неча прекардиал бўлимларидаги симметрик инверсияси; ЭКГ нинг ангиноз оғриқлар билан кечадиган динамик ўзгаришлари.
 - ★ Ўрта даражадаги хавф – ST сегментининг 0,5 – 1 мм депрессияси; кўкрак бўлимларида R тишчасинининг устунлиги Т тишчасининг инверсияси $T \geq 1$ мм.

- ✦ Паст даражадаги хавф – нормал ЭКГ; Т тишчасининг кўкрак бўлимларида R тишчалари устунлиги билан 1 мм дан камроққа зичлашиши ёки инверсияси.
- ◆ Куйидаги сабаблар ST сегменти эливациясининг асосида ётиши мумкин ✦ МИ бошидан ўтказган беморларда чап қоринчанинг сурункали аневризмаси ✦ Принцметал стенокардия ✦ Ўткир перикардит ✦ Қоринчаларнинг эрта реполяризацияси ✦ Чап қоринчанинг гипертрофияси ёки Гис боғлами чап оёқчасининг блокадаси (фақат V_{1-2} ёки V_3) ✦ Миокардит ✦ Жароҳатланиш ✦ Гиперкалиемиа (фақат V_{1-2}).
- ◆ ЭхоКГ ўтказиш ЭКГ кам ёки умуман маълумот бермаган беморларда, шунингдек аорта аневризмаси қатламланиши гумон қилинганда тавсия этилади. МИ ни бошидан кечирган беморларда ЭхоКГ ўтказилганда миокард маълум қисми қисқаришининг бузилиш зоналари аниқланади.
- ◆ Кўкрак қафаси аъзоларини рентгенография қилиш миокард ишемиясининг асоратларини аниқлаш имконини беради (ўпка шиши), шунингдек мавжуд белгиларнинг бошқа мумкин бўлган сабабларини (кўкрак бўлими аортаси аневризмасини, пневмония) истисно қилади.
- ◆ Беморларда ЭхоКГ ва ЭКГ кам маълумотли натижаларни берса, унда Тс – пирофосфат билан миокард скантинграфияси ўтказиш мумкин. Миокард ўткир шикастланган беморларда радиофарм препаратлар жароҳатланган зонада тўпланади.

ЎТТС билан касалланган беморларни текшириш натижаларининг таҳлили яқин орада МИ ривожланиши ёки ўлим билан тугайдиган ва тугамайдиган хавфли гуруҳларни ажратиш имконини беради.

• Юқори хавф.

- ◆ Тинч ҳолатдаги стенокардиянинг давомли (20 дақиқадан ошиқ) ҳуружлари.
- ◆ Миокард ишемияси билан боғлиқлик эҳтимоли катта бўлган ўпка шиши.
- ◆ ST сегментининг динамик ўзгариши билан кечадиган (элевация ≥ 1) тинч ҳолатдаги стенокардия ҳуружлари.
- ◆ Митрал регургитация шовқинининг юзага келиши ёки кучайиши билан кечадиган стенокардия.
- ◆ Юракнинг III тони ёки ўпкада нам хириллашлар пайдо бўлиши билан кечадиган стенокардия.
- ◆ Артериал гипотензия билан кечадиган стенокардия.

• Оралиқ хавф.

- ◆ Тиббий кўрик олдидан тўхтаган узоқ муддатли (давомийлиги 20 дақиқадан кўп) стенокардия ҳуружи.
- ◆ Тунги стенокардия.
- ◆ Т тишчасининг динамик ўзгаришлари билан кечадиган стенокардия ҳуружлари.
- ◆ Сўнгги 2 ҳафта давомида илк бор юзага келган III - IV функционал гуруҳ стенокардияси.

- ◆ Тинч ҳолатда қайд этилган ЭКГ нинг бир неча қисмларида Q патологик тишчалари ёки ST сегментининг ≤ 1 мм га ўзгариши.
- ◆ 65 ёшдан катта бўлганлар.
- **Паст даражали хавф.**
 - ◆ Стенокардия хуружларининг давомийлиги, интенсивлиги ва юзага келиш тезлигининг ошиши.
 - ◆ Стенокардия функционал синфининг ошиши.
 - ◆ Сўнгги 2 ҳафта – 2 ой оралиғида илк бор юзага келган стенокардия.
 - ◆ Меъёрдаги ёки аввалгилари билан солиштирилганда ўзгармаган ЭКГ.

ДИФФЕРЕНЦИАЛ ДИАГНОСТИКАСИ

Дастлаб оғриқ синдромини юзага келтириши мумкин бўлган, шошилишч биринчи ёрдам кўрсатиш, шифохонага ётқизишни талаб қиладиган бошқа сабабларни истисно қилиш керак • Аортанинг ўткир қаватланиши • ЎАТЭ • Қизилўнгачнинг йиртилиши (ёрилиши).

- Ўткир миокардит.
 - ОИТ нинг юқори бўлимларидан қон кетиши.
- Қуйида кўкрак қафасидаги оғриқ синдромининг бошқа эҳтимолли сабаблари келтирилган бўлиб, улар ЎТТС билан дифференциал диагностикани талаб этади.
- Гастроэзофагеал рефлюкс (оғриқнинг давомийлиги **5 - 60 минут**).
Оғриқ характери. Висцерал, кўкрак орқасидаги, тарқалмайдиган, ётган вақтда кучайиб, овқатлангандан сўнг ёки антацидлар қабул қилгандан сўнг энгиллашадиган.
 - Қизилўнгач спазми (**5 - 60 минут**).
Висцерал, тўсатдан юзага келадиган, кўкрак орқасидаги, совуқ суюқлик ичиш билан боғлиқ бўлган, нитратларни қабул қилгач энгиллашадиган.
 - Яра касалликлари (**соатлаб давом этади**).
Висцерал, эпигастрал, жиғилдон қайнаши билан кечадиган, овқатлангандан сўнг ёки антацидлар қабул қилгандан сўнг энгиллашадиган.
 - Ўт пуфаги касалликлари (**соатлаб давом этади**).
Висцерал, эпигастрал, кураклар орасидаги соҳага тарқаладиган, ЭКГ да Т тишчаларининг инверсияси бўлиши мумкин.
 - Бўйин қисми остеохондрози (оғриқ давомийлиги **ҳар хил**).
Юзаки, тана ҳолатига боғлиқ, бўйинда ва қўлларда жойлашган.
 - Скелет-мушак синдромлари (оғриқ давомийлиги **ҳар хил**).
Юзаки, тана ҳолатига боғлиқ, ҳаракат вақтида кучаяди, жойлашиш соҳасида зўриқиш.
 - Гипервентиляция (**2-3 минут**).
Висцерал, тўш ости, тахипноэ ва ҳаяжон/қўрқув билан.

- Тиреоидит (**барқарор**)
Ютиниш вақтида кучаяди, бўйин пальпациясида зўриқиш.

ДАВОЛАШ

ДАВОЛАШДАН МАҚСАД

- Шикастланган тож артериясининг ўтказувчанлигини таъминлаб туриш.
- Торайган артериядан қон оқиб ўтишини кўпайтириш.
- Миокарднинг кислородга бўлган эҳтиёжини камайтириш.
- Клиник кўринишлар намоён бўлишини бартараф этиш.
- МИ ва ўлим профилактикаси.

ШИФОХОНАГА ЁТҚИЗИШГА КЎРСАТМАЛАР

ЎТТС борлиги гумон қилинган бемор албатта шифохонага ётқизилиши шарт!

ШИФОХОНАГА ЁТҚИЗИЛГУНГАЧА БЎЛГАН БОСҚИЧ

- Кўкрак қафасида оғриқ бўлган беморлар худди миокард ишемиясига аниқланганлардек тадбирларга мухтож.
- Шифохонага ётқизилгунгача бўлган босқичда оғриқ белгисининг сабабини аниқлаш, индивидуал хавф ва йўлдош клиник кўринишларни (ҳансираш, гемодинамик беқарорлик, юрак ритмининг бузилиши) баҳолаш лозим.
- Пульсоксиметрия назорати остида қонда кислороднинг етарлича бўлишини таъминлаш лозим.
- Оғриқ белгисини бартараф қилиш керак.
- ДВ ♦ Ацетилсалицил кислота – 300 – 325 мг. лик дозаси буюрилиб, таблеткани чайнаш тавсия этилади ♦ Нитратлар – нитроглицерин ёки изосорбид динитрат (сублингвал ёки спрей кўринишида ҳар 5 минутда 1 та, кўпи билан 3 марта қабул қилинади), кейин в/и 1 минутда 5 – 10 мкг. тезликда томчилаб юборилади. Оғриқ синдроми сақланиб қолса, дозаси куйидаги ҳолатлар кузатилмагунча кўтарилади ✦ АБ 30% гача камайгунча (ёки систолик АБ 90 мм сим.уст. дан камайгунча) ✦ Кучли бош оғриғи ✦ Анальгетиклар –морфин (ҳар 5-15 минутда в/и 2 мг. дан)

ДОРИЛАРСИЗ ДАВОЛАШ

- Тинч ҳолатни таъминлаш.
- Чекишни ташлаш.
- Гиполипидемик парҳез.

ДОРИЛАР БИЛАН ДАВОЛАШ

БЕҚАРОР СТЕНОКАРДИЯ / ST СЕГМЕНТИНИНГ КЎТАРИЛИШИ СИЗ КЕЧАДИГАН МИОКАРД ИНФАРКТИ.

ЎТТС билан касалланган беморлар анчайин гетероген гуруҳни ташкил этишади ва уларни даволашда мавжуд хавф-хатар даражасига тўғри баҳо бера олишга асосланиши лозим.

Беқарор гемодинамикали хавфли ҳолатдаги беморлар.

ЎТТС нинг клиник кўринишлари бўлган, қийин назорат қилинадиган белгили, беқарор гемодинамикали ёки кардиоген шок ҳолатида бўлган беморлар шошилишч коронароангиография ва баллонли транслюминал ангиокластика ўтказиш учун махсус бўлимга юборилади.

Юқори хавф тоифасига кирувчи беморлар.

- Бу гуруҳга антиангинал даво ўтказилаётганлигига қарамай касаллик белгилари сақланиб қолаётган беморлар киради.
- ЭКГ да қуйидаги ўзгаришлар кузатилади:
 - ◆ Тахмин қилинаётган МИ нинг бир жойда жойлашишига хос икки ёки ундан ортиқ бўлимларида ST сегментининг 1 мм дан кўпроқ депрессияси.
 - ◆ Тахмин қилинаётган МИ нинг бир жойда жойлашишига хос икки ёки ундан кўп бўлимларида ST сегментининг 1 мм дан кам, 20 дақиқагача давом этадиган элевацияси.
 - ◆ Т тишчасининг 3 та ёки ундан кўп оёқ – қўл ёки 4 та ва ундан кўп кўкрак тармоқларида (V_1 дан ташқари) чуқур инверсия (3 мм. кўп).
 - ◆ Тропонин I миқдорини ошиши (0,3 дан юқори).
 - ◆ ТИМІ шкаласи бўйича хавф даражаси 2 баллдан юқори. ТИМІ шкаласи бўйича ҳар бир кўрсаткич 1 баллдан баҳоланади ✦ 65 дан юқори ёш ✦ юрак-қон томир касаллигининг 3 тадан ортиқ хавф омилининг борлиги ✦ тож томир артериясининг 50% дан ортиқ стенози ✦ ST сегментининг депрессияси ✦ охириги кунлар давомида 2 тадан ортиқ ангиноз ҳужумини кузатилиши ✦ охириги ҳафта давомида ацетилсалицил кислотасини қабул қилиниши ✦ тропонин I нинг юқори кўрсаткичи.
- Бу тоифага мансуб беморларга эрта интервенцион даво қўлланилиши лозим.

Паст хавф тоифасига кирувчи беморлар

- Бу гуруҳга юқори хавф тоифасига кирмайдиган, ЎТТС нинг клиник кўринишлари юзага чиққан беморлар киради.
- Бундай гуруҳ беморларига интервенцион даво қуйидаги ҳолатларда қўлланилади:
 - ◆ Миокард ишемияси билан алоқадор белгилар сақланиб қолган ёки қайталанган.
 - ◆ Жисмоний юклагани синама натижаси ижобий (бемор шифохонадан чиқишидан олдин коронароангиография ўтказилиши керак).
 - ◆ Сурункали юрак етишмовчилиги ёки чап қоринча қисқарувчанлигини пасайиши (қон отиш фракцияси 50% дан кам).
 - ◆ Анамнезида баллонли ангиопластиканинг ёки коронар шунтлашнинг борлиги.

- ◆ Қоринча ритмининг хаёт учун хавфли даражадаги бузилишлари.

ДОРИ ВОСИТАЛАРИ

- Қуйидаги антитромбоцитар ДВ қўллаш мумкин:
 - ◆ Ацетилсалицил кислотаси 160-325 мг. дозада ичиш (ёки чайнаш); дори воситаларини ича олмайдиган беморларга, суппозиториялар ҳолида бериш мумкин. Қарши кўрсатмалар: тасдиқланган ўта сезувчанлик, жигарнинг шикастланиши, тромбоцитопения, К витаминининг етишмовчилиги, гемостазнинг бузилиши, бронхиал астма.
 - ◆ Тиенопиридинлар.
 - ✦ Клопидогрел – кучайтирилган дозаси 300 мг. перорал, кейин кунига 75 мг. дан. Қарши кўрсатмалар: тасдиқланган ўта сезувчанлик, фаол қон кетиши, яра касаллиги зўрайиши, мияга қон қуйилиши.
 - ✦ Тиклопидин 250 мг. перорал кунда 2 марта. Қарши кўрсатмалар: тасдиқланган ўта сезувчанлик, нейтропения ёки тромбоцитопения, гемостазнинг бузилиши ёки фаол қон кетиши, жигар фаолиятидаги оғир ўзгаришлар.
 - ✦ Гликопротеинли II b / III a рецепторларининг блокаторлари.
 - ✦ Эптифибатид 180 мкг/кг. дозада болюс билан в/и, кейин 2 мкг/кг/минут тезликда тўхтовсиз инфузия кўринишида. Қарши кўрсатмалар: тасдиқланган ўта сезувчанлик, юқори АГ (систолик АБ 200 мм. сим.уст. дан юқори), тўхтамаётган ички қон кетиш, анамнезида мияга қон қуйилганлиги, мияда шиш борлиги, атериовеноз мальформация ёки мия томирларининг аневризмаси, ўткир перикардит, гемостазнинг бузилиши, олдинги ойда травма ёки инсульт, тромбоцитларнинг 100×10^9 /мм. дан кам бўлиши; анамнезида шу дори воситасини қўллаганда тромбоцитопениянинг ривожланишига кўрсатмалар, зардобдаги креатининнинг 176 мкмоль/л. дан кўп бўлиши.
 - ✦ Тирофибан 0,4 мкг/кг/минутда дозада 30 минут давомида, кейин 0,1 мкг/кг/минут тезликда инфузия билан. Буйрак етишмовчилиги бўлган беморларда (КФ 30 мл/минут) доза 2 баробар камайтирилиши керак. Қарши кўрсатмалар: эптифибатид билан бир хил.
 - ✦ Абциксимаб 0,25 мг/кг. дозада в/и болюс билан, кейин 0,125 мкг/кг/минут тезликда инфузия, кўпи билан 12 соат ичида 10 мкг/кг/минут. Қарши кўрсатмалар: эптифибатид билан даволангандагидек.
- Антикоагулянтлар.
 - ◆ Фракцияланмаган гепарин 80 ТБ/кг дозада в/и болюс билан, кейин 18 ТБ/кг/соат тезликда в/и инфузияда. Гипокоагуляция самараси АЧТВ (1,5 – 2,5 назорат кўрсаткичи) даражаси билан аниқланади. Қарши кўрсатмалар: тасдиқланган ўта сезувчанлик, ташхис қўйилган юқумли эндокардит, фаол қон кетиши, анамнезида гепарин билан индуцирланган тромбоцитопения бўлганлиги. Эҳтиёт чоралари: вена пункция қилинган жойдаги томирдан

ортиқча ва узоқ муддат қон кетаётганлигига эътибор бериш, оғир артериал гипотензия ёки шок ҳолатида бўлган беморларга эҳтиёткорлик билан қўллаш.

- ◆ Эноксипарин натрий ҳар 12 соат давомида тери остига 1 мг/кг. дозада ацетилсалицил кислотаси (кунда 100-325 мг.) билан биргаликда перорал. Қарши кўрсатмалар: тасдиқланган гиперсезувчанлик, қон кетиши, тромбоцитопения. Эҳтиёт чоралари: жигардаги трансаминазанинг фаоллигини ошиши ва гепарин билан боғлиқ тромбоцитопенияни вужудга келиши.
- β-Адреноблокаторлар.
 - ◆ Метопролол 5 мг. дозада секин в/и ҳар 5 минутда максимал доза 15 мг. га етгунча ёки кутилаётган ЮУС (60 атрофида) га эришилганда; кейин 25 – 50 мг. дан перорал ҳар 6 соатда.
 - ◆ Атенолол 5 мг. дозада в/и, кейин 50-100 мг. дан 1 кунда 1 марта.
 - ◆ Пропранолол 0,5-1 мг. дозада в/и, кейин 40 – 80 мг. ҳар 6 – 8 соатда.
 - ◆ Эсмолол 0,1 мг/кг/минут дозада в/и.
- Чап қоринча миокардининг қисқарувчанлик хусусияти сақланган беморлар β-адреноблокаторларни қабул қила олмаса, уларга таркибида гидропиридин бўлмаган кальций каналининг блокаторлари (дилтиазем, верапамил) ни қўллаш мумкин.
- ААФ ингибиторлари.
- Статинлар.

ST СЕГМЕНТИНИНГ КЎТАРИЛИШИ БИЛАН КЕЧАДИГАН МИОКАРД ИНФАРКТИ

ЎТТС нинг клиник кўринишлари бор, бир соҳага тегишли икки ёки ундан ортиқ тармоқларда ST сегментининг кўтарилиши кузатилган, шунингдек Гис боғламининг чап оёқчаси блокадаси бўлган беморларда тромболитик даво ўтказиш тавсия этилади.

- Ангиноз ҳужумининг давомийлиги 30 дақиқадан ортиқ.
- Нитроглицеринни сублингвал қабул қилгандан кейин ЭКГ да мусбат динамиканинг йўқлиги.
- Оғриқ белгисининг кузатилганига 12 соатдан кўп бўлмаганлиги.
- Бемор клиник ўлим ҳолатида келтирилган бўлса (тўсатдан тож томир ўлими).

Қўлланиладиган тромболитик воситаларнинг тавсифномаси:

- Стрептокиназа (60 минут давомида 1,5 млн. ТБ в/и). Гепарин юборишга эҳтиёж йўқ. Аллергик реакция кузатилиши мумкин.
- Алтеплаза (15 мг. в/и болюс билан, кейин 30 минут давомида 0,75 мг/кг., кейин 60 минут давомида 0,5 мг/кг.). Гепарин юбориш зарур.
- Проурокиназа (2 млн. ТБ в/и болюс билан, кейин 60 минут давомида 6 млн. ТБ). Гепарин юбориш керак.

Тромболитик давонинг самарадорлиги ST сегментининг 1,5 соат ичида бошланғич элевациясидан 75% га камайишига қараб баҳоланади.

ST сегментининг кўтарилиши билан кечадиган миокард инфаркти билан чалинган беморларни даволаш тактикаси қуйидаги дори воситаларини қўллашни кўзда тутади.

- Ацетилсалицил кислотаси.
- β -адреноблокаторлари.
- Анальгетиклар (морфин).
- ААФ ингибиторлари.
- Нитратлар.
- Гепарин ♦ Фракцияланмаган гепарин ♦ Паст молекулали гепарин.
- Пв / Ша гликопротеин рецепторларининг блокаторлари.
- Антиаритмик дорилар ♦ Лидокаинни профилактик мақсадда юбориш яхши натижа бермаган ♦ МИ ни ўтказган беморларга I гуруҳ антиаритмик дори воситаларини қўллаш ман этилган ♦ Қоринча ритмининг мураккаб бузилиши бўлган беморлар учун танланган препарат – амиодарон.
- Диуретиклар ♦ Илмоқ диуретиклари юрак етишовчилигининг клиник кўриниши бўлган беморларга берилади ♦ Ўнг қоринча шикастланиши билан кечадиган пастки миокард инфарктига чалинган беморларга илмоқ диуретикларини бермаслик керак.
- Вазопрессорлар/ижобий инотроп таъсирга эга бўлган дори воситалари – допамин (5-20 мкг/кг/минут) ёки добутамин (2,5-20 мкг/кг/минут), кардиоген шок ҳолатининг клиник кўринишларида буюрилади (систолик АБ 90 мм. сим.уст. дан кичик, юрак индекси $\leq 2,2$ л/кг/м²).

ХИРУРГИК ДАВО

ЎТТС бўлган беморларга бир қатор ҳолатларда қуйидаги инвазив муолажалар қўлланилади:

- Тож томирларининг транслюминал баллонли ангиопластикаси, интраваскуляр эндопротезлар (стентлар) имплантацияси билан. Бу амалиёт қайталанадиган стенокардияда, тинч ҳолатда ёки минимал фаолликда пайдо бўладиган ишемияда, тропонинлар миқдорининг ошишида, яқинда пайдо бўлган ST сегментининг депрессиясида, сурункали юрак етишмовчилигининг клиник кўринишларида ёки миокарднинг қисқарувчанлик фаолияти пасайишида, гемодинамик беқарорликда, турғун қоринча тахикардиясида, ўтган 6 ой ичида баллон ангиопластикаси ва тож томирларини шунтлаш операцияси ўтказилганда амалга оширилади.
- Шошилиш тож томирларни шунтлаш операцияси (беқарор гемодинамикали ва миокард ишемияси сақланиб қолган беморларда баллон ангиопластикаси муваффақиятсиз ўтказилганда).

- Вақтинчалик электрокардиостимуляция – асистолияли беморларда, яққол ифодаланган брадикардияда, Гис тутами икала оёқчаси блокадасида ёки 2 тип АВ блокаданинг II босқичида.
- Ички аортал баллон контрпульсацияси – кардиоген шок бўлган беморларга.

БЕМОРГА ЎРГАТИШ

- Беморга уни касали табиатини, беқарор ҳолатнинг ривожланишига олиб келиши мумкин бўлган сабабларни тушунтириш лозим.
- Беморга чекишни ташлаш кераклигини қатъий ўқтириш зарур.
- Бемор шифокор тавсия этган маслаҳатларни бажариш зарурлигини аниқ тушунаётганлигига ишонч хо қилиш керак.
- Беморга стенокардия хуружида қандай даво усули қўлланилиши лозимлигини батаф ўқтириш.
- Беморга беқарор стенокардия белгилари ва унинг профилактикаси бўйича кўрилиши лозим бўлган чора-тадбирларни айтиб бериш (тасвирлаб бериш) лозим.

МУТАХАССИС МАСЛАҲАТИГА КЎРСАТМАЛАР

- Беморни кейинги даволаш тактикасига тегишли масалалар бўйича кардиолог маслаҳати қуйидаги ҳолларда зарур ♦ Кам маълумотли ЭКГ си булган беморларда ЎТТС га шубҳа уйғотувчи клиник белгиларнинг бўлиши ♦ Интенсив антиангинал давога чидамли бўлган беморлар ♦ Ўткир клапан дисфункциясининг борлиги ♦ Яққол ифодаланган аортал стенознинг мавжудлиги.
- Юқори хавф тоифасига кирувчи беморларга интервенцион кардиология бўйича мутахассиснинг даволаш тахтикасини белгилаш борасидаги маслаҳати.
- Углевод алмашинувини декомпенсация белгилари бўлган беморни даволаш тактикаси бўйича эндокринолог маслаҳати.

КЕЙИНГИ ЧОРА - ТАДБИРЛАР

- Кўкрак қафасида оғриқ белгиси бўлган бемор ЎТТС инкор қилингандан кейин шифохонага ётқизилмаган бўлса, уни яқин 48 – 72 соат ичида назорат текширувидан ўтказиш лозим.
- Агар бемор ЎТТС бор деб гумон қилиниб, шифохонага ётқизилган бўлса, назорат текширувини шифохонадан чиққанидан кейин юқори хавф тоифасидаги беморларга 1-2 ҳафтада 1 марта, хавф юқори бўлмаган тоифага кирувчи беморларга 2-6 ҳафтада 1 марта ўтказиш лозим
- Беморнинг ҳар бир қабулга келишида унинг турмуш тарзини ўзгартириш бўйича тадбирларни бажараётганлигини ва дори воситаларини қабул қилиш тартибига риоя қилаётганини назорат қилиш керак.

- Хавф омилини баҳолаш ва даволаш (биринчи навбатда АБ ни, гиперлипидемияни ва гипергликемияни) лозим.

ПРОГНОЗИ

- Ўз вақтида ташхис қўйилганда ва тўғри даволанганда беқарор стенокардияси бўлган беморларнинг 80-90% ида оғриқ белгиси 48 соат давомида йўқолади.
- Беқарор стенокардияси бўлган беморларда жиддий асоратлар (ўлим, МИ, шошилиш риваскуляризациянинг зарурлиги) келиб чиқиши дастлабки 7 кун ичида шифохонага ётқизилган беморларда 5-7%; дастлабки 30 кун ичида шифохонага ётқизилган беморларда 15% ни ташкил этади.
- Беқарор стенокардияси бўлган беморларнинг 5-15% клиник кўринишлар ривожлангандан бошлаб бир йил ичида вафот этадилар.
- Касалликнинг кечиши хилма – хил бўлиши билан характерланади.
- Беқарор стенокардияси бўлган беморларнинг прогнози барқарор стенокардияси бўлган беморлардаги прогноздан катта фарқ қилмаса ҳам, риваскуляризация ўтказиш биринчи гуруҳдагилар прогнозини анча яхшилайти.

ҚАВАТЛАНУВЧИ АОРТА АНЕВРИЗМАСИ

Аортанинг қаватма – қават бўлиб кенгайиши аорта қобиғида нуқсон борлиги сабабли томир деворида қоннинг қаватлашиб қолиши натижасида келиб чиқади. Қон босим билан нуқсон орқали ўтиб томир девори ичида гематома ва томир ичида йўл ҳо қилади. Бу йўл ҳақиқий аорта томир ўзани билан бир неча жойда бирлашиши мумкин. Аорта деворининг қаватланиб кенгайиши унинг турли соҳаларида, лекин кўпинча аорта клапанидан 5 см. нарида ва чап ўмров ости артериясининг бошланиш жойида кузатилади. **Учраши:** Касалхонага ётқизилган ҳар 10 000 бемордан 1 таси, ҳар 350 та ўлган беморлардан яна шунчаси қаватланувчи аорта аневризмаси билан касалланганлиги аниқланади. **Жинсий устунлиги:** эркеклар (3:1).

Генетик аспектлари • Эрдхайм синдроми: ўрта қобикнинг кистали некрози; ўрта қаватининг нобуд бўлиши, эластик тузилмаларининг бузилиши натижасида тирқишлар ва бўшлиқлар ҳо бўлади; аортанинг туғма қўш тавақали клапани • Марфан синдроми • Элерс – Данло – Русаков синдроми.

Хавфли омиллар • Артериал гипертензия • Ҳомиладорлик • Ирсий мойиллик.

Дебейканинг анатомик классификацияси • I тип аорта ҳамма қисмларининг ёнбош ва сон артерияларига қадар қаватланиб кенгайиши • II тип аортанинг фақат юқорига кўтарилувчи қисмининг зарарланиши • III тип аортанинг чап ўмров ости артерияси бошланган қисмидан дисталроқ томонида учрайди.

Клиник манзараси • Асосий белгиси – кўкрак қафасида зўрайиб борувчи оғриқ. Артериал босимнинг кўтарилиши (кейинчалик пасайиши) • I – II типларда зўрайиб

борувчи юрак ва у билан кечувчи аорта етишмовчилиги ривожланиши мумкин • Кўлда ёки оёқда пульсинг бир хил бўлмаслиги (ҳамма вақт эмас) кузатилади.

Махсус текширувлар • ЭКГ – чап қоринча гипертрофияси, ST сегменти ва T тишчасида специфик бўлмаган ўзгаришлар, тампонада бўлганда тишчалар амплитудасининг пасайиши. ЭхоКГ–Вальсальва синуси ва кўтарилувчи аортанинг кенгайганлиги. Перикард бўшлиғида суюқлик бўлиши, аорта клапани етишмовчилиги кузатилади • Кўкрак қафасини рентгенологик текшириш: кўкс оралиғи юқори қисмининг кенгайиши, чап томон плевра бўшлиғида суюқлик тўпланиши, ёй контурининг аниқ эмаслиги ёки аорта равоғи диаметрининг катталаниши, аортанинг икки қаватли равоғи, трахеянинг ўнг томонга жиши, юрак соясини кенгайиши • Кўкрак қафаси аъзоларини КТ ва МРТ – икки тарафлама аорта сояси, аорта соясида ички қобик парчаси, ҳақиқий аорта соясини сохтаси билан боиши • Аортаграфия – аорта ёриғи икки тарафлама, аорта ёриғида ички қобик парчаси, ҳақиқий аорта ёриғини сохтаси билан боиши, тўлишишдаги нуқсон (ярани эслатувчи), интрамурал бўшлиққа контрастни оқиши, аорта етишмовчилиги • Қизилўнғач орқали эхоКТ.

Дифференциал диагностикаси • МИ • Стенокардия ҳуружи • ЎАТЭ • Пневмония • Плеврит • Перикардит • Пневмоторакс • Ўткир панкреатит • Ошқозон ва ўн икки бармоқ ичак яраси тешилиши.

ДАВОЛАШ

Давони олиб бориш тамойиллари • Хирургик даволаш (аорта сегментини протезлаш). Кўрсатмалар:

- ◆ Яққол ифодаланган аорта етишмовчилиги.
- ◆ Перикард ва плевра бўшлиғига қон ўтиши натижасида ёрилиб кетиш хавфи.
- ◆ Аорта асосий тармоқларининг торайиб қолиши.
- ◆ Консерватив даво натижа бермаганда • Ҳаётий муҳим аъзолар фаолияти ва қон айланишини назорат қилиш зарурлиги.
- ◆ Диурезни назорат қилиш учун қовуққа катетер қўйиш.
- ◆ Суон – Ганц катетеридан фойдаланиш вазоактив ва миокард қисқаришини пасайтирувчи дори воситаларини қўллаганда юрак фаолиятига баҳолашда беришда ёрдам беради.

Дорилар билан даволаш – асорат бермаган III типдаги касалланишда АБ ни тушириш, хусусан юракнинг қон ҳайдашини пасайтириш орқали гематома ҳажмини кичрайтиради ва аорта ички қобиғининг давом этаётган ёрилиб кетишини тўхтатади.

Танлов препаратлари • Юрак қисқаришлари меъёрига келгунча (1 минутда 60 – 70 марта) ҳар 5 минутда 0,5 – 1 мг. пропранолол в/и • Систолик АБ 100 – 110 мм сим.уст. га тушгунга қадар натрий нитропроуссид в/и.

Мукобил препаратлар • Ҳар 4 – 8 соатда 0,5 – 2 мг. резерпин мушак орасига (1 – 3 соатдан сўнг таъсир қилади) • Метилдопа 250 – 500 мг. дан ҳар 6 соатда (таъсири 4 – 6 соат ўтгач бошланиб, 10 – 12 соат давом этади).

Кузатиш • АБ ни (систолик) 120 мм. сим.уст. ёки ундан пастроқ даражада сақлаб туриш • Кўкрак қафаси рентгенографияси • Беморлар шифохонадан чиққанларидан сўнг 1 ой ўтгач, кейин эса ҳар 3 ойда текширувдан ўтказиб туриш • Кўкрак ва бел соҳасидаги оғриқ, аорта етишмовчилиги, аортанинг рентгенда халтасимон кенгайиши белгиларига алоҳида эътибор қаратиш.

Асоратлари • Аорта ёрилиши ҳамда шок келиб чиқиши ва ўлим билан тугаши • Аорта тармоқлари тромбози туфайли аъзоларнинг қон билан таъминланишининг ўткир ва сурункали етишмовчилиги • Аорта клапани етишмовчилигининг зўрайиб бориши.

Кечиши ва прогнози. Ўлим одатда юрак тампонадаси ва аорта ёрилиши натижасида рўй беради • Даво чоралари кўрилмаган беморларнинг 25%, 2 ҳафта ичида 60%, 3 ой ичида 90% да ўлим рўй беради • Касалхонага ётқизилган беморларнинг 70% яшаб кетиши мумкин • Аортанинг кўтарилувчи қисми аневризмаси билан касалланган беморларда хирургик даво эрта бажарилганда ўлим 29–38% ни ташкил этади • Операция қилинган барча беморларнинг 40% 10 йилгача яшаш эҳтимоли бор • Қайта касалланиш ҳоллари 5 йил ичида 13%, 10 йил ичида 23% ни ташкил қилади.

ХКК – 10 • I71.0 Аортанинг қаватма – қават бўлиб кенгайиши (ҳар қандай қисмидан)

Эслатма. Оғриқ синдромини наркотик анальгетиклар билан ҳам қолдириш қийин.

ҚОВУРҒАЛАРАРО НЕРВЛАР НЕВРОПАТИЯСИ

Қовурғалараро нервлар невропатияси – туннел невропатияси варианты бўлиб, унинг турли сатҳларда эзилиши, қииши натижасида келиб чиқади.

Этиологияси • Туннел невропатиялари ҳамда ички ва ташқи қовурғалараро мушаклар оралиғидаги эзилиш.

Клиник манзараси • Қовурғалараро соҳа пайпаслаб кўрилганда пайдо бўлган ўсмасимон ҳоаларда оғриқ. Пайпаслаб ва дуккиллантиб кўрилганда оғриқларни тегишли нерв толалари иннервацияси бўйича тарқалиши • Қовурғаларнинг ўта ҳаракатчан бўлган қисмида (VIII, IX, X қовурғалар) «қовурға учи» белгиси кузатилиши. Бундан қовурғалараро нервлар бўйлаб оғриқлар кескин ҳаракатлар натижасида (йўтал, аксириш) ёки синхрон равишда нафас олиш билан боғлиқ бўлиши • Қориннинг тўғри мушаклари фасциал ёриқларида 7 – 12 қовурғалараро нервларнинг олдинги тармоғининг эзилиши (бунда битта ёки бир нечта тармоқларнинг иштироки кузатилади) қорин соҳасида кучли оғриқларнинг келиб

чиқишига сабабли олдинги қорин девори кузатилади.

мушакларининг таранглашиши

Дифференциал диагностикаси • Орқа мия ўсмалари • Умуртқа поғонаси касалликларида кузатиладиган оғриқлар (остеохондроз, Бехтерев касаллиги, метастазлар, касаллиги ва бошқалар) • Ўраб оладиган темирлатки • Бирламчи висцерал касалликлар: ЮИК, қорин бўшлиғининг ўткир патологиялари.

Даволаш • Нервни ўраб турадиган тегишли каналларга ГК (гидрокартизон прокаин билан ёки усиз) инъекцияси • ГК наф бермаганда, ҳаракат ва сезувчанлик бузилганда операция амалиёти – декомпрессия ва невролиз • Операциядан кейин тикланиш даврида даволаш физкультураси.

Синоними. Қовурғалараро невралгия.

ХКК – 10 • G58.0 Қовурғалараро невралгия.

ҚАЙТАЛАНУВЧИ ПОЛИХОНДРИТ

Қайталанувчи полихондрит – этиологияси аниқланмаган яллиғланиш касаллигидир. Бу касаллик кўриш аъзоларини, юрак қон томирлар тизимини ва тоғайсимон тузилмаларнинг зарарланишига олиб келади. Асосан 40 – 60 ёшли кишиларда учрайди.

Ирсий аспектлари. Оилавий касалланиш ҳоллари рўйхатга олинган.

Этиологияси ва патогенези. Этиологияси аниқланмаган. Патогенезида II типдаги коллагенлар АТ лари аҳамиятга эга деган маълумотлар мавжуд.

Патоморфологияси • Тоғай матриксининг гликозаминогликонларни йўқотиши • Тоғайнинг лимфацитлар ва плазматик хужайралардан инфильтрацияси • Грануляцияон тўқималарнинг ҳо бўлиши • Сўнгги босқич – фиброз.

Клиник манзараси • Тоғайларнинг зарарланиши ♦ Оғриқлар кузатилиши, ташқи кулоқнинг қизариши ♦ Шиш, тўқималарнинг юмшаши, буруннинг эгарсимон деформацияси ♦ Ринория ♦ Қизилўнғач ва трахея тоғайининг зарарланиши - қон тупуриш, овознинг бўғилиши, нафас олишнинг қийинлашиши, қайталанувчи пневмониялар • Шиллик қаватларнинг зарарланиши: оғиз бўшлиғи ва жинсий аъзоларда яралар пайдо бўлиши • Кўзлар зарарланиши: кератит, конъюнктивит, склерит, эписклерит, увеит • Периферик бўғимларнинг зарарланиши: умуртқа поғонасини асимметрик кўчиб юрувчи артрити, сурункали симметрик артрит, қовурға суяк қисмлари ва тоғайлари орасидаги бирикмаларининг зарарланиши • Тери лейкоцитокластик васкулити ♦ Тромбофлебит ёки тугунчали эритемани эслатувчи тери ости лимфа тугунларидаги кўчиб юрувчи оғриқлар ♦ Панникулит ♦ Тўрсимон ливедо шаклдаги эритема • Буйракларнинг зарарланиши: ўчоғли пролифератив гломерулонефрит, йирик артериялар аневризмаси, сегментар некрозланувчи гломерулонефрит • Юрак – томирлар тизимининг зарарланиши: чўзилиши сабабли артериал клапан етишмовчилиги • Асаб тизимининг

зарарланиши: аралаш сенсомотор невропатияси (VIII жуфт нервнинг зарарланиши, эшитишнинг пасайиши, вестибулопатия) • Иситма. невропатия, бош мия нервлари

Лаборатор маълумотлар • Камқонлик • Касалликни ўткир даврида ЭЧТ ошиши • Қон зардобида РО ни аниқлаш • Криоглобулинемия • Синовиал суюқлик анализида – яллиғланишга хос ўзгаришлар (нейтрофилли лейкоцитоз).

Инструментал маълумотлар • Рентгенологик текшириш – бурун тоғайлари • КТ • Қизилўнғач, трахеяда кальцификатлар, тоғайлар биопсиясида яллиғли инфильтрация, некроз, фиброз.

Диагностик тактика. Диагностик мезонлардан фойдаланилади, агар бирорта шубҳа туғилса, биопсия қилинади. Шуни ҳам эсда тутиш жоизки, қайталанувчи полихондрит бошқа ревматик касалликлар билан биргаликда ҳам ривожланиши мумкин. Ташхис қўйиш учун иккита катта ёки битта катта ва иккита кичик мезонлар кифоя қилади • Катта мезонлар ♦ Кулоқ супраси билатерал хондрити ♦ Ҳалқум ва трахея тоғайлари хондрити ♦ Бурун хондрити • Кичик мезонлар ♦ Офтальмологик белгилар (кератит, конъюнктивит, склерит, эписклерит, увеит) ♦ Бош айланиши ♦ Эшитувни йўқотиш ♦ Серонегатив полиартрит.

Дифференциал диагностикаси • Вегенер гранулематози • Такаясу артерити • Ревматоид артрит • СҚВ • Заҳм.

ДАВОЛАШ

Умумий тактика. Иммунодепрессив даво – яллиғланишдаги ўзгаришларни қайтариш, зарарланган аъзоларнинг қайтмас ҳолларида – хирургик даволаш.

Дорилар билан даволаш • ЯҚНДВ, масалан, индометацин 100 – 150 мг/кунда, диклофенак 100 – 150 мг/кунда • Иммунодепрессив даво – ҳарорат кўтарилиши, полисиндром кечиши, монодаво ўтказиш натижасида самара кузатилмаслиги ♦ ГК ♦ Преднизолон 30 – 60 мг/кунда дозани пасайтириш билан клиник самара юзага келгунга қадар, кейинчалик дорини тўхтатиш ёки миқдорини камайтириш 10 – 15 мг/кунда ♦ Офтальмологик ўзгаришлар ёки зарарланишларда – кўз ичига инъекция қилинади ♦ ГК билан даволашга чидамли бўлган ҳолларда циклофосфамид ёки азатиоприн қўлланилади.

Хирургик даволаш • Аорта клапанларини протезлаш • Ҳиқилдоқ шишида – трахеостомия • Трахеянинг тоғай ҳалқалари зарарланганда ушлаб турувчи каркаслар ўрнатиш.

ХКК – 10 • М94.1 Қайталанувчи полихондрит.

Илова. Қовурғалар хондрити. Қовурғалар тоғайи шиши ва оғриқ хуружлари билан ажралиб туради. **Учраши.** Кўкрак қафасидаги ҳамма оғриқларда 10 %, ўсмирларда 15 – 20 %. **Клиник кўриниши** • Нафас олишда, йўталишда зўрайиб борувчи кўкрак қафаси олдинги сатҳидаги оғриқлар • Қовурға тоғайларининг шиши ва оғриқлар асосан иккинчи ва учинчи қовурға – тоғай бирикмаларида

кузатилади • Периферик бўғимлар ва ички аъзоларда ўзгаришлар учрамайди. **Рентген текшируви** – кўпинча қовурға тоғайлари кальцификацияси аниқланса ҳам, лекин у диагностик аҳамиятга эга эмас. **Дифференциал диагностикаси** • Стенокардия • Медиастинал ўсмалар • Бирламчи хавфли ўпка ўсмалари • Плазмоцитомалар • Простата беши ўсмаси • Қовурғалар саркомаси • Анкилозловчи спондилоартрит • Реактив артрит • Ревматоид артрит. **Даволаш** • ЯҚНДВ • Гидрокортизон 20 – 30 мг. 3 – 5 мл. 0,5 – 1 % прокаин эритмасида. **Синонимлари:** қовурғалар дистрофияси, Титце касаллиги (синдроми), тўш суяги синдроми, парастернал хондродина, олдинги кўкрак девори, қовурға – тоғай бирикмаси синдроми.

ХКК – 10 • М94.0 Қовурға тоғай бирикмалари (Титце) синдроми • **Н94** Тоғайларнинг бошқа зарарланишлари.

КЎКС ОРАЛИҒИ ЎСМАЛАРИ

Хавфсиз кўкс оралиқ ўсмалари, хавфли ўсмаларга нисбатан кўпроқ учрайди (4:1). Улар аксарият ҳолларда тератома ва невриномадир. Хавфли ўсмалар ичида эса – лимфоид тўқима ўсмалари икки баробар кўпроқ аниқланади.

Классификацияси • Хавфсиз ўсмалар ♦ Тиома ♦ Тератома ♦ Нейтроген ўсмалар (невринома) ♦ Бириктирувчи тўқима ўсмалари (липома, хондрома) ♦ Томир ўсмалари (гемангиомалар) ♦ Бронхоген кисталар ♦ Перикард кисталари • Хавфли ўсмалар ♦ Лимфома ♦ Герминома ♦ Нейробластомалар.

ОЛДИНГИ КЎКС ОРАЛИҒИ ЎСМАЛАРИ

- **Дермоид кисталар** (тератома) ♦ **Учраши.** Асосан ўсмирларда учрайди. 80 % ҳолларда бу ўсмалар хавфсиз ҳисобланади ♦ **Этиологияси.** Тератомалар айрисимон без каби эмбрионал ютқин чўнтагидан пайдо бўлади ♦ **Патологик анатомияси.** Тератома таркибига ҳамма зародиш барглари, хусусан эктодермал, эндодермал ва мезодермал элемент унумлари киради **Диагнози.** Тератома рентгенографияда аниқланади. Рентгенографияда улар лик деворли кисталар ёки зич гомоген сояларга ўхшаш бўлиб, ички қисмлари кальцийга бой бўлади. Ўсмалар ички қисмида ҳар хил ҳоаларни аниқлаш мумкин (масалан, тишлар). Инфекцион асоратлар бошланишидан ёки хавфли ўзгаришлардан олдин бу кисталардан одатда ҳеч қандай белгилар пайдо бўлмайди ♦ **Даволаш.** Торакотомияда ўсимта тўлиқ олиб ташланади.
- **Тимома** (айрисимон без ўсмаси) ♦ **Учраши.** Барча ёшда, кўпроқ 50 – 60 ёшли одамларда учрайди ва 40 – 50 % беморларда оғир псевдопаралитик миастенияга олиб келади ♦ **Морфологияси** ★ Ўсмалар хужайра табиати бўйича лимфоид, эпителиал, дуксимон ёки аралаш бўлиши мумкин ★ 2/3 тимомалар хавфсиз ўсимталар деб баҳоланади; улардан 10 % оддий кисталар кўринишида бўлади ★ Эпителиал тимомаларда касаллик оқибати яхши эмас, дуксимон хужайрали

тимомаларда бирмунча яхши ✦ Хавфсиз ўсимтани хавфли ўсимтадан фарқи атрофдаги тўқималарни шикастлашига боғлиқ. Хавфсизлари атрофида капсуласи бўлади. Хавфли ўсимталар инвазив, улар яқин аъзолар ёки плеврал бўшлиққа ўсиб киради. Лекин метастаз бериши камдан – кам учрайди ✦ **Диагнози** ✦ Тимомали беморларда белгилар бўлмайди ва тана кўкрак қисми рентгенографиясида ўсимта тасодифан аниқланади. Белгиларнинг юзага чиқиши хавфли ўсимтанинг тарқалишига боғлиқ. Улар беморнинг кўкрак соҳасида оғриқ, нафас қисиши ва юқори ковак вена синдроми ✦ **Диагностикада** рентгенография, КТ ёки МРТ ёрдамида кўкрак соҳасини текшириш усуллари ёрдам беради. Бунда кўкс оралиғида тимус ўсмаси борлигини аниқлаш керак. Псевдопаралитик миастения кўшилиб келади ва бу касаллик асосан тана кўкрак қисмининг ён тарафдан рентген қилинганда аниқланади. Тўғри олинганда ўсимта йирик томирлар соясига яшириниши мумкин ✦ **Хирургик даво.** Айрисимон без ўсимталари торакотомия қилиб олиб ташланади ✦ Оғир миастения билан давом этмайдиган тимомалар: уларни олиб ташлаш учун кўкс оралиғи аъзоларини текшириш лозим ✦ Операциядан олдин нурлантириш, айниқса шубҳали лимфоид тимомаларни назардан чиқармаслик керак, чунки уларнинг нурсезувчанлиги юқори бўлади ✦ Хавфсиз ўсимталар олиб ташланади ✦ Хавфли ўсимталар иложи бўлса, атрофдаги тўқималар билан бирга бартараф қилинади. Агар бунинг иложи бўлмаса, операциядан сўнг нурлантирилади ✦ Тимомаларда кимё ва иммунодаво яхши натижа бермайди ва оғир миастенияга олиб келиши мумкин.

- **Бириктирувчи тўқимадан хо бўлган ўсмалар** ✦ **Учраши.** Кўкс оралиғи ўсмалари орасида учинчи ўринни эгаллайди ✦ **Морфологияси.** Ўсимталар фиброма, липома, хондрома, миксомалардан иборат ✦ **Диагнози.** Бу касалликларда беморлар шикоят қилмайди ва рентгенографияда аниқланади. Улар кўкс оралиғининг юқори ва пастки қисмларида жойлашади ва аниқ чегараси бўлмайди ✦ **Давоси.** Хирургик операция ✦ **Прогнози** яхши.

ОРҚА КЎКС ОРАЛИҒИ ЎСМАЛАРИ

- **Нейроген ўсмалар** (невриномалар) ✦ **Учраши.** Улар кўкс оралиғи ўсмалари ичида иккинчи ўринни эгаллайди. Невриномалар нейрофиброматоз белги билан намоён бўлади (фон Реклингхаузен касаллиги) ✦ **Этиологияси.** Бу ўсимталар симпатик ўзак ва адашган нерв хужайралари, мия пардалари ва қовурғалараро нервлардан ривожланади. Аксарият ҳолларда кўкс оралиғи аъзоларининг юқори ва орқа қисмида жойлашади ✦ **Морфологияси.** Шваннома, невролеммома, ганглионеврома ва нейрофибриомалар ✦ **Диагнози.** Невринома билан касалланган кўпчилик беморларда шикоятлар бўлмайди. Ташҳис рентгенография орқали аниқланади ва кўкрак қафаси КТ қилинади. Орқа мия канали бўшлиғини ўсма эзганда неврологик белгилар бўлиши мумкин. Рентгенографияда бу думалоқ шаклдаги сояга ўхшаб кўринади. Уларнинг чегараси аниқ ва курак –

умуртқа бурчаги орасида жойлашади ♦ **Давоси.** Торакотомия, ўсмани олиб ташлаш ♦ **Прогнози** беиён.

- **Томир ўсмалари** (гемангиома, лимфангиомалар) камдан – кам учрайди ♦ **Этиологияси.** Қон томир ва лимфа томирлари элементларидан ривожланади ♦ **Морфологияси.** Томирлардан шаклланган тузилмалардан иборат. Кўпинча хавфли ўсмага айланади ♦ **Диагнози.** Рентгенография ва КТ орқали аниқланади ♦ **Давоси.** Хирургик.
- **Бронхоген кисталар.** Кўпроқ аёлларда учрайди ♦ **Морфологияси.** Юпқа деворли тузилмалар ичида рангсиз шилимшиқ бўлади. Киста девори эпителий билан қопланган ♦ **Диагнози.** Рентгенография ♦ **Давоси.** Хирургик.
- **Перикард кисталари.** Тиниқ суюқлиги бўлган юпқа деворли тузилмалар, суюқлик ажратилганда осонликча ёрилади. Кўкс оралиғининг пастки қисмида жойлашади ва бир қаватли эпителий билан қопланган.

КЎКС ОРАЛИҒИНИНГ ХАВФЛИ ЎСМАЛАРИ

- **Лимфома.** Асосан лимфомали беморларда 50 % учрайди (Ходжкен касаллиги). ♦ **Белгилари:** йўтал, кўкрак соҳасида оғриқ, иситма, тана вазнининг камайиши ♦ **Диагнози.** Рентгенография ва лимфа тугунларининг биопсияси билан тасдиқланади ♦ **Хирургик даво** тавсия қилинмайди. Кимё ва нур билан даволанади.
- **Герминомалар.** Эмбрионал пушталардан келиб чиққан ўсмалар. Нормада сперматозоидлар ва тухум ҳужайраларга тахассуслашади. Бу ўсмалар кўкс оралиғи ўсмаларининг 1 % дан кам қисмини ташкил этади. Уларнинг метастазлари лимфа тугунлари, плевра, жигар, суякларда ва қорин пардаси орти бўшлиғида қайд қилинади.
- **Гистологик** типлари ✦ Семинома ✦ Эмбрионал ҳужайрали саркома ✦ Тератокарцинома ✦ Хориокарцинома ✦ Эндодермал синус ўсмаси ♦ **Белгилари:** кўкракда оғриқ, йўтал ва қайтувчан ҳикилдоқ нерви зарарланганда товуш бўғилиши ♦ **Диагнози.** Нур диагностикасининг турли усуллари (кўкрак қафаси аъзолари рентгенографияси, МРТ, КТ) ♦ **Хирургик даволаш.** Ўсма имкон борича олиб ташланади ♦ **Қўшимча даво.** Семиномалар нур ва кимёдавога ғоят сезувчан.

ХКК – 10 • С38 Юрак, кўкс оралиғи ва плевранинг хавфли ўсмаси • **С78.1** Кўкс оралиғининг хавфли ўсмаси • **D15.2** Кўкс оралиғининг хавфсиз ўсмаси.

ДИАФРАГМА ЧУРРАСИ

Диафрагма чурраси катта одамларда кўпинча диафрагманинг олдинги қисмида аниқланади (парастернал).

Этиологияси • Ташхиси аниқланмаган туғма чурра (туғма чурраларга қаранг) • Орттирилган чурра: кўкрак қафаси ва қориннинг ёпиқ ва тешиб ўтувчи жароҳатлари, қорин бўшлиғи операциялари; диафрагманинг қизилўнгач тешиги чурраларидаги пастки қизилўнгач сфинктери (тешиги) боғлам аппаратининг бўшашиши, жигарнинг чап бўлаги озиқланишининг бузилиши (дистрофияси).

Патоморфологияси. Ошқозон – қизилўнгач ёки ўн икки бармоқ ичак – ошқозон қизилўнгач рефлюкси бузилишидан келиб чиққан диафрагманинг қизилўнгач тешиги чуррасида катарал, эрозив ёки ярали эзофагит, касаллик жуда ўтиб кетган ҳолларда – Берретта қизилўнгачи келиб чиқади.

Клиник манзараси • Чурралар кўпинча кўшимча белгиларсиз кечади ёки нафас, ошқозон – ичак фаолиятининг бузилиши келиб чиқади. Чурра ичидагиси қийб қолганда кўкракда ва қоринда оғриқ пайдо бўлади. Ўткир ичак тутилиши клиникаси: кўнгил айнаши, қайт қилиш, қорин ва кўкрак қафаси асимметрияси, кўкрак қафасида ошқозоннинг бир меъёрада тўлқинсимон қисқариш шовқини • Ошқозон – қизилўнгач рефлюкси бузилиши касаллиги билан бирга кечадиган диафрагманинг қизилўнгач тешиги чурраси кексалар орасида ҳар 2 – 3 нафар беморда учрайди. Касалликнинг клиник белгилари: ошқозон – қизилўнгач рефлюксининг нечоғли ифодаланганлигига боғлиқ. Доимий кузатиладиган белгилари: турли даражадаги оғриқ (тўш остида, тўш орқасида, юрак соҳасида, куракда, оғриқнинг овқатлангандан кейин, горизонтал ҳолатда, жисмоний зўриқишдан кейин пайдо бўлиши), зарда қайнаши, кекириш, регургитация. Ошқозондаги овқат моддаларининг тикилиб қолишидан келиб чиқадиган сурункали ўпка-бронх касалликлари ва бронхиал астма.

Лаборатория текширувлари: узоқ давом этувчи рефлюкс эзофагитда – анемия (қизилўнгач шиллик қавати эрозия ва яраларидан қон кетиши, шунингдек диапедез қон кетиши натижасида).

Инструментал текшириш • Кўкрак қафасини рентгенологик текшириш. Кўкрак қафасида қорин бўшлиғи аъзоларининг, қийб қолган чуррада эса кўкрак қафасида Клойбер косачаларини аниқланиши ♦ Ошқозон – ичак йўллари бариий бўтқаси билан рентгенконтраст усулда текшириш. Юқори қисмларини текширишда контраст модда оғиз орқали ичилади. Йўғон ичакни текширишда (ирригоскопия усули) тўғри ичак орқали юборилади ♦ Диафрагманинг қизилўнгач тешиги чуррасида қизилўнгач ва ошқозонни горизонтал ва Тренделенбург ҳолатида кўп позицияли рентгеноскопия ўтказиш. Тўғридан – тўғри белгиси – қизилўнгачда бариий бўтқаси рефлюкси • КТ • рН метрия (рН суткалик мониторинги) ♦ Нормада рН қизилўнгачда – 7,0 – 8,0 ♦ Ошқозон – қизилўнгач рефлюксида рН камаяди • Қизилўнгач монометрияси: қизилўнгач пастки сфинктери тонуси пасайган • ФЭГДС: кардияни очиклиги, ошқозон шиллик қаватининг қизилўнгачга пролапси, ҳар хил даражадаги рефлюкс – эзофагит • Қизилўнгачнинг ўзгарган шиллик қавати биопсияси (қизилўнгач раки, Берретта қизилўнгачи).

Дифференциал диагностикаси • Кўкс оралиғи ўсмаси ва кисталари • Ўпканинг периферик ўсмаси • Диафрагма ва плевра ўсмаси • Ўпка абсцесси • Қизилўнгач ва кардия раки • Ахалазияси • ЮИК, МИ.

Қўшилиб келадиган касалликлар • Ошқозон ва ўн икки бармоқ ичакнинг яра касаллиги (20-25%) • ЎТ – тош касаллиги ва сурункали холецистит (12 % гача).

Давоси • Аъзоларнинг сурилиши билан кечадиган диафрагма чурраларида кўкрак қафаси орқали операция қилинади. Қииб қолган чурраларда шошилиш операция ўтказилади • Диафрагманинг қизилўнгач тешиги чурраси ♦ Ҳаёт тарзини ўзгартириш: чекишдан воз кечиш, парҳезли овқат қабул қилиш вақти ва микдоридаги камчиликларни йўқотиш ♦ Прокинетик, масалан метоклопрамид 5 – 10 мг 3 – 4 маҳал/кунда ♦ Н₂ блокаторлари – гистамин рецепторлари ♦ Протон насоси блокаторлари ♦ Рефлюксга қарши операциялар ✦ Операцияга кўрсатмалар: консерватив даво фойда бермаганда, касаллик асоратлар билан кечаётганда (қизилўнгач ярасида, қон кетиб турганда, Берретта қизилўнгачида), диафрагманинг қизилўнгач тешиги чуррасининг ошқозон ва ўн икки бармоқ ичак яра касаллиги, ўт-тош касаллиги ва сурункали холецистит билан бирга кечиши ✦ **Операциядан мақсад:** ошқозоннинг кардия қисми функцияси ва Хис бурчагини тиклашдан иборат ✦ Бунда Ниссен бўйича фундопликация операция усули танланади. Бу операцияда юқори – ўрта лапаротомия қилиниб, ошқозоннинг фундал қисми атрофидаги қизилўнгачни пастки сунъий қизилўнгач сфинктерини яратиш ва Хис бурчагини тиклаш.

Асоратлари • Қииб қолиш (диафрагма нуқсонларида) • Ярали эзофагит • Қизилўнгач стриктураси • Берретта қизилўнгачи • Қизилўнгач раки • Бронхопневмопатиялар.

Профилактикаси. Диафрагманинг қизилўнгач тешиги чурраси: овқатланиш тартибига риоя қилиш, қорин ички босимининг бирданига ва узок муддат ошиб кетишига йўл қўймаслик.

Касалликнинг кечиши ва прогнози: Диафрагма чурраси операция усули билан даволанганда оқибати яхши. Консерватив даво давомли олиб борилганда беморларда узок муддат кузатиладиган гастроэзофагеал рефлюкс касаллиги қайд қилинади. 30 % беморларда эса даволаш яхши натижа бермайди.

ХКК – 10 • К44 Диафрагма чурраси.

УМУРТҚА ПОҒОНАСИ ОСТЕОХОНДРОЗИ

Умуртқа поғонаси остеохондрози – умуртқалараро дисклар тоғайсимон моддасининг дегенератив жараёнлари, умуртқалар ва уларни ўраб турган тўқималардаги реактив ўзгаришлар натижасида келиб чиқадиган касаллик.

Учраши • Ҳар иккинчи одам ҳаёти давомида бел ёки бўйин соҳасида ўзига хос

характердаги оғриқларни сезади ● 95 % ҳолларда бўйин ва бел соҳасидаги оғриқлар умуртқа поғонаси остеохондрози натижасида кузатилади ● Бемор биринчи марта шифохонага борганда кўп ҳолларда умуртқа поғонасидаги оғриқларга шикоят қилади. Касаллик аксарият 25 – 45 ёшдаги одамларда учрайди.

Хавфли омиллар ● Умуртқа поғонаси аномалиялари ♦ Люмбализация ёки сакрализация ♦ Умуртқалараро бўғим тирқишларининг асимметрик жойлашиши ♦ Умуртқа каналининг туғма торлиги ● Жисмоний зўриқиш ● Вибрация – тебраниш ҳоллари, масалан, транспорт воситаларини ҳайдашда ● Психосоциал омиллар ♦ Кам ҳаракатли ҳаёт тарзи ♦ Семизлик ● Умуртқа поғонаси шикастланишларидан кейинги ҳолат.

Этиологияси ва патогенези ● Полисахаридлардан деполимерланиш ҳисобига умуртқа поғонасининг амортизация ва эгилувчанлик вазифасини бажарувчи шишасимон ядрога ўзгаришлар бўлиб, ўзининг физиологик хусусиятларини йўқотади. Ядро сувини йўқотиб боради ва секвестрланади ● Механик таъсирлар остида диск фиброз ҳалқаси зўриқади ва нормал ҳолати бузилади, ёриқлар пайдо бўлади. Пайдо бўлган ёриқлар орқали шишасимон ядро фрагментлари бўшлиққа чиқиб қолади. Протрузия пролапс билан алмашинади – диск чурраси пайдо бўлади ● Умуртқа поғонаси сегментининг ноқулай вазиятида бўғимлар ва умуртқа таналарида реактив ўзгаришлар келиб чиқади (остеохондрознинг спондилоартроз билан биргаликда келишида).

Классификацияси. Синдром хусусиятларига кўра умуртқа поғонасининг қайси нерв тузилмасида патологик ўзгаришлар бўлишига қараб, компрессион ва рефлектор синдромлар тафовут қилинади ● Компрессион синдромларда қон томирлар ёки орқа мия илдизининг (корешокнинг) тортишиши, боиши ва деформацияси кузатилади (тегишлича илдизли, томирли, орқа мия синдромлари) ● Рефлектор синдромлар – умуртқа поғонасининг зарарланган соҳаси рецепторларидан келаётган патологик импульслар (айниқса кўндаланг боғлам) орқа илдиз орқали орқа мияга келади ва шу жойда унинг олдинги ва ён шоҳлари нейронларига қўшилади. Бунинг натижасида тегишли мушакларнинг тонуси ошади ва трофикаси ўзгаради.

Зарарланадиган соҳалар. Кўпроқ умуртқа поғонасининг бўйиндан пастки ва белдан пастки бўлимлари зарарланади. Шунга мувофиқ умуртқа поғонаси зарарланишининг бўйин ва бел синдромлари тафовут қилинади.

Клиник манзараси

- Бел соҳаси зарарланиши ♦ Бел – рефлектор синдромлари ★ Бел соҳасидаги ўткир вертеброген оғриқлар (люмбаго). Оғриқлар жисмоний зўриқишлар натижасида пайдо бўлади. Бир неча минут ёки соатлар давомида ўткир оғриқ кузатилади. Кўпинча санчиксимон характердаги оғриқлар – бехос ҳаракатланганда, ўтириш ҳолатида, тик турилганда, оғир юк кўтарганда, эгилиш ва бурилиш ҳаракатларида, шунингдек йўтал ва акса уришда кучаяди. Оғриқ тинч ҳолатда камаяди (ётган ҳолатда). Умуртқа поғонасининг бел қисмида ҳаракатлар кўлами сусаяди. Бел соҳаси пайпаслаб кўрилганда оғриқ

сезилади. Паравертебрал мушаклар спазми кузатилади. Бел соҳаси лордоза ёки кифоза кучаяди. Баъзи ҳолларда сколиоз билан бирга учрайди ✦ Ўткир остеохондроз ва сурункали вертеброген бел оғриқлари (люмбалгия) ўткир эмас, балки бир неча кун ичида бошланади. Клиник манзараси люмбаго ҳолатини эслатади ✦ Люмбоишиалгия: остеохондроз билан боғлиқ бўлган оғриқлар ва рефлектор ўзгаришлар бел соҳасидан думбага ва оёққа тарқалади. Бел ва умуртқа поғонасида оғриқлар бўлиб, думбага ва соннинг орқа соҳасига узатилади, лекин товонгача етиб бормади ✦ Ноксимон мушак синдроми: ноксимон мушакнинг узок вақт давомида таранглашиб, тонусининг ошиб туриши мушак остидан ўтувчи куймич нервнинг эзилишига сабаб бўлади. Бунда асосан ўзига хос таъсирланиш белгилари юзага келади (кичик болдир ва оёқ панжаси соҳасидаги оғриқ ва вегетатив бузилишлар), узок давом этган жараён натижасида ҳаракат бузилишлари пайдо бўлади (болдир ва оёқ панжаси мушакларининг суст фалажи) ✦ Тақим ости синдроми: сон орқа мушаклари бирикадиган жойидаги дистрофик ўзгаришлар ҳисобига тақим ости чуқурчаси соҳасида оғриқлар кузатилади. Мушакларнинг ўта чўзилиши билан боғлиқ бўлади. Бу ўзгаришлар, оғриқлар умуртқа поғонаси бел соҳаси гиперлордозада чанок орқа қисмининг ва куймич думбоғининг кўтарилишида учрайди (сон орқа мушакларининг бошланиш жойи) ✦ Бел компрессион синдромлари: орқа мия бел илдизларининг, дум қисми ёки қўшимча орқа мия – илдиз Деппрож – Готтерон артериясининг эзилиши кузатилади.

- Бўйин синдромлари ✦ Бўйин компрессион синдромлари ✦ Орқа мия компрессияси (эзилиши) ✦ Вертеброген бўйин миелопатияси ✦ Илдиз компрессион синдроми ✦ Бўйин рефлектор синдромлари ✦ Санчик (бўйинда ўткир оғриқлар) ва цервикоалгиялар. Ўткир бўйин оғриқлари ва цервикоалгиялар, цервикобрахиалгиялар (бўйин ва қўлда ўртача ўткир ва сурункали оғриқлар). Оғриқлар энсага, елка усти соҳасига тарқалади; бўйин соҳасидаги ҳаракатлар ёки аксинча бир хил ҳолатда узок вақт бўлишда кучаяди. Бунда бўйин мушакларининг таранглашиши, бошнинг мажбурий ҳолати, бўйин лордозининг тўғриланиши ҳосил ✦ Елка – курак периартози: елка бўғими бўғим олди тўқималарида оғриқ, елка мушакларидаги контрактулар ҳисобига елка бўғимида ҳаракатларнинг чекланиши (катта ва кичик кўкрак, курак ости мушаклари) ✦ Елка – кафт синдроми ✦ Эпикондилёз ✦ Олдинги нарвонсимон мушак синдроми: қон – томир – нерв тутамининг олдинги ва ўрта нарвонсимон мушаклар оралиғида қийиб қолиши (эзилиши), қўлда оғриқ ва шиш пайдо бўлиши, тирсак нерви иннервация қиладиган соҳада гипостезия кузатилиши ва тирсак нерви иннервация қиладиган мушаклар фаолияти бузилиши. Бундан ташқари, зарарланган томонда билан артериясида пульсининг кучсизланиши (пасайиши) кузатилади ✦ Кичик кўкрак мушаги синдроми: мушак – тоник ва нейродистрофик ўзгаришлар мушак тагидан ўтган елка чигалининг дистал бўлимлари ва уларни ёнма – ён кузатиб келган томирларни эзилишига олиб келади. Бунинг натижасида кичик кўкрак мушаги соҳасида оғриқлар пайдо бўлади. Қўл кафтида IV – V бармоқлар соҳасида сезувчанликнинг бузилиши ва трофик ўзгаришлар ✦ Бўйин орқа симпатик синдроми: симпатик тугун бўйин

артериясини таъсирлаши натижасида келиб чиқади. Бўйин соҳасида оғриқлар пайдо бўлиб, бошга тарқалади кохлеовестибуляр (бош айланиши, кулоқда шовқин) ва кўрув (фотопсиялар, кўз олдида «туман») бузилишлари кузатилади.

Диагностикаси • Рентгенологик текширувлар ♦ Сегмент конфигурациясининг (тузилиши) ўзгариши ♦ Умurtқалар танасининг жиши (псевдоспондилолистез) ♦ Ёндош умurtқа танаси туташган пластинкалар деформацияси ♦ Умurtқалараро дискнинг юпқаланиши ♦ “Тиргак” белгии – бунда тўғри проекцияда умurtқалараро диск оралиғи (баландлиги) нинг бир хил эмаслиги. Бу ҳолат асимметрик таранглашган мушаклар туфайли келиб чиқади • Суяк тўқимаси тизимини сканирлаш (сцинтиграфия) ♦ Фосфор ва нишонланган Тс нинг ортиши суякларнинг фаол минералланиш жараёнини акс эттиради ♦ Ўсма, шикастланиш ёки инфекция бор – йўқлигини аниқлашга ёрдам беради • МРТ, КТ, миелография текширувлари кучайиб борувчи белгиокомплекс ёки нефрологик етишмовчилик ривожланганда ўтказилади.

Дифференциал диагностикаси • Спондилолистез • Яллиғланиш жараёнлари • Анкилозловчи спондилит, яллиғланиш спондилопатиялари ва думғаза – ёнбош бирикмасининг зарарланиши • Инфекциялар – умurtқа поғонаси остеомиелити ва дискларининг яллиғланиши • Ревматоид артрит • Неопластик жараёнлар: бирламчи ўсмалар, метастазлар • Ортопедик жараёнлар – чанок – сон бўғими остеоартрити • Синишлар • Ўтадиган оғриқлар (ички аъзолар ва томирлар касалликлари), ошқозон – ичак касалликлари (ошқозон ва ўн икки бармоқ ичак яра касаллиги, сурункали панкреатит, йўғон ичак таъсирланиши синдроми, дивертикулит), сийдик – тано касалликлари (пиелонефрит, сийдик – тош касаллиги, простатит), гинекологик (хомиладорлик, эндометриоз, тухумдон кистаси, кичик чанок бўшлиғи яллиғланиш жараёнлари), юрак – қон томир касалликлари (қорин аортаси аневризмаси, оксоқланиб юриш ва ҳ.к).

ДАВОЛАШ

Олиб бориш тактикаси • Мушак корсетини мустаҳкамлаш • Мушак – тонус ва миофасциал патологик реффлектор жараёнларга таъсир этиш.

Консерватив даволаш • Эпидурал блокадалар • Таранглашган (спазм) мушакларни прокаин эритмаси билан инфильтрация қилиш • Қисқа вақт таъсир этувчи анальгетиклар • ЯҚНДВ 10 кун давомиди, сўнгра зарурат бўлганда • Десенсибилизацияловчи воситалар • Витаминдаво (пиридоксин, цианокобаламин) • Сурункали ҳолларда – амитриптилин, транквилизаторлар • Физиодаво • Даволовчи физкультура • Мануал даво • Уқалаш (массаж) • Акупунктура.

Хирургик даволаш. Унга мутлоқ кўрсатмалар • Дум соҳасининг ўткир эзилиши натижасида ҳаракат, сезувчанлик ва чанок аъзолари фаолиятининг бузилиши • Орқа миянинг ўткир ёки ўртача ўткир эзилиб қолиши.

Кечиши ва прогнози • Вертеброген оғриқ белгилари қайталаниб туриш ва ремиссиялар кўринишида ўтади • Люмбаго ва бўйиндаги кучли оғриқлар 1 – 2

хафта давом этади • Иккиламчи қўшилган касалликлар тузалиш жараёнига халақит бериши мумкин • Хуружларнинг қайталаниб туришида, қўшимча белгилар қўшилиб узокроқ давом этиши кузатилади.

Профилактикаси • Тана оғирлигини нормаллаштириш • Умумий жисмоний аҳволни яхшилаш • Оғриқларга сабаб бўладиган оғир юк кўтариш, бирданига эгилиш ва бурилиш, тез ҳаракатлар қилиш каби кескин ҳаракатлардан сақланиш.

ХКК – 10 • М42 Умуртқа поғонаси остеохондрози.

ҚОРИНДАГИ ОҒРИҚЛАР

БОЛАЛАРДА ҚАЙТАЛАНУВЧИ ҚОРИН ОҒРИҚЛАРИ

АСОСИЙ ҚОИДАЛАР

- Болаларнинг соғлом ўсишига монелик қилувчи ва 3 ойдан кўп давом этган оғриқлар қайталаниб турувчи оғриқлар дейилади.

ЭТИОЛОГИЯСИ ВА КЛИНИК КўРИНИШИ

- 6 – 12 ёшли болаларда кўпроқ учрайди.
- Оғриқ кўнгил айнаши, қайд қилиш, баъзан ич кетиши, бош оғриши, жиғилдон қайнаши билан кечади.
- Болаларда қайталаниб турувчи қорин оғриқлари кўпинча функционал баъзан эса органик сабаблар (масалан, гастрит, эзофагит) натижасида кузатилади.
- 3 – 4 ёшли болаларда лактозанинг сингимаслиги кам учрайди. Кўпроқ катта ёшдаги болаларда учраб, қуйидаги клиник белгилар кузатилади.
 - ◆ Қорин дам бўлиши ва диарея, унинг асосий клиник белгилари бола сутли овқат истеъмол қилгандан кейин бошланади.
- Қориндаги оғриқ натижасида ич қотиши кузатилади.
- Рухий – ижтимоий муаммолар учта боладан биттасида учрайди. Бу муаммони ҳал қилиш учун оила аъзолари махсус шу масалалар билан шуғулланувчи хизмат ходимлари билан маслаҳатлашишлари зарур.
- Соғлом муҳитли оилаларда ҳам қорин оғриғи безовта қилувчи болалар кўпчиликини ташкил этади.
- Қоринда қайталаниб турувчи оғриқни келтириб чиқарувчи айрим сабаблар:
 - ◆ Овқатни ҳазм қила олмаслик.
 - ◆ Целиакия.
 - ◆ Қизилўнгач, ошқозон рефлюкси.
 - ◆ Ичак яллиғланишлари.
 - ◆ Сийдик ишлаб чиқарувчи аъзолар касалликлари (1% болаларда гидронефроза).

ТЕКШИРИШ УСУЛЛАРИ

- Қоринни пальпация қилиш ва ректал текшириш.
- Қон анализи, ЭЧТ, лактоза билан тест ўтказиш, АТ ни глиадин, ретикулин ва эндомизияга текшириш.
- ◆ Боғча ёшидаги болаларда провакцияли синама ўтказилиши мумкин. Агар анамнезида сутли маҳсулотларнинг сингиши қийин бўлса ёки яқин қариндошларида шу ҳолат кузатилса, синама ўтказилаётган пайтда қондаги глюкоза миқдори паст бўлса тест мусбат бўлади.
- ◆ Целиакияни аниқлаш учун серологик синамалар ўтказилади. Унга шубҳа бўлганда серологик текширишларнинг мусбат натижаларини ингичка ичакнинг биопсияси билан тасдиқлаш лозим.
- Агар болада қориннинг қайталаниб турувчи оғриғи жуда кучли ва тез – тез такрорланиб турса, мутахассис маслаҳати зарур.
- Сийдик чиқариш аъзолари касалликларини аниқлаш ҳамда бола безовта бўлиб, оғриқ санчиксимон бўлса, албатта УТТ ўтказиш керак.
- Агар боланинг қариндошлари орасида ошқозон яраси билан касалланганлар бўлса, *Helicobacter pylori* га АТ ни ёки шу бактерияларни аниқлаш учун нафас синамаси ўтказилади.

КАТТАЛАРДА “ЎТКИР ҚОРИН” СИНДРОМИ

ХКК – 10 • R10.0 “Ўткир қорин”.

Асосий қоидалар

- Ўткир қорин белгида асосий ташхис қўйишдан кўра шошилиш ёрдам кўрсатиш масаласини ҳал қилиш зарур.
- Биринчидан, бемор касалхонага ётқизилиши ёки жарроҳлик амалиёти қилинишини тезда ҳал қилиш керак. Агар беморнинг аҳволи оғир бўлмаса, уни кузатиш мумкин.

Шошилиш даволашни талаб этадиган ҳолатлар

- Қорин аортаси аневризмасининг ёрилиши.
- Перитонит. Агар зудлик билан операция қилиш зарур бўлса, беморни чуқур текшириш шарт эмас, чунки операция пайтида ўткир қорин синдроми сабаби аниқланади. Операциянинг кечиктирилиши асоратларнинг кучайишига ёки ўлимга олиб келади.
- Механик ичак тугилиши. Ичак тугилишига шубҳа қилинган беморларда оғриқ характери тез – тез ўзгариб туради. Тўлғоқсимон оғриқдан тўхтамайдиган оғриққа айланади. Ичак буралиш юз беради. Бунда операция қилиш лозим.
- Қорин ичига қон кетиши. Беморнинг умумий аҳволи оғирлашади. Сийдик ажралиши камаяди. Атрофга бефарқ бўлиб қолади. Қоринда хавфли ҳолат

пайдо бўлади. Масалан, панкреатитда бундай умумий белгилар кучлироқ касалликка хос бўлган маҳаллий белгиларга нисбатан чалғитувчи ҳисобланади.

- Организмнинг сувсизланиши ва электролитларнинг йўқолиши. Ўткир қорин белгида сувсизланиш ва электролитларнинг йўқолиши кузатилади.

“ЎТКИР ҚОРИН” ЭТИОЛОГИЯСИ

Хирургик сабаблар

- Ўткир аппендицит. Кўпинча лаборатория кўрсаткичлари нормада бўлади (лейкоцитоз).
- Ичак тутилиши. Чурралар, операциядан кейинги чандиқлар. Битишма касаллиги. Вақти – вақтиди пайдо бўладиган оғриқлар (странгуляция хавфи) қорин кўздан кечирилганда кўринадиган перистальтика ва кенгайган ичак қовузлоқлари контурлари.
- Пептик яра тешилиши. Ўткир бошланади, қорин пардаси таъсирланиш белгилари; кўпинча яра касаллигининг биринчи белгилари.
- Ўткир холецистит. Маҳаллий белгилар; кўпинча ўт – тош касаллигининг биринчи белгиси пайдо бўлади.
- Ўткир панкреатит. Бемор анамнезида спиртли ичимликларни кўп ичганлиги, ўт – тошлари этиологик омил бўлиши мумкин; қон ва сийдик анализида амилаза миқдори ошганлиги асосий белги эмас.
- Ичактутқич веналари тромбози. Клиник белгиларига асосланган диагностика қийинчилик туғдиради. Кўпинча юрак касалликлари аниқланади.
- Йўғон ичакнинг яллиғланиши. Тарқалиш жойи сигмасимон ичакда.
- Странгуляцион ичак тутилиши. Тарқалиш жойи – ингичка ичак, S – симон ичак, кўричак (секин ривожланади), қайд қилиш билан кечувчи доимий оғриқлар. Бемор қусгандан кейин енгиллик ҳис қилмайди.
- Моякнинг буралиши. Пальпацияда моякда кучли оғриқ пайдо бўлади ва у қориннинг пастги қисмига тарқалади.

Гинекологик сабаблари

- Бачадондан ташқаридаги ҳомиладорлик. Оғриқ қориннинг пастки қисмида пайдо бўлиб, юқорига елка соҳасига, қовурға остига, ўмров ва куракка тарқалади (френикус белги): ҳомиладорлик синамаси манфий бўлиши мумкин. Серологик синама мусбат бўлади.
- Тухумдон касалликлари. Кистанинг ёрилиши. Тухумдон кистасининг буралиб қолиши, сальпингофорит.
- Миома. Субсероз миоматоз тугун оёқчасининг буралиши, некрози, қорин бўшлиғига қон кетиши.

Хирургик бўлмаган сабаблари

- Метаболик бузилишлар, диабетик кетоацидоз, порфирия, гипертриглицеридемия, гемохроматоз.

- Инфекцион сабаблар: гастроэнтерит, дивертикулит, гепатит, перигепатит, инфекцион мононуклеоз, тарқалувчи темирлатки, пиелонефрит, эпидидимит, орхит, сепсис.
- Тарқалувчи оғриқ: миокард инфаркти, перикардит, плеврит, ўпка инфаркти, юрак етишмовчилиги (жигарда ўт тўпланиб қолиши), буйрак тош касаллиги.
- Иммуносистеманинг бузилишлари: ангионевротик шиш, тугунчали периартериит, Шенлен – Генох пурпураси, ўта сезувчанлик реакцияси.

ТЕКШИРИШ

Анамнез

- Қориндаги оғриқ. Беморнинг ҳаётида тўсатдан бошланганлиги ёки узоқ вақт давом этганлигини аниқлаш лозим. Агар тўсатдан бошланган бўлса, абзонинг тешилиши ёки ичак санчиғи бўлиш эҳтимоли бор.
- Иккиламчи оғриқларнинг жойлашувига қараб касаллик жараёни тарқалганлигини аниқлаш мумкин. Панкреатик оғриқ эпигастрал соҳада жойлашади; чап қовурғалар ёйига тарқалиб, белбоғсимон тусга киради.
- Овқат ейилгандан сўнг оғриқнинг кучайиши беморларни ундан юз ўгиришига олиб келади ва бу диагноз қўйишни осонлаштиради. Овқат истеъмол қилингандан сўнг оғриқнинг кучайиши ошқозон яраси касаллигига хос бўлса ҳам, бироқ баъзида ошқозон – ичак йўлининг юқори қисмидаги бошқа касалликларига боғлиқ бўлиши мумкин.
- Овқатнинг ошқозонда туриб қолиши ва ичакка ўта олмаслиги ичак тутилишининг асосий белгисидир.
 - ◆ Ҳазм бўлмаган овқатни қайт қилиш пилорус стенозига хос.
 - ◆ Сафро билан қайд қилиш – ингичка ичакнинг бошланғич қисми ва ингичка ичак тутилишидан далолат беради.
 - ◆ Нажасли қусуқ – ёнбош ичак ва йўғон ичакнинг тутилиш белгиси ҳисобланади. Ингичка ичакнинг бошланғич қисмидаги ичак тутилиши тўхтатиб бўлмайдиган қайд қилишни келтириб чиқаради.
 - ◆ Ичакнинг пастки қисми тутилганда қусиш унчалик кучли бўлмайди.
 - ◆ Рефлектор қайт қилиш интенсив оғриқ синдроми билан боғлиқ бўлиши мумкин.
- Қабзиятлар асосан сурункали кўринишга эга. Ахлат характерининг ўзгаришлари – органик патология борлигидан дарак берувчи муҳим белгидир.
- Барча ҳолларда беморнинг ичи кетмаяптими, нажасида қон ёки шиллик қолдиқлари йўқми ва ич келганда оғриқлар бор – йўқлигини аниқлаш лозим.

Қоринни пайпаслаб кўрилганда оғриқ ва топилмаларни баҳолаш

- Ўткир аппендицитда оғриқ диффуз характерга эга бўлиб, кўпинча эпигастрал баъзан, симмиллаган бўлиб киндик олди соҳасида жойлашади. Аксарият ҳолларда кўнгил айнаши ва қайд қилиш кузатилади. Яллиғланиш сероз қобик орқали тарқалиши натижасида 2 – 3 соат ўтгач, оғриқ локал бўлиб, ўнг ёнбошга

ўтади ва унинг кучи ортиб, бирмунча юзарокдан сезилади. Бир вақтнинг ўзида мушак муҳофазаси белгиси кучаяди.

- Чувалчангсимон ўсимта ёрилганда қорин девори таранглиги кучаяди ва тарқалади.
- Тўлқинсимон, ритм билан пайдо бўлиб йўқоладиган оғриқлар ичак касалликлари, шунингдек ўт йўллари обструкцияси ёки сийдик қопидаги тош касалликлари учун хос.

Физикал текширувлар

- Умумий текширувлар ♦ Юрак ва ўпка ♦ ҚБ.
- Қоринни текшириш ♦ Қорин ясси ёки шишган ♦ Операциядан кейинги чандиқ ♦ Чурралар (кўринади ёки пайпаслаганда билинади).
- Қоринни пайпаслаш ♦ Оғриқ ва оғриқли соҳа ♦ Олдинги қорин деворининг ҳолати – қорин юмшоқ ёки таранглашган (қорин пардаси яллиғланганда) ♦ Пайпаслаб кўрилганда сезиладиган тузилмалар ♦ Чурралар жойлашган соҳа ♦ Асцит.
- Ташқи жинсий аъзоларни пайпаслаш ♦ Чурралар ♦ Мояклар шиши ёки оғриқ.
- Ректал текширув ♦ Ўсмалар, қон кетишлар ♦ Простата безининг ҳолати ♦ Тўғри ичакда нажас борлиги, нажаснинг ранги.
- Қоринни аускультация қилиш ♦ Кўп маълумот берадиган текширув ♦ Перистальтик шовқин кучайиши (механик ўтказувчанликнинг бузилиши), шовқинлар йўқлиги (паралитик ўтказувчанлик бузилиши), чайқалиш шовқини (механик ўтказувчанликнинг бузилиши), жарангдор кўп сонли ичак шовқинлари механик ичак бузилишининг фақат бошланғич даврида эшитилади, сўнгра ичак шовқини йўқолади.

Лаборатор текширувлар

- Катта аҳамиятга эга эмас.
- Қон ва сийдикнинг умумий анализи, СРО, сийдикдаги амилазаси миқдори.

Нур диагностикаси

- Қорин аъзоларининг обзор рентгенографияси. Қорин бўшлиғида ҳаво (ичи бўш аъзо тешилиши), суюқлик ва газга тўла ичакнинг чўзилган ҳалқаси, суюқлик даражаси (ичак тутилиши).
- УТТ ♦ Ўткир холецистит, абсцесслар, аорта аневризмаси, гинекологик касалликлар, қорин бўшлиғида суюқлик.
- Кўкрак қафаси аъзолари рентгенографияси. Плевра бўшлиғида суюқлик, перикардит ёки юрак етишмовчилиги белгиларини аниқлаш.
- Юрак патологиясига шубҳа бўлганда ҳар доим ЭКГ тушириш лозим.

ЎТКИР ГАСТРИТ

Ўткир гастрит – ошқозон шиллиқ қаватининг полиэтиологик ўткир яллиғланиши.

Ўткир гастритнинг асосий турлари • Ўткир экзоген оддий гастрит •
Ўткир стресс гастрити • Коррозив гастрит • Флегмоноз гастрит.

Этиологияси • Ўткир экзоген оддий гастрит алиментар (алкогол, газланган ичимликлар, ёғли аччиқ ва шўр овқатни кўп истеъмол қилиш, баъзи дори моддалари, аспирин қабул қилиш) ва токсик – инфекцион (токсик овқат инфекциялари, масалан сальмонеллёзда) бўлиши мумкин • Ўткир стресс гастрити оғир инфекцион ва соматик касалликлар (пневмония, буйрак ва жигар етишмовчилиги ва бошқалар), куйиш, музлаш натижасида келиб чиқади • Коррозив гастрит билиб – билмай кучли ишқор ёки кислоталар (хлорид кислота, сульфат кислота) қабул қилинганда (формальдегид) пайдо бўлади • Флегмоноз гастрит (ошқозон деворининг йирингли яллиғланиши) одатда ошқозон шикастланиши асорати сифатида ривожланади.

Клиник манзараси • Ўткир экзоген оддий гастрит ♦ Белгилари ошқозон шиллик қаватига патоген омил таъсирдан 6 – 8 соат ўтгач намоён бўлади ♦ Эпигастрал соҳада куйиш ва оғриқ, диспептик бузилишлар – кўнгил айниши, қусиш, кекириш, оғизда бемаза таъм ♦ Шунингдек *Ўткир ичак инфекцияларга* қаралсин • Ўткир стресс гастрити: ошқозон шиллик пардаси эрозияларида ошқозон-ичакда қон кетишлар, қон қусиш ва шок билан бирга кузатилиши мумкин • Коррозив гастрит. *Куйдирувчи таъсирга эга моддалардан заҳарланишига қаралсин* • Флегмоноз гастрит ♦ Умумий ҳолатнинг оғирлиги ♦ Юқори ҳарорат, титраш ♦ Қоринда кучли оғриқ ♦ Йиринг аралаш тўхтовсиз қайт қилиш. **Асоратлари** • Профуз қон кетиши • Ошқозон деворининг тешилиши (перитонит ёки пенетрация бўлиши мумкин) • Флегмоноз гастритда – медиастинит, йирингли плеврит, диафрагма ости абсцесси, йирик веналар тромбофлебити, жигар абсцесси.

Диагностикаси • Анамнез ва клиник белгиларга асосланади • ФЭГДС: ўткир оддий гастритда ошқозон шиллик қаватининг диффуз гиперемияси, стрессли гастритда шиллик қаватда кўп сонли яралар.

Давоси • Парҳез – 12 – 24 соат умумий очлик, биринчи 4 кун №0 парҳез, кейин камида 6 – 10 кун №1 парҳез • Оғриқ синдромида – атропин (0,5 – 1 мл 0,1 % ли эритмасидан т/о), платифиллин (1 мл 0,2 % эритмасидан т/о), папаверин гидрохлорид (1 мл 2% эритмасидан т/о) • Эксикозда инфузион даво • Қон кетганда – муздек сувдан лаваж, ошқозонга норэпинефрин юбориш, эндоскопик коагуляция • Флегмоноз гастритда – кучли антибиотикодаво ва хирургик усули билан даволаш • Стресс эрозиялар: уларнинг сабабларини бартараф этиш (масалан, сепсис) ва катта дозада антацидлар.

ХКК – 10 • К29.0 Ўткир геморрагик гастрит • **К29.1** Бошқа ўткир гастритлар.

СУРУНКАЛИ ГАСТРИТ

Сурункали гастрит – ошқозон шиллик қаватида қатор морфологик ўзгаришлар ва бир қанча асосий функциялари бузилиши билан кечадиган узок давом этувчи

касаллик. **Тарқалиши.** Катта ёшдаги аҳолининг 50 – 80 %, ёши улғайган сайин сурункали гастрит билан касалланиш ортмоқда. 2001 йилда 100 000 аҳолидан 287,2 таси гастрит ва дуоденит билан касалланган.

Классификацияси

- **Этиологик омилга кўра** • Микробли *Helicobacter pylori* ва бошқалар • Микробсиз ♦ Аутоиммун ♦ Алкоголли ♦ Пострезекцион ♦ ЯҚНДВ таъсирдан келиб чиққан ♦ Кимёвий агентлар таъсирдан келиб чиққан • Номаълум омиллар, шу жумладан микроорганизмлар.
- **Типига кўра** • Атрофик бўлмаган (В типи, юзаки, диффуз антрал, гиперсекретор) • Атрофик (А типи ошқозон танасининг диффуз, В₁₂ танқислиги анемияси билан боғлиқ) • Алоҳида формалари ♦ Кимёвий ♦ Радиацион ♦ Лимфоцитар ♦ Гигант гипертрофик (аденопапилломатоз, Менетрие касаллиги) ♦ Гранулематоз ♦ Эозинофилли ♦ Бошқа инфекциялар таъсирида.
- **Жойлашувига кўра** • Антрал гастрит • Ошқозон танаси гастрити • Пангастрит.

Этиологияси • Сурункали атрофик бўлмаган гастрит 85 – 90 % ҳолларда *Helicobacter pylori* билан боғланган • Сурункали атрофик (аутоиммун) гастрит ошқозон шиллик қаватини (ўраб турувчи) хужайралар генетик детерминланган аутоантитаналар ишлаб чиқаришга асосланган • Кимёвий (реактив) гастритнинг энг кўп учрайдиган сабаблари кўп ҳолларда ўт суюқлиги рефлюкси ва узок вақт ЯҚНДВ қабул қилиш • Эозинофилли гастрит этиологияси номаълум, айрим беморларда бронхиал астма, экзема ва бошқа аллергик касалликлар аниқланган • Гранулематоз гастрит 10 % саркоидоз билан оғриганларда, 7 % Крон касаллиги билан касалланганларда, микоз, ошқозонда ёт жисмлар топилган касалларда аниқланган • Гигант гипертрофик гастрит этиологияси номаълум.

Клиник манзараси

- **Сурункали атрофик бўлмаган гастрит** ♦ Кўпинча ўн икки бармоқ ичак яра касаллигида оғриқ синдромини (оч қоринга юзага келувчи оғриқлар) эслатади. Оғриқ тўлғоқсимон ўткир ёки симиллаган, секин, баъзида овқат егандан кейин тезда юзага келади ♦ Диспептик синдром – жиғилдон қайнаши, нордон кекириш, баъзан кўнгил айнаши, ошқозонда овқат ҳазм бўлмаслиги, қусиш.
- **Атрофик гастрит** ♦ Кўпинча витамин В₁₂ – етишмаслиги анемияси, тиреоидит, бирламчи гипопаратиреоз билан бирга кузатилади ♦ Баъзан касаллик яширин кечади ♦ Қорин тепа соҳасида овқатдан кейин оғирлик, кўп овқат еганлик ҳисси, ошқозон тўлиб кетганлиги, овқат ва ҳаво билан кекириш, оғизда бемаза таъм, иштаҳа пасайиши, метеоризм, ич келишининг бузилиши.
- **Кимёвий (реактив) гастрит** • 3 та ўзига хос белгиси (триада) бор: тўш остида оғриқ, овқат егандан сўнг оғриқнинг кучайиши, сафроли қусишдан сўнг енгил тортиш, озиб кетиш.
- **Йирик (гигант) гипертрофик гастрит** • Тўш остида ҳар хил интенсивликдаги оғриқ, овқат қабул қилгандан сўнг бошланади ва ошқозонда оғирлик ҳисси

кузатилади. Оғриқлар табиатан ҳар хил • Қусиш ва диарея бўлиши мумкин; кўпинча беморнинг иштаҳаси пасайган, баъзан анорексия ҳолати кузатилади • Беморнинг оғирлиги 10 – 20 кг гача камаяди • Беморларнинг 25 – 40 % танасида периферик шиш пайдо бўлганлиги аниқланади, бунга ошқозон суюқлиги билан оқнинг йўқотилиши сабаб бўлади (8г/кунда ва ундан кўп) • Ошқозондан қон кетиш ва эрозиялар кузатилади • 10 % беморларда ошқозон карциномаси ривожланади.

Диагностикаси

- Қоннинг умумий таҳлили: А типдаги сурункали гастритда витамин В₁₂ танқислиги анемияси.
- Нажасни текшириш: ошқозон секретор активлиги паст бўлганда яширин қон, хазм қилинмаган овқат қолдиқлари бўлиши мумкин.
- Рентгенологик текшириш сурункали гастритнинг асосий турларини аниқлаш имконини бермайди: бунда яралар, рак, полипоз, ўн икки бармоқ ичак – ошқозон рефлюкси, гигант гипертрофик гастрит, сурункали ўн икки бармоқли ичак тутилиши ♦ Ўн икки бармоқли ичакнинг ўтказувчанлигини сурункали бузилиши – контраст модданинг ўн икки бармоқ ичак бўшлиғида 45 секунд давомида тутулиб қолиши, ичак бўшлиғини кенгайтиши, ўн икки бармоқ – ошқозон рефлюкси ♦ Гигант гипертрофик гастрит (Менетрие касаллиги) – шиллик қават бурмаларининг чегараланган соҳада сезиларли қалинлашгани (локал вариантда) ёки бутун ошқозон бўйлаб (диффуз вариантда). Ошқозон девори зарарланган соҳада эластик, перестальтикаси кўринади.
- ФЭГДС (фиброэзофагогастроуденоскопия) ♦ Атрофик бўлмаган (юза) гастрит: шиллик парда ялтироқ (баъзан фибрин пардаси билан), шишган, гиперемияланган, остига қон қуйилган ♦ Атрофик гастрит: шиллик парда юпқалашган, оқимтир – кулранг тусда, қон томирлари кўриниб туради, рельефлиқ ♦ Рефлюкс-гастрит: пилорус очилиб туради, ошқозон шиллик пардаси гиперемияланган, шишган; ошқозонда ўт суюқлиги бор ♦ Гигант гипертрофик гастрит: ошқозонда катта миқдорда шилимшиқ, шиллик парда осон жароҳатланади, аксари эрозия, қон қуйилишлар топилади.
- Ошқозон секретор функциясини текшириш ♦ Сурункали атрофик бўлмаган гастрит, рефлюкс - гастрит: ошқозон секретор функцияси нормада ёки ошган. ♦ Сурункали атрофик гастрит, гигант гипертрофик гастрит: ошқозон секретор функцияси пасайган.
- *Helicobacter pylori* ни аниқлаш ♦ Инвазив усуллар: ФЭГДС ни ошқозон шиллик пардаси биопсияси билан ўтказиш зарур, камида бешта биоптат олинади (антрал ва фундал бўлимлардан иккитадан ва ошқозон бурчаги соҳасидан битта). Эрадикациянинг самаралилигини тасдиқлаш учун даволаш курсидан кейин 5 – ҳафта ўтгач текшириш ўтказилади ✦ Бактериологик усул ✦ Гистологик усул (бўялган препаратларни микроскопда текширишда бактериялар топилади) ✦ Биокимёвий усул (уреаза тести) ♦ Инвазив бўлмаган тестлар ✦ Иммунологик усуллар (*Helicobacter pylori* га нисбатан АТ топиш) ✦ Нафас тести ♦ Ошқозон шиллик пардаси биоптатларида ПЗР – диагностика (инвазив усул) ва бемор нажасида (инвазив бўлмаган усул).

- Хужайралар ва ички омилга нисбатан АТ ни аниқлаш ва гипергастринемия – атрофик аутоиммун гастрит белгиси.
- Ошқозон – ичак йўли юқори бўлимларини қаватма – қават манометрия қилиш: рефлюкс - гастритда ўн икки бармоқ ичакда босимнинг 200 – 240 мм сув. устунигача кўтарилиши аниқланади (нормада 80 – 130 мм сув ус.тенг).

ДАВОСИ

Сурункали атрофик бўлмаган гастрит

- Парҳез: гипо- ва ахлоргидрияда парҳез № 2, гиперацид ҳолатларда парҳез №1 буюрилади.
- *Helicobacter pylori* чақирган гастритда – эрадикация (даволаш курси – 1 – 2 ҳафта) ♦ Учлик даво ✦ Трикалий дицитрат висмути 120 мг. кунда 4 марта 28 кун давомида ✦ Метронидазол 200 мг. кунда 4 марта 10 – 14 кун ✦ Тетрациклин 500 мг. кунда 4 марта 10 – 14 кун ♦ Квадра – даво ✦ Омепразол 20 мг. кунда 2 марта ✦ Трикалий дицитрат висмути 120 мг. кунда 4 марта ✦ Тетрациклин 500 мг. кунда 4 марта ✦ Метронидазол 500 мг суткасига 3 марта.
- *Helicobacter pylori* йўқ ва ошқозон секретор функцияси ошганда ♦ Антацидлар, сўрилмайдиганлари афзалроқ, овқатдан 1 – 2 соат ўтгач кунда 3 – 4 марта ва уйқудан олдин
 - Селектив м – холиноблокаторлар: пирензепин – 50 мг. кунда 2 марта
 - Н₂ блокаторлари – гистамин рецепторлари: ранитидин (150 мг. кунда 2 марта ичишга ёки м/о), фамотидин (20 мг. кунда 2 марта ичишга ёки в/и)
 - ♦ Н⁺, К⁺ блокаторлари – АТ фазалари (“протон насос” блокаторлари) – омепразол, рабепразол 20 мг. кунда 2 марта, лансопразол 30 мг. кунда 2 марта.
- Шиллик қаватни ҳимоя қиладиган (ўраб оладиган) препаратлар ♦ Сукральфат ♦ Трикалий дицитрат висмути (шунингдек *Helicobacter pylori* га нисбатан антимиқроб таъсирга эга).
- **Сурункали атрофик гастрит**
 - Дори воситалари ёрдамидаги даво касаллик кўзиган вақтда олиб борилади
 - Ошқозон секретор функцияси етишмовчилигида ўрин босувчи даво: ошқозон шираси, пепсидил, хлорид кислота пепсин билан, ацидин – пепсин (шиллик қаватда эрозия мавжудлиги бу препаратларни қўллашга қарши кўрсатма ҳисобланади)
 - Ошқозон ости беши секретор функциясининг пасайишида ўриндош даво (холензин, панкреатин + ўт компонентлари + гемицеллюлаза, панкреатин, панзинорм форте)
 - Витамин В₁₂ – дифецит анемияни даволаш
 - Фитодаво: яллиғланишга қарши таъсир кўрсатувчи ўсимликлар – баргизуб, мойчечак, ялпиз, далачай, ўсимликлари баргидан дамлама (1 стакан сувга битта катта қошиқ) 1/3 – ¼ стакандан кунда 3 – 4 марта овқатдан олдин 3 – 4 ҳафта давомида ичилади; баргизуб шарбати 1 катта қошиқдан ёки плантаглоцид 0,5 – 1,0 г. дан кунда 3 маҳал
 - Регенерация жараёнларини кучайтирувчи ва тўқималар трофикасини яхшиловчи препаратлар: никотин кислота (1,0 % ли эритмаси, 1 – 10 мл. дан в/и 10 кун ёки 3 – 5 мл. дан м/о 20 кун), солкосерил 1 – 2 мл. дан м/о 20 кун, инозин 0,2 г. дан кунда 3 марта овқатдан 40 минут олдин 20 – 30 кун, тиамин, пиридоксин, фолат

кислота • Яққол диспептик ўзгаришлар ва оғриқларда марказий ва периферик дофаминли рецептор блокаторлари (рефлюкс-гастритга қ.)

Рефлюкс – гастрит • Бунда даволашдан мақсад ошқозон – ичак йўли ҳаракатини нормаллаштириш ва ўт кислотасини боғлаш • Ўт кислоталарини боғлаш ва ўн икки бармоқли ичак суюқлигини ошқозонга тушишидан сақлаш учун дофамин рецептор блокаторлари (домперидон, метоклопрамид) тайинланади • Ошқозон шиллик қаватига таъсир этувчи ўт кислоталарини нейтраллаш учун хенодеоксихолат ва урсодеоксихолат кислоталари қўлланилади • Ошқозон шиллик қаватини ўт кислоталаридан ҳимоялаш – антацидлар одатдаги кунлик дозада (таркибида алюминий бўлган антацидлар ўт кислотасини боғлаш хусусиятига эга, шунинг учун уларнинг таъсири анча самарали).

Гигант гипертрофик гастрит • Даволаш узоқ давом этади (2 – 3 ой) • Юқори калорияли, оқга бой парҳез • Антисекретор даво • Даволашга резистент гипопротеинемияда, такроран қон кетишларда операция амалиёти керак (ошқозон резекцияси).

ХКК – 10 • К29 Гастрит ва дуоденит.

Илова. Эозинофилли гастроэнтерит (аллергик) – ошқозон антрал бўлими шиллик пардасининг асл пластинкаси, эпителийнинг эозинофиллардан инфильтрацияси билан характерланган сурункали касаллик; ингичка ва йўғон ичаклар, қизилўнгач зарарланиши хос; кўпинча аллергия касалликлар билан кўшилиб келади. **Клиник манзараси:** сурункали диарея, қоринда оғриқ, кўнгил айнаш, қусиш, озиб кетиш, эозинофилия. **Даволаш:** аллергияга туртки бўладиган озиқ – овқат маҳсулотларини рациондан чиқариш; парҳез №-1; ГК лар давомли ремиссияни таъминлайди.

ХКК – 10 • К52.8 Бошқа аниқланган инфекция билан боғлиқ бўлмаган гастроэнтеритлар ва колитлар.

ЯРА КАСАЛЛИГИ

Ошқозон ва ўн икки бармоқли ичак яра касаллиги – бу сурункали касаллик бўлиб қайталаниш вақтида ошқозон ўн икки бармоқли ичак шиллик қаватининг яллиғланиши ва яра пайдо бўлиши билан характерланади.

ХКК – 10 • К25 Ошқозон яраси • **К26** Ўн икки бармоқли ичак яраси. Қуйидаги кўшимча кодлар билан таснифланади: **.0** Ўткир қон кетиши билан; **.1** Ўткир тешилиши билан; **.2** Ўткир қон кетиши ва тешилиши билан; **.3** Ўткир қон кетишсиз ёки тешилишсиз; **.4** Сурункали ёки ноаниқ қон кетиши билан; **.5** Сурункали ёки ноаниқ тешилиши билан; **.6** Сурункали ёки ноаниқ қон кетиши ва тешилиши билан; **.7** Сурункали қон кетишсиз ёки тешилишсиз; **.9** Ноаниқ ўткир ёки сурункали, қон кетишсиз ёки тешилишсиз.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯСИ

Яра касаллиги катта ёшдаги аҳолининг 5-10% ида, асосан 50 ёшгача бўлган эркакларда кузатилади. Ўн икки бармоқли ичак яра касаллиги 95% ҳолларда ва ошқозон яра касаллиги 87% ҳолларда *Helicobacter pylori* билан бирга аниқланади.

Хавф омиллари • *Helicobacter pylori* нинг мавжудлиги • Овқатланиш характери ва тартибининг бузилиши (узоқ вақт дағал овқат ейиш, қуруқ нон – чой билан овқатланиш, овқатланишлар орасидаги узоқ танаффуслар) • Асаб – руҳий омиллар (стресс) • Ошқозон шираси секрециясининг ошиши ва шиллиқ қаватларнинг ҳимояланиш омиллари фаоллиги пасайиши (мукопротеинлар, бикарбонатлар) • Зарарли одатлар мавжудлиги (чекиш, алкогольни суиистеъмол қилиш) • Ирсий мойиллик.

КЛАССИФИКАЦИЯСИ

Этиологияси бўйича • *Helicobacter pylori* билан бирга қўшилиб келган • *Helicobacter pylori* билан қўшилиб келмаган.

Жойлашиши бўйича • Ошқозон яраси • Ўн икки бармоқли ичак яраси • Яранинг ошқозон ва ўн икки бармоқли ичакда бир вақтда учраши.

Яранинг сони бўйича • Якка • Кўп сонли яралар.

Яранинг ўлчами (диаметри) бўйича • Кичкинаси – 0,5 см. гача • Ўртачаси – 0,5 – 1 см. • Каттаси – 1,1–2,9 см. • Гигант яралар: ошқозон яралари 3 см. ва ундан ортиқ, ўн икки бармоқли ичак яралари 2 см. ва ундан ортиқ.

Ошқозон секрецияси даражаси бўйича • Секрецияси ошган • Меъёридаги секреция • Секреция камайган.

Касаллик босқичи бўйича • Зўрайиш • Ремиссия.

Асоратлари бўйича. Келиб чиқиши мумкин бўлган асоратлар: қон кетиши, пенетрация, перфорация, стенозланиш, малигинация.

ДИАГНОЗ

АНАМНЕЗИ ВА ФИЗИКАЛ ТЕКШИРУВ

Касалликнинг клиник кўриниши яра нуқсонининг жойлашишига, унинг ўлчами ва чуқурлигига, ошқозоннинг секретор функциясига, беморнинг ёшига боғлиқдир.

ОҒРИҚ. Оғриқнинг характери, даврийлиги, пайдо бўлиш ва йўқолиш вақти, овқат қабул қилиш билан боғлиқлигини аниқлаш лозим.

- Эрта оғриқ овқатдан 0,5-1 соат ўтгач пайдо бўлади, кучлилиги секин – аста ошиб боради, 1,5-2 соатгача сақланади, овқатнинг ўн икки бармоқли ичакка ўтиши билан аста – секин камаяди ва йўқолади; бундай оғриқ яранинг ошқозон танасида жойлашганлигига хосдир. Жароҳат ошқозоннинг кардиал, субкардиал

ва фундал бўлимларида жойлашганда оғриқ овқат истеъмол қилган захоти пайдо бўлади.

- Кечки оғриқ овқатдан сўнг 1,5-2 соат ўтгач пайдо бўлади, овқатнинг ошқозондан эвакуация қилиниши билан боғлиқ равишда аста – секин кучаяди; ошқозоннинг пилорик ва ўн икки бармоқли ичакнинг йўғонлашган қисмидаги яраларга хосдир.
- «Қорин очлиги» (тунги) оғриғ овқатдан 2,5 - 4 соат ўтгач пайдо бўлади ва кейинги овқат истеъмол қилиш билан боади; бундай оғриқ ўн икки бармоқли ичак ва ошқозоннинг пилорик қисмидаги яраларга хосдир.
- Қўшилиб келган ёки кўп сонли аралаш яраларда эрта ва кечки оғриқнинг уйғунлашиб келиши кузатилади.

Оғриқни қандай намоён бўлиши яра нуқсонининг жойлашишига (яра ошқозон танасида жойлашганда – кучсиз оғриқ, пилорик қисмида ва ўн икки бармоқли ичакнинг йўғонлашган қисмидан ташқарида жойлашганда – кескин оғриқ), беморнинг ёшига (ёшларда кучли), асоратларга боғлиқ.

Яра нуқсонининг жойлашишига боғлиқ равишда оғриқнинг энг кўп кузатиладиган сохалари қуйидагилардир: • Яра ошқозоннинг кардиал ва субкардиал бўлимида жойлашганда – оғриқ ҳанжарсимон ўсимта соҳасида • Яра ошқозоннинг тана қисмида жойлашганда – оғриқ эпигастрал соҳанинг чап қисмида • Яра ошқозоннинг пилорик қисмида ва ўн икки бармоқли ичакда жойлашганда – оғриқ эпигастрал соҳанинг ўнг қисмида.

ЛАБОРАТОР ВА АСБОБЛАР ЁРДАМИДА ТЕКШИРИШ

РЕНТГЕНОЛОГИК УСУЛ

Яранинг бевосита рентгенологик белгиси сифатида “токча” белгиси – яра чуқурини тўлдириб турган контраст модданинг сояси ҳисобланади. Яранинг шарпаси шиллик парда бурмалари профилида (контурли “токча”) ёки анфас кўриниши мумкин (“рельеф – токча”). Кичкина “ниша” лар рентгеноскопияда фарқ қилинмайди. Кичик яра атрофлари текис ва аниқ. Грануляцияли тўқималар, шилимшиқ тўпланиши, қон лахталари туфайли катта яраларда шакли нотекис бўлади. Рельеф “ниша” ошқозон ёки ўн икки бармоқли ичакнинг ички юзасида барқарор ёки овал контраст модда йиғилган кўринишга эга.

Яранинг билвосита рентген белгиларига наҳорда ошқозонда суюқлик борлиги, унинг юзасида контраст модданинг тез сўрилиши, ташқи пайпаслашда нуқтали оғриқ белгиси ва қорин соҳасининг маҳаллий таранглашиши, регионар спазм киради. Ошқозон ва ўн икки бармоқли ичакнинг йўғонлашган қисмида спазм яра сатҳида, бироқ патологик жараённинг қарама – қарши томонида (“кўрсатиб турадиган бармоқ белгии”).

Эзофагогастроуденоскопия яра нуқсонини топишга, унинг битишини назорат қилишга, ошқозон шиллик пардаси морфологик тузилишини цитологик ва гистологик баҳолашга, яра малигнизациясини истисно қилишга имкон беради.

Ошқозоннинг секретор функциясини текшириш оптимал даволаш режасини аниқлашда аҳамиятлидир. Ошқозон ва ўн икки бармоқли ичакнинг турли бўлимларини фракцияли зондлаш ва суткалик (24 соатлик) рН – метрия қилиш йўли билан амалга оширилади.

ДИАГНОСТИКАСИ *Helicobacter pylori*

Инвазив тестлар “биопсия”

Ошқозон шиллиқ пардасидан камида 5 та биоптат олинади: антрал ва фундал бўлимлардан иккитадан ва ошқозон бурчаги соҳасидан битта. Микроб эрадикацияси муваффақиятли чиқишини таъминлаш учун бу текшириш даволаш тугагандан кейин 5 – ҳафтадан сўнг ўтказилади.

- Бактериологик усул – ошқозон шиллиқ пардаси биоптатини дифференциал – диагностик муҳитга экиш. Бактерия 37°C ҳароратда 10 кун мобайнида микроаэробли муҳитда инкубация қилинади, шундан сўнг ўнган бактериялар микроскопик ва биокимёвий идентификация қилинади.
- Морфологик усул – *Helicobacter pylori* диагностикасининг “олтин стандарти”.
- Гистологик усул – бактерияларни ошқозон шиллиқ пардаси гистологик кесмаларида Романовский – Гимза бўйича, талуидин кўки билан Уортин – Старри бўйича бўяш.
- Цитологик усул – бактерияларни ошқозон шиллиқ пардаси биоптатлари суртма - нусхаларида Романовский – Гимза грамм усулида бўяш.
- Биокимёвий усул (уреаз синамаси) – ошқозон шиллиқ пардаси биоптатида уни субстрат, буфер ва индикатор сақлаган суяқ ёки гелсимон муҳитга қўйиш билан уреаз активликни аниқлаш. Биоптатида *Helicobacter pylori* бўлганда унинг уреазаси мочевиани аммиакка айлантиради, бу муҳит рН ини бинобарин, индикатор рангини ўзгартиради.
- ПЗР – диагностикаси (полимераз занжирли реакция). Ошқозон шиллиқ пардаси биоптатлари текширилади.

Инвазив бўлмаган синамалар

- Иммунологик усуллар. Кўпроқ скрининг усуллари сифатида эпидемиологик текширишлар ўтказишда ишлатилади. *Helicobacter pylori* га АТ топилишига асосланган.
- Нафас тести – бемор нафас оладиган ҳавода ¹⁴С ёки ¹³С изотопларини аниқлаш, улар *Helicobacter pylori* уреазаси таъсирида ошқозонда нишонланган мочевиана парчаланиши натижасида ажралиб чиқади.
- ПЗР – диагностикаси. Беморнинг фекалийси текширилади.

Эрадикация диагностикаси

Эрадикация – ошқозон ва ўн икки бармоқли ичакда *Helicobacter pylori* бактерияларини тўлиқ йўқотиш.

- Эрадикация диагностикаси антихеликобактер даво курси тугагач, 4 – 6 ҳафта ўтгач ўтказилади.

- Эрадикация диагностикаси кўрсатилган усулларнинг камида иккитаси билан амалга оширилади. Биоптатда бактерияларни бевосита топиш усулларидан фойдаланилганда (бактериологик, морфологик, уреаз) ошқозон танасидан олинган иккита ва антрал бўлимидан олинган бита биоптатни текшириш зарур.

Эрадикацияни аниқлаш учун цитологик усулни қўллаб бўлмайди.

ДИФФЕРЕНЦИАЛ ДИАГНОЗИ

Дифференциал диагностика ҳар хил жойлашган яралар, шунингдек, яра касаллиги (пептид яралар) ва симптоматик яралар ўртасида ўтказилади (1-, 2 – жадвалга қ.).

1 – Жадвал. Ошқозон ва дуоденал яралар дифференциал диагностикаси.

Клиник белгилари*	Дуоденал яра	Ошқозон яраси
Ёши	40 ёшгача	40 ёшдан катта
Жинси	Эркаклар	Иккила жинс вакиллари
Оғриқ	Тунги, очликдан	Овқатдан сўнг
Қусиш	Хос эмас	Кўпинча
Иштаҳа	Нормада, ошган ёки овқатланишдан олдин қўрқув	Пасайган бўлиши мумкин
Асбоблар ёрдамида текшириш:		
Эндоскопия	Фақат диагнозни тасдиқлаш учун	Даволаш тугагандан сўнг 5-6 ҳафта ўтгач яранинг чандиқланишини тасдиқлаш учун такрорланади
Биопсия	Мажбурий эмас ёки <i>Helicobacter pylori</i> ни аниқлаш учун ўтказилади	Кўп сонли биопсия, чўткали цитология ва гистология

* Эндоскопик текширишлар натижаларисиз дифференциал диагностика белгилари ҳисобланмайди.

2 – Жадвал. Пептик ва симптоматик дифференциал диагностикаси.

яралар (ЯКНП чақирган)

ДАВОЛАШ

ДАВОЛАШДАН МАҚСАД

- *Helicobacter pylori* эрадикация.
- Ошқозон ва ўн икки бармоқли ичак шиллиқ қаватининг актив яллиғланишини тўхтатиш.
- Яра нуқсонининг битиши.
- Барқарор ремиссияга эришиш.
- Асоратлар пайдо бўлишининг олдини олиш.

ДОРИЛАРСИЗ ДАВОЛАШ

- Парҳез №1 (1а, 1б), касаллик клиник белгилари намоён бўлишига таъсир қиладиган таомларни рациондан чиқарган ҳолда (масалан, аччиқ зираворлар, маринадланган ва дудланган маҳсулотлар).
- Физиодаво: УЮЧН – давоси (ультра юқори частотали нурлантириш), балчик билан даволаш, парафин ва озокерит аппликациялари, санатор – курорт даволаш (Железноводск, Ессентуки, Пятигорск, Боржоми).

ДОРИЛАР БИЛАН ДАВОЛАШ

***Helicobacter pylori* билан ассоцияланган ошқозон ва ўн икки бармоқли ичакнинг яра касаллиги.**

Эрадикация даво ўтказиш кўрсатилган. Бунга қуйидаги талаблар қўйилади:

- Назорат қилинадиган текширишларда камида 80% ҳолларда *Helicobacter pylori* бактерияларининг йўқолишига олиб келиши керак.
- Қўшимча таъсирлар туфайли даво мажбурий бекор қилинмаслиги керак (5% гача ҳолларда мумкин).
- Даволаш курси муддати 7 – 14 кундан ошмаган ҳолда, унинг самараси кузатилиши керак.

Протон насос ингибитори асосидаги учламчи даво – эрадикация муолажасининг энг самарали тури. Бунда 85 – 90% ҳолларда катта ёшдаги беморларда, 75% ҳолларда болаларда эрадикацияга эришилади.

- Биринчи қатор давоси. Протон – насос ингибитори (омепразол 20 мг., лансопразол 30 мг., рабепразол 20 мг., эзомепразол 20 мг.) ёки ранитидин-висмут-цитратстандарт дозада + кларитромицин 500 мг. + амоксицилин 1000 мг. ёки метронидазол 500 мг.; ҳамма ДВ лар кунига 2 марта 7 кун давомида қабул қилинади. Кларитромицинни метронидазолга нисбатан амоксициллин билан

бирга ишлатиш маъқул, чунки иккинчи қатор давони тайинлаш яхшироқ натижа беради. Кларитромицинни кунига 2 марта 500 мг. дан қабул қилиш уни 250 мг. дан 2 марта қабул қилишга нисбатан самаралиги аниқланган.

- Биринчи қатор даво самара бермаганда иккинчи қатор давондан фойдаланилади. Протон насос ингибитори стандарт дозада кунига 2 марта + висмут субсалицилат 120 мг. дан кунига 4 марта + метронидазол 500 мг. дан кунига 3 марта + тетрациклин 500 мг. дан кунига 4 марта.

Антихеликобактериал давони ўтказиш қоидалари

1. Агар даволаш схемасидан фойдаланиш эрадикацияга олиб келмаса, уни такрорламаслик керак.
2. Даволаш схемасидан фойдаланиш эрадикацияга олиб келмаслиги, бактерияни унинг таркибидагилардан бирига (нитроимидазол ҳоалари, макролидлар) қарши чидамлилик ҳолатга ўтганлигини билдиради.
3. Агар дастлаб биринчи, кейин иккинчи даво схемалари қўлланилганда ҳам эрадикация кузатилмаса, *Helicobacter pylori* штаммининг ишлатиладиган барча антибиотикларга нисбатан сезувчанлигини аниқлаш лозим.
4. Даволаниш курси тугагандан сўнг 1 йил ўтгач, бемор организмида яна бактерия пайдо бўлиши кузатилса, бу ҳолатни реинфекция эмас, балки инфекция рецидиви сифатида баҳолаш керак.
5. Инфекция рецидивидида бирмунча самарали даволаш схемаларини қўллаш керак. Уйғунлаштирилган эрадикацияли даво тугагач, яра касаллигининг дуоденал жойлашувида даволашни яна 5 ҳафта мобайнида, ошқозонда жойлашишида эса яна 7 ҳафта мобайнида давом эттириш, бунда антисекретор препаратларнинг биридан (протон насос ингибиторлари, гистаминнинг H₂-рецепторлари блокаторлари) фойдаланиш зарур.

***Helicobacter pylori* билан ассоцияланмаган яра касаллиги**

Бу ҳолда даволашнинг мақсади касалликнинг клиник белгиларини йўқотиш ва яранинг чандиклантиришдан иборат. Ошқозоннинг секретор активлиги ошганда антисекретор препаратлар тайинланади:

- Протон насос ингибиторлари: омепразол 20 мг. кунига 2 марта, рабепразол 20 мг. дан кунига 1-2 марта, эзомепразол 20 мг. дан кунига 2 марта.
- Гистамин H₂-рецепторлари блокаторлари: Фамотидан 20 мг. дан кунига 2 марта, ранитидин 150 мг. дан кунига 2 марта.
- Зарурат бўлса, антацидлар, цитопротекторлар.

Даволаш самарадорлиги яра ошқозонда жойлашганда – 8 ҳафтадан сўнг, ўн икки бармоқли ичакда жойлашганда – 4 ҳафтадан сўнг, эндоскопик усулда текшириш орқали назорат қилинади.

ШИФОХОНАГА ЁТҚИЗИШГА КЎРСАТМАЛАР

- Аввал асоратланган ошқозон ва 12- бармоқ ичак яра касаллиги.

- Яра касаллигининг ўткир кескинлашган даврида яққол клиник манзараси билан: кучли оғриқ синдроми, қусиш ва диспептик ўзгаришлар.
- Эрадикация қор қилмайдиган *H.pylori* билан боғлиқ оғир кечаётган яра касаллиги.
- Оилавий анамнези оғир бўлган ошқозон яра касаллигининг малигнизациясини инкор қилиш учун.
- Оғир белгилари бўлган яра касаллиги (йўлдош касалликлар).

Шифохонада даволаниш муддати ошқозон ярасида 20 – 30 кун, ўн икки бармоқли ичак (дуоденал) ярасида – 10 кун. Асоратланмаган ошқозон ва ўн икки бармоқли ичак яра касаллигини амбулатория шароитида даволаш керак.

ХИРУРГИК ДАВОЛАШГА КЎРСАТМАЛАР

Яра касаллигининг асоратлари бўлганда: перфорация, малигнизация, пенетрация, қон кетиш ва стеноз.

МУТАХАССИС МАСЛАҲАТИГА КЎРСАТМАЛАР

Яра касаллиги асоратлари борлигига гумон қилинганда хирург, зарур бўлганда онколог маслаҳати тавсия этилади.

КЕЙИНГИ ОЛИБ БОРИШ

Ошқозон, ўн икки бармоқли ичак яра касаллиги зўрайишини олдини олиш учун давонинг 2 тури тавсия қилинади.

- Антисекретор препаратларнинг ярим дозаси билан узлуксиз (ойлаб ва ҳатто, йиллар давомида) даво, масалан, ҳар куни 150 мг. ранитидин, ёки 20 мг. фамотидин, ёки 20 мг. омепразол қабул қилиш. Кўрсатмалар:
 - ◆ Ўтказилган эрадикацияли давонинг самарасизлиги;
 - ◆ Яра касаллиги асоратларида (ярадан қон оқиши ёки перфорация);
 - ◆ ЯҚНДВ қўллаш зарур бўлган йўлдош касалликлар борлиги;
 - ◆ Яра касаллиги билан қўшилиб келган эрозив – ярали рефлюкс – эзофагит;
 - ◆ *H.pylori* га боғлиқ бўлмаган (ассоцияланмаган) яра касаллиги;
 - ◆ Монанд даво курсига қарамай, яра касаллиги ҳар йили қайталанадиган 60 ёшдан ошган беморлар.
- “Талабга мувофиқ” профилактик даво, яра зўрайишига хос белгилар пайдо бўлганда антисекретор препаратлардан бирини 2 – 3 кун мобайнида тўлиқ кундалик дозада, кейин 2 ҳафта давомида ярим дозада қабул қилишни кўзда тутати. Бу давога кўрсатма – *H.pylori* эрадикацияси муваффақиятли ўтгандан сўнг яра касаллиги белгилари пайдо бўлиши.

Агар даводан сўнг зўрайиш белгилари тўлиқ йўқолса, уни тўхтатиш керак. Мабодо белгилар йўқолмаса ёки қайталанса, эзофагогастроуденоскопия ва бошқа текширишларни ўтказиш зарур.

ПРОГНОЗИ

Асоратланмаган яра касаллигида прогноз яхши. Эрадикация муваффақиятли ўтган бўлса, касаллик биринчи йили давомида рецидивлар 6-7% беморларда кузатилади. Касаллик узок йиллар давом этиб, қайталанишлар тез – тез юзага келганда, яра касаллигининг асоратланган турларида, айниқса малигнизацияда прогноз ёмонлашади.

СУРУНКАЛИ ХОЛЕЦИСТИТ

Сурункали холецистит – ўт пуфагини сурункали яллиғланиши бўлиб, ўртача ўткир кечиш билан характерланади ва кўпинча ўт пуфагида тош борлигига боғлиқ бўлади.

Касалликнинг учраши • Тахминан 10% аҳолида учрайди. • Аёллар эркакларга нисбатан 2 марта кўп оғрийдилар • Ёш улғайган сайин касалланиш эҳтимоли ортади.

Этиологияси • Ўт тошлари (90 – 95% ҳолларда) • Ўт пуфагидаги суюқликнинг қуюқлашиши – билирубин тузлари ва холестерин кристалларининг қуюқ аралашмаси • Оғир ҳолатларда унинг литогенлиги ошади ва ўт суюқлигини димланиши билан боғлиқ тошсиз холецистит.

Хавф омиллари • Аёл жинси • 50 – 60 ёшдан ошганлик • Семизлик • Ҳомиладорлик • Перорал контрацептивлар, эстероген сақловчи препаратлар қабул қилиш • Овқатда клетчатканинг кам бўлиши • Ҳайвон гўштларини кўп истеъмол қилиш (вегетарианларда ўт тошлари кам учрайди) • Қон зардобиди ЮЗЛП концентрациясининг пастлиги ва триглицеридларнинг юқорилиги • Жигар циррози (30 % беморларда ўт тошлари аниқланади) • Ёнбош ичак резекцияси, гастрэктомия, холестерин миқдори кам бўлган парҳез, парентерал овқатлантириш, клофибрат билан даволаш, октреотид билан узок даволаниш.

Патоморфологияси • Ўт пуфагининг ўлчами кичрайган • Деворлари қалинлашган, фиброзланган, баъзан кальцификацияланган • Ўт пуфаги ичида – қуюқлашган лойқа ўт суюқлиги (ўт замаскаси) • Шиллиқ қават ярага айланган, чандикли ўзгарган, баъзан тўлиқ емирилган, гистологик тўлақонли димланиш ва инфильтрация аниқланади • Тошлар деворда ёки фиброз тўқимада жойлашган.

Клиник кўриниши • Анамнезида – оилада ўт-тош касаллиги борлиги, хавф омиллари мавжудлиги, ўткир холецистит ҳолатлари ёки аввал ўт санчиғи ҳуружини ўтказганлиги аниқланади • Специфик белгилар йўқ • Қорин дам бўлиши • Ёғли овқатдан сўнг юзага келадиган, эпигастрал соҳада нохуш сезги, кекиришдан кейин камади • Кўнгил айнаши, холедохолитиазда – қушиш • Ўнг

курак соҳасига, тўш суяги орқасига, ўнг елкага берувчи ўнг қовур остида доимий симилловчи оғриқлар • Ўт пуфаги пайпасланганда оғриқ бўлиши, Мерфи симптоми мусбат.

Лаборатория текширувлари • УҚА ва жигарнинг функционал синамалари одатда ўзгаришсиз (зўрайиш кузатилмаганда). Ўзгаришлар зўрайиш даврида бўлади • Ўт пуфаги суюқлиги ♦ Калькулёз холециститда – ўт суюқлиги нисбий зичлигининг ошиши, микролитлар, “қум”, холат – холестерин коэффициентининг пасайиши, холат кислота концентрациясининг пасайиши ва литохолет ўт кислотасини кўпайиши, липидлар комплексини пасайиши, холестерин кристаллари, билирубинат кальций, цилиндрик ва ясси эпителийларни кўп миқдорда бўлиши ♦ Калькулёзсиз холециститда – реакцияси нордон, ўт суюқлигининг нисбий зичлиги пасайган, шиллиқ парчалари, кўп миқдорда лейкоцитлар, цилиндрик ва ясси эпителийлар, ёғ кислота кристаллари, сиалат кислоталар ва аминотрасфераза миқдорининг ошиши, липид комплекси, билирубин, холет кислоталар концентрацияси пасайиши кузатилади.

Асбоблар ёрдамида текшириш • Обзор рентгенограммада баъзан кальцифицирланган ўт тошларини аниқлаш мумкин • УТТ – танлаш усули, фиброзлашган, қалин деворли ўт пуфаги ичида ўт тошларини аниқлаш имконини беради. Ўт пуфагини визуализация қилиш имконияти йўқлиги унинг зарарланганлигининг белгиси ҳисобланади • Перорал холецистография фаолият кўрсатмаётган ўт пуфагини аниқлайди • Тошсиз холециститда УТТ ва перорал холецистография ўзгаришларни аниқламайди, шунинг учун холецистокинин юборилгандан сўнг 15 дақиқа ўтгач ўт пуфаги чиқараётган фракцияларни ўлчаш билан холесцинтиграфия кўрсатилган (нормада у 70 % тенг) • Эндоскопик ретроград холангиопанкреатографияда ўт ва ошқозон ости беши йўллари ҳолатига баҳо берилади • Тери жигар орқали холангиографияда – жигар ичидаги билиар системаси ҳолати баҳоланади • Лапароскопия • Лапаротомия – кам инвазив текшириш усуллари ўтказгандан кейин диагноз қўйишда шубҳа бўлганда қилинади.

Дифференциал диагностикаси • Ошқозон ва ўн икки бармоқли ичак яраси • Диафрагманинг қизилўнгач тешиги чурраси • Таъсирланган йўғон ичак синдроми • Функционал диспепсия • Сийдик йўллариининг сурункали инфекцияси.

ДАВОЛАШ

Парҳез – Певзнер бўйича №5 стол • Паст калорияли, витамин С, ўсимлик клетчаткасига бой бўлган, оқ ва ёғлар миқдори камайтирилган, таркиби кўпроқ ўсимликлардан иборат бўлган озиқ – овқатлар • Суткасига 5 – 6 марта оз – оздан овқатланиш.

Дорилар билан даволаш • Перорал ўт кислоталари билан даволаш сусти ва ўрта даражадаги белгиларда, шунингдек, беморга хирургик амалиёти ўтказилмаганда

ёки ундан бош тортганда қўлланилади. Агар тош рентгенонегативли (холестеринли), диаметри 15 мм. гача бўлиб, ўт йўллариининг ўтказувчанлиги сақланган бўлса, дорилар билан эритиш мумкин ♦ Урсодеоксихолин кислотаси кунда 8 – 10 мг/кг. буюрилади ♦ Хенодеоксихолин кислотаси кунда 12 – 15 мг/кг. (семизликда 18 – 20 мг/кг.гача, дозаси аста секин кўпайтирилади). Ножўя таъсири – диарея ♦ Даволаш узок давом этади (1-2 йил ва ундан кўпроқ) ♦ Иккала кислота аралашмаси (кунда 6 – 8 мг/кг.дан) анча самарали ва хенодеоксихоли кислотасининг ножўя таъсири ривожланишини олдини олиш имконини беради ♦ Бу даво чоралари 40 – 60 % ҳолларда самарали бўлиб, тошлар диаметри 5 мм. гача бўлганда 80 – 90 % 12 ой давомида парчаланadi ♦ Қайталаниш 25 – 50 % беморларда кузатилади, профилактика учун урсодеоксихоли кислотани кунда 200 – 300 мг. қабул қилиш улар сонини камайтиради.

Операция билан даволаш • Холецистэктомия ўт тош касаллигининг клиник белгилари яққол намоён бўлганда, такрорланиб турувчи оғриқ хуружларида қўлланилади ♦ Холедохолитиазга шубҳа бўлганда оператив даводан олдин (лапароскопик ёки анъанавий) эндоскопик холангиография ва конкрементлар экстракцияси билан папиллосфинктеротомия ўтказилади (альтернатив ёндошиш – интраоперацион холангиография, умумий ўт йўлини кўздан кечириш, тошларни чиқариш ва Т - симон дренаж киритиш) ♦ Операция билан даволашдан кейинги кўпгина асоратлар инфекцияга боғлиқ, ўтни микробиологик текшириш зарур.

Асоратлари • Перфорация ва перитонит хавфи бўлган деструктив холецистит • Холангит • Жигар ости холестази ривожланиши билан ўт ҳайдовчи тизим йўллариининг тош билан бекилиб қолиши • Жигарнинг иккиламчи билиар циррози • Панкреатит • Ўт тошларидан ичак тутилиши • Жигар абсцесси • Ўт – ингичка ичак оқмаси • Ўт пуфаги раки.

Кечиши ва прогнози • Прогнози ҳаёт учун хавфли эмас • 2 йил давомида (масалан жигар санчиғидан сўнг) қайталаниш эҳтимоли 40 % ташкил этади.

Қарияларда холециститнинг хусусиятлари • Диагностикаси қийинчилик туғдиради • Асоратлар бўлиш хавфи юқори • Холецистэктомиядан сўнг ўлим эҳтимоли баланд.

ХКК – 10 • К 80 Ўт – тош касаллиги [холелитиаз] • **К 82** Ўт пуфагининг бошқа касалликлари.

КРОН КАСАЛЛИГИ

Крон касаллиги – ошқозон-ичак йўли (ОИЙ) турли бўлимларининг этиологияси номаълум специфик бўлмаган яллиғланиш касаллиги бўлиб, сегментланиб, қайталаниб кечади ҳамда инфильтратлар ва узунасига чуқур яралар хо қилиб, аксарият асоратлар билан ўтади. ОИЙнинг зарарланадиган бўлимига кўра касалликнинг ингичка ичак, йўғон ичак ва аралаш турлари фарқ қилинади •

100.000 аҳолидан 25-27сида учрайди • Ингичка ва йугон ичак турлари – 25%, аралаш тури – 50 % учрайди • Ингичка ичак турида (энг куп 90%) – унинг ёнбош терминал кисмида жойлашади. Шунинг учун бу касалликнинг эски номи – терминал илеит. Патологик жараённинг биринчи авжи – 12-30 ёш, иккинчиси 50 ёш атрофида.

Хавфли омиллар • Наслий мойиллик. Крон касаллигининг тахминан 17% ҳолларида касаллик беморнинг якин қариндошлари орасида аниқланади. Ичак яллиғланиш касалликлари (Крон касаллиги ва носпецифик ярали колит) ривожланишига мойилликни 12p13.2, 12д24.1, 7д22 ва 3p21,2 локуслар белгилайди • Ичакнинг бошқа сурункали яллиғланиш касалликлари • Илеоцикал клапан етишмовчилиги.

Патоморфологияси • Зарарланган ичак деворининг трансмурал яллиғланишдан талайгина қалин тортиши • Бир биридан узок масофада жойлашган зарарланган жойларнинг борлиги (ўчоқли гранулёмалар, чуқур эгри-бугри ёки чизиқсимон яраланишлар). Шунга кўра касалликнинг тарқалишини кенгуру сакрашига қиёслайдилар • Макроскопик кўриниши: «тош терилган кўча - булыжная мостовая» кўринишига эга – нормал шиллик парда участкалари ярали ва гранулематоз ўсиб қалинлашмалар билан алмашган • Микроскопик кўриниши ♦ Шиллик парда остида шиш ва лимфатик фолликуляр гиперплазия ♦ Ретикулоэндотелиал ва лимфоид элементлар пролиферацияси ♦ Гигант ва эпителиоид хужайралардан ташкил топган гранулёмалар • Катталашган, кесмада хира рангли ичактутқич лимфа тугунлари • Чандиқланишда иккиламчи стриктуралар, оқмалар пайдо бўлиши эҳтимоли.

КЛИНИК КўРИНИШИ

- Крон касаллигининг ҳамма турлари учун умумий белгилар ♦ Диарея ♦ Коринда оғриқ, одатда тўлғоқсимон, дефекациядан олдин кучаяди ва ич келганидан сўнг тўхтайтиди ♦ Ичак ўтказувчанлигининг бузилиши (тахминан 25 % беморларда) ♦ Умумий белгилар (иситма, ориқлаш, лоҳаслик, анорексия) ♦ Тўғри ичак оқмалари ва аноректал соҳанинг бошқа зарарланишлари (абсцесслар, стриктуралар) касалликнинг узок кечишига хос ♦ Ичакдан ташқари белгилар: тугунсимон эритема ва гангренали пиодермия, эписклерит, увеит, анкилозловчи спондилит, артритлар (5%).
- Ингичка ичак тури ♦ қоринда аппендицитга ўхшаш оғриқ, дефекациядан кейин камайиши (ич одатда сариқ келади) ва овқатдан сўнг кучайиши ♦ Мальабсорбция белгиси (тана оғирлиги камайиши, анемия, болаларнинг ўсишда орқада қолиши, гипопропротеинемия, шишлар) ♦ Обтурацион ичак тугилиши (учдан бир ҳолларда) ♦ Ичакдан қон кетиши (20%), камдан–кам кўп миқдорда булади.
- Йўғон ичак тури ♦ Ахлат билан қон ва йирингсимон шиллик аралашиб келиши ♦ Қорин бўйлаб оғриқ, кўпинча дефекация акти билан боғлиқ қабзиятлар

(16,6%) ♦ Аноректал соҳа зарарланишлари (40%) ♦ Йўғон ичакнинг диффуз зарарланишлари учун купрок ичак белгилари, сегментар зарарланишлари учун эса касалликнинг ичакдан ташқари белгилари хос ♦ Мегаколон (10%) ♦ Чамбар ичак диффуз зарарланганда ўткир токсик дилатация ривожланиши мумкин ♦ Аноректал соҳа зарарланганда оқмалар пайдо бўлиши.

- Аралаш тури ♦ Қориннинг ўнг ярмида аппендицитга ўхшаш оғриқ ♦ Ичак тутилиши бошқа турларига қараганда кўпроқ кузатилади.

Қўшилиб келадиган касалликлар • Вирусли гастроэнтерит • Артритлар • Тугунли эритема ва пиодермия • Эписклерит, увеит • Бирламчи склерозловчи холангит.

Касалликнинг енгил ва ўртача оғирликдаги турлари бўлган бемор аёллар учун ҳомиладорликка монезлик йўқ.

Клиник босқичлари (қўзиш ва ремиссия даврлари) • Ўткир ♦ Биринчи навбатда диарея, ориқлаш, қоринда симмиллаган оғриқлар (кўпинча унинг ўнг ярмида) кузатилади • Ўртача ўткир ♦ Ярали зарарланишлар сони кўпаяди, гранулёмалар ва ичакнинг сегментар стенози пайдо бўлади ♦ Шу сабабли оғриқлар тўлқинсимон характерга ўтади ♦ Ичак тутилиши белгилари бўлиши мумкин • Сурункали ♦ Склеротик жараённи ичак деворига тарқалиши давом этади ва асоратлар ривожланади.

Лаборатор диагностикаси (носпецифик) • Қон анализи: анемия, ЭЧТ кўпайиши, гипопропротеинемия, электролит бузилишлари, фолат кислота, В12 ва D витаминлари миқдори пастлиги • Хазм ва сўрилиш бузилганда копрологик текширишда стеаторея, амилорея ва креаторея аниқланади.

МАХСУС ТЕКШИРУВЛАР

- ФЭГДС ♦ ОИЙ юкори бўлимларининг зарарланишини аниқлашга имкон беради. Ошқозонда паталогик жараённинг жойлашуви Крон касаллиги ҳамма ҳолларининг 1-1,5%ни ташкил қилади ♦ Ошқозон антрал бўлимининг алоҳида зарарланиши ёки ошқозон ва ўн икки бармоқ ичак бошланғич бўлимининг биргаликда зарарланиши жуда характерли ♦ Кўпинча ошқозон жараёнга ичак зарарланишининг терминал босқичида қўшилади.
- Ректороманоскопия паталогик жараёнга қўшилган тўғри ичакда ўзгаришлар борлигини аниқлашга ёрдам беради (50 % ҳолларда).
- Колоноскопия бутун йўғон ичак ва ёнбош ичакнинг терминал бўлими шиллик пардасини кўздан кечиришга, жараён жойлашувини, зарарланиш ўлчамларини аниқлашга, стриктураларни диагноз қилишга, операцияни бошларидан кечирган беморларда касаллик рецидивини ўз вақтида аниқлашга имкон туғдиради. Йўғон ичак ва чамбар ичак терминал бўлимининг ҳар қандай соҳасидан шиллик пардани мўлжал биопсияси ўтказилади ♦ Операциядан кейинги абсцесслар йирингидан кўп ҳолларда ичак флораси: *Escherichia*, *Bacteroides fragilis*, энтерококклар экилади ♦ Касалликнинг дастлабки даври кам эндоскопик

маълумотлар билан характерланади: Хира тортган шиллик парда; унинг манзарасида оқимтир грануляция билан ўралган афт туридаги эрозиялар, ичак бўшлиғида ва деворларида йирингсимон шилимшиқ кўринади ♦ Шиллик парданинг «тош терилган кўча» тури бўйича рельефи жараённинг энг актив даврида аниқланади. Худди шу босқич учун оқма яралар хо бўлиши хос ♦ Жараён активлиги камайган сайин яраларнинг ёриқлари ўрнида чандиқлар хо бўлиб, стеноз шаклланишига олиб келади.

- Тўлиқ рентгенологик манзарани фақат комплекс текширишда кўриш мумкин (барий аралашмаси билан ичакни зич ёки ярим зич тўлдирганда ва кўшалок контрастлашда) ♦ Жараён ошқозонда жойлашганда Крон касаллигининг рентгенологик кўринишини ошқозон антрал бўлимининг хавфли ўсмасидан фарқ қилиш қийин ♦ Асосий белгилари ♦ Зарарланишнинг сегментарлиги ♦ «Шнур белгии» ♦ Ичакнинг тўлқинсимон ёки нотекис контури ♦ «Тош терилган кўча» рельефини хо қиладиган бўйлама яралар.
- Ичактутқич томирларнинг селектив ангиографияси – интрамурал томир тармоғининг ўзгаришлари билан бирга уларнинг ичактутқич қисмида ўзгаришлар қайд қилинади.
- УТТ қуйидаги имкониятларни яратади ♦ Ичакдаги жараённинг тарқалганлигини аниқлаш ♦ Ичакнинг зарарланган қисми девори қалинлигини ўлчаш ♦ Жараён динамикасини кузатиш ♦ Хазм тизимининг бошқа аъзолари ҳолатини ўрганиш ♦ Даволаш самарадорлигини назорат қилиш.
- КТ оқма йўллар бўйича абсцесслар ва йирик параректал зарарланишларни топишга ёрдам беради.

ДАВОЛАШ

Режими. Кўзиш даврида – шифохонада, ремиссия даврида – амбулаторияда.

Пархез • Касаллик кўзиган даврда оқлар, витаминлар миқдори оширилган механик ёки кимёвий эҳтиётловчи пархез. Сутни кўтара олмасликда уни рациондан чиқариш ва дағал ўсимлик клетчаткаси миқдорини, айниқса ичак қисмлари торайганда чегаралаш (4-пархез) • Овқат калориясини соф оқ сақлайдиган, лактозадан ва ўсимлик клетчаткасидан холи бўлган суюқ озиклантирувчи эритмалар, оқ препаратлари, гидролизланган протеинни ўз ичига олган махсус рационлар ҳисобига ошириш мумкин • Стриктур ёки қайта обструкцияларда дағал ва ел хо қиладиган овқат тановул қилмаслик керак • Диареянинг турли формаларида ёғлар қабул қилишни чегаралаш зарур.

Олиб бориш тактикаси • Организм реактивлигига таъсир кўрсатиш • Аллергик ва яллиғланиш реакцияларини пасайтириш • Инфекция ва интоксикацияни бартараф этиш • Модда алмашинуви ва ферментатив бузилишларни тартибга солиш • Ингичка ичак оғир зарарланганда мальабсорбция синдромини даволаш • Диетодаво ва витаминодаво.

ХИРУРГИК ДАВОЛАШ

- Режали операцияга кўрсатмалар ♦ Жараён оғир келганда ва касаллик тез-тез қайталанганда давомли консерватив даводан самара йўқлигида ♦ Қисман ичак тутилиши билан ўтадиган, консерватив даволашга қарамай тўлик тутилиб қолишга аста-секин яқинлашадиган ичак стриктураси ♦ Крон касаллиги негизида рак ривожланиши.
- Шошилиш операцияга кўрсатмалар ♦ Такрорланадиган ва авж олиб борадиган профуз қон кетишлар ♦ Консерватив даво самара бермайдиган ўткир токсик дилатация ♦ Ичак яралари тешилиши, абсцесслар, оқмалар ва перитонит ривожланиши.
- Оператив аралашувларнинг турлари ♦ Терминал илеитнинг ўткир даврида аппендэктомия қилиш мумкин ♦ Кўр ичакнинг жараёнга кўп тортилганида илиоцекал резекция бажарилади ♦ Одатда операциядан кейинги кечиш лик бўлади; агар оқмалар пайдо бўлса, улар кўпинча зарарланган ичакдан келиб чиқади. Атрофдаги абсцессларни тозаламасдан туриб, оқмаларни яхши даволаб булмайди ♦ Операциялар паллиатив, радикал ва реконструктив-тикланадиган турларга бўлинади ♦ Паллиатив (узиб қўйиш операцияси) – беморнинг ахволи жуда оғир бўлганда ёки қорин ичи инфилтратидида кўшалок стволли илео ёки колостома қўйилади, стриктуралар Фолей катетери ёрдамида кенгайтирилади ♦ Радикал операциялар – ингичка ичак сегменти резекцияси, чамбар ичакнинг сегментар ёки субтотал резекцияси, колэктомия, колпроктэктомия, шунингдек узунлиги кичик чандикли стриктураларда пластик операциялар ♦ Реконструктив-тиклайдиган операциялар.
- Аноректал соҳа зарарланишларини даволаш ♦ Перианал абсцесслар ривожланганда уларни кесиш ва дренаж қилиш. Анал каналнинг тўғри ичак оқмалари ва ёриқлари кўп сонли ёки оғир клиник кечганда операция усулини қўллашни талаб қилади ♦ Перианал соҳа патологиясини оператив даволашга кўрсатмалар имкон борича чегараланиши керак, чунки бундай беморларда жароҳат жуда секин битади. Касалликнинг қайталаниш даражаси ғоят юкори.

ДОРИЛАР БИЛАН ДАВОЛАШ

- Этиотроп даволаш усули мавжуд эмас. Симптоматик: дифеленилтропин 2,5-5 мг.дан, лоперамид 2-4 мг.дан ёки кодеин 15-30 мг.дан кунда 4 марта ичишга-тулгоқсимон оғриқларни ва рўй-рост секретор диареяни камайтириш учун.
- Сульфаниламид препаратлар ♦ Сульфасалазин 500 мг.дан кунда 2 мартадан буюрилади (бемор яхши кўтарганда), дозани хар куни 1 г.гача кунда 4 марта оширилади ва 4-6 хафтадан сунг таъсири сезилади ♦ Месалазин (сульфасалазин ёқмаганда қўллаш мумкин)-кунда 3-4,5 г. ичишга; чамбар ичакнинг пастга тушадиган қисми ва тўғри ичак зарарланганда – per rectum кунда 4 г.
- ГК-касалликнинг ўткир турларида, оғир рецидивларда, бошқа ДВ га чидамли ўртача оғир кўринишларида ♦ Преднизолон кунда 20-40 мг. Ремиссияга

эришилгач, даволанишнинг 4 хафтаси охирига келиб дори дозаси кунда 10-20 мг.гача аста-секин пасайтирилади. Даволаш курси 2 ойгача ♦ Перорал қабулнинг имкони бўлмаганда аввалига преднизолон кунда 240-360 мг.дан венага юборилади, сўнгра 5-7 кун ўтгач кунда 40-60 мг.дан ичишга тайинланади ♦ Йўғон ичак дистал қисми зарарланганда 200 мл. сувга 125 мг.дан кунда 2 марта (эрталаб ва тунга) гидрокортизондан клизмалар қилинади.

- Метронидазол 250 мг. дан кунда 3 марта кўпи билан 8 hafta – енгил ёки ўрта оғирликдаги даражаси кўзиганда, тўғри ичакнинг параректал абсцесслари ёки оқмалари бўлганда.
- Цианокобаламин парентерал – ёнбош ичак зарарланишларида.
- Ремиссия ҳолатини сақлаш учун – месалазин, метотрексат, азатион ёки меркаптопурин (ремиссияни узайтиради) буюрилади.

Муқобил препаратлар • Грамманфий ва анаэроб микроорганизмларга таъсир қиладиган кенг таъсирли антибиотиклар (масалан абсцесс ёки оқма ярасида)

- Сульфасалазин ўрнига – салазодимектоксин.

Кузатиш • Динамик кузатув, беморнинг ҳолати барқарор булганда хар 3-6 ойда умумий амалиёт врач томонидан назорат (Нв микдори, тана оғирлиги, оғриқ синдроми, диарея, систем белгилар) текшируви • Шиллик парданинг шубҳали жойларини биопсия билан назорат колоноскопияси • Ҳар йили – қон биокимёвий анализи, жигар синамалари, протеинограмма • Касалликнинг ингичка ичак турида ёки ингичка ичак сегменти резекциясидан сунг В12 витамини микдорини аниқлаш.

Асоратлари • Касалликнинг авж олиши – ичакда мавжуд зарарланган жойлар кўпайиши ва янгилари пайдо булиши • Оператив даволашдан кейин касалликнинг рецидивини (кўпинча ичакнинг проксимал бўлими зарарланганда) • 15% беморларда оқмаларнинг учраши: тўғри ичак ва анал канал, ичак-қин, ичак-пуфак, ОИЙнинг турли қисмларида ичаклараро ва ташқи оқмалар.

- Ичак ўтказувчанлиги бузилиши тахминан 25% ҳолларда пайдо булади • Йўғон ичакнинг тарқалган зарарланиши аденокарцинома ривожланиш хавфини оширади
- Йўғон ичак перфорацияси ва ичакдан профуз қон кетиши • Қорин бўшлиғида турли сохаларда жойлашган инфилтратлар хо бўлиши • Чамбар ичакнинг ўткир токсик дилатацияси • Крон касаллигида шиллик парда шикастланганда, бактериялар кўп ўсадиган структураларда ёки ичак кўп марта резекция қилинганда мальабсорбцияга олиб келиши мумкин.

Прогнози • Беморларнинг турмуш тарзи купинча касалликнинг сурункали авж олиб кечиши сабабли нисбатан ёмон • Ёшроқ беморлар, айниқса аёллар эркакларга нисбатан 2 маротаба куп ногиронликка учрайдилар • Агар жараён йўғон ичакда кечаётган булса Крон касаллигининг узок прогнози нисбатан яхши.

Профилактикаси • Мунтазам умумий амалиёт врач кузатуви • Рецидивларнинг мунтазам қайталаниб кечишида – уларга қарши профилактик даволаш курслари.

Синонимлари • Гранулематоз колит • Гранулематоз энтерит • Ичак гранулёмаси.

- Крон проктоколити • Терминал илеит • Регионар колит • Регионар илеит.

ХКК – 10 • К50. Крон касаллиги {регионар энтерит}

НОСПЕЦИФИК ЯРАЛИ КОЛИТ

Носпецифик ярали колит (НЯК) – этиологияси номаълум йўғон ичакнинг сурункали яллиғланиш касаллиги бўлиб, шиллиқ парданинг ярали – некротик ўзгаришлари билан характерланади.

Касаллик ҳамма вақт йўғон ичакдан бошланиб, проксимал йўналишдан тарқалади. Йўғон ичакнинг тотал зарарланиши 25% ҳолларда учрайди. Оғир ҳолларда зарарланиш ичак деворининг шиллиқ ости, мушакли ва сероз пардаларига тарқалиши мумкин. Яллиғланган псевдополипоз ва шиллиқ парда крипталарини яраланиши, қон кетиш, йўғон ва тўғри ичакларда яраларнинг пайдо бўлиши хос. Касаллик кўп ҳолларда анемия, гипопропротеинемия ва электролит дисбалансини чақиради, баъзи ҳолларда перфорация ёки чамбар ичак раки пайдо бўлишига олиб келади.

Учраши – 2 – 7: 100.000. Касалланишнинг 2 чўққиси – 15 – 30 ёш (юқори чўққи) ва 50 – 65 ёш (пастки чўққи). Устувор жинс – аёллар.

Классификацияси • Клиник кечишига кўра ♦ Ўткир ♦ Сурункали қайталанувчи ♦ Сурункали узлуксиз • Оғирлик даражасига кўра ♦ Енгил даражаси ♦ Нажас суткасига 4 маҳал ва ундан камроқ, бўтқасимон ♦ Нажас таркибида оз миқдорда қон аралашган ♦ Тана ҳароратининг кўтарилиши, тахикардия, камқонлик хос эмас; тана оғирлиги ва ЭЧТ ўзгармайди ♦ Оғир кечиши ♦ Нажас кунда 20 – 40 маҳал, суюқ ♦ Нажас кўпинча қон аралаш ♦ Тана ҳарорати 38⁰С ва ундан юқори ♦ Пульс минутига 90 ва ундан кўп ♦ Тана вазнининг 20% ва ундан ортиқга камайиши ♦ Яққол ифодаланган камқонлик ♦ ЭЧТ 30 мм/соат ва ундан ортиқ ♦ Ўртача оғир кечиш ўзида енгил ва оғир даража орасида бўлган белгиларни мужассамлаштиради.

КЛИНИК КЎРИНИШИ

- Касаллик бошланиши ўткир ёки аста – секин бўлиши мумкин.
- Асосий белги – қон, йиринг, шиллиқ аралаш, суюқ нажас, тенезм ва дефекацияга сохта чақириқлар билан биргаликда. Ремиссия вақтида диарея тез тўхташи мумкин, аммо нажас одатда бўтқасимон, кунига 3 – 4 марта шиллиқ ва қон аралаш бўлади.
- Қоринда тўлғоқсимон оғриқ. Кўпинча бу сигмасимон, чамбар ва тўғри ичаклар киндик ва кўричак соҳасида кузатилади. Одатда дефекация олдидан оғриқни кучайиши ва ичак нажосатдан бўшалгандан кейин пасайиши хос. Оғриқни жойлашиши зарарланган жойга боғлиқ бўлади.
- Бошқа аъзо ва тизимлар зарарланиши мумкин ♦ Тери ва шиллиқ пардалар: дерматит, афтоз стоматит (5–10%), гингивитлар ва глосситлар, тугунчали (1–3%) ва мультиформли эритема, гангреноз пиодермия (1–4%), оёқлардаги яралар хос ♦ Артралгия ва артрит (15 – 20% ҳолатда), шу жумладан спондилит (3 – 6%) ♦ Офтальмологик асоратлар (4–10%): эписклерит, увеит, иридоциклит, қонъюнктивит, катаракт, кўриш нервининг ретробульбар неврити, роговица яралари хос ♦ Жигар: ёғли гепатоз (7–25%), цирроз (1–5%), амилоидоз, бирламчи склерозирловчи холангит (1–4%), сурункали фаол гепатит.

Лаборатор текширишлар • Периферик қон таҳлили ♦ Камқонлик (постгеморрагик – қон йўқотиш натижасида; яширин яллиғланишга суяк илигининг реакцияси; темир, фолат кислотаси, витамин В₁₂ сўрилишининг бузилиши) ♦ Турли даражали лейкоцитоз ♦ ЭЧТ ошиши ♦ Гипопротромбинемия ♦ Аминокислоталар мальабсорбцияси натижасида ривожланган гипоальбуминемия ♦ α_1 – ва α_2 – глобулинлар миқдорининг ошиши ♦ Гипохолестеринемия • Электролит бузилишлар ♦ Бевосита ионлар, шунингдек витамин D сўрилишининг пасайиши натижасида гипокалиемия ♦ Гипомагниемия.

Махсус текширишлар • Зўрайиш даврида ректороманоскопияни ичакнинг дастлабки тайёргарлигисиз ўтказиш • Ўткир белгилар камайгандан сўнг колоноскопия, чунки касалликнинг оғир кечишида яра тешилиши ёки токсик дилатация бўлиши мумкин ♦ НЯК – енгил даражаси – шиллик пардада донсимон ўзгариш ♦ НЯК ўртача оғир даражаси – тегинганда шиллик парда қонайди, ярали зарарланишлар ва шилликли эксудат кузатилади ♦ НЯК оғир даражаси – ичак шиллик қаватидан тўсатдан қон кетишлар, кўп ярали зарарланишлар ва псевдополипларнинг пайдо бўлиши (эпителий билан қопланган грануляр тўқима) • Ирригография ♦ Гаустрациянинг камайганлиги ёки йўқлиги ♦ Ичак ёриғининг бир текисда торайиши, унинг деворининг қисқариши ва ригидлиги («водопровод трубаси» кўринишида) ♦ Шиллик қаватлари бурмаларининг бўйлама кўриниши улар тузилишининг кичик ва катта тўрсимон типдаги ўзгариши билан ♦ Ичак найининг контурининг аррасимон ва ноаниқ ўзгаришига, яра ва псевдополиплар сабаб бўлади (зўрайиш даврида) ♦ Токсик мегаколон ривожланганда муолажа тақиқланади ♦ НЯК оғир ҳолатларида, колоноскопия ва ирригография тақиқланганда, қорин бўшлиғи аъзоларининг обзор рентгенографияси айниқса муҳим ♦ Йўғон ичакни калталашиши ♦ Гаустрациянинг йўқлиги ♦ Шиллик қаватнинг нотекислиги ♦ Йўғон ичак кенгайиши (токсик мегаколон) ♦ Тешилганда диафрагма остида бўш ҳаво аниқланиши.

Дифференциал диагностикаси • Ўткир дизентерия • Крон касаллиги • Ичак и • Йўғон ичакнинг диффуз оилавий полипозиди • Ишемик колит.

ДАВОЛАШ

Парҳез. Парҳезнинг турли хилллари. Чамбар ичак яллиғланган шиллик қаватининг механик таъсирлардан ҳимоя қилиш мақсадида ҳўл мева ва сабзавотларни исътемом қилмаслик тавсия этилади. Баъзи беморларда сутсиз парҳез клиник белгиларнинг камайишига сабаб бўлади, аммо самара бермаганда ундан воз кечиш керак.

ОЛИБ БОРИШ ТАКТИКАСИ

- Тўсатдан зўрайишда ичакни овқатдан озод этиш ҳамда вена ичига суюкликларни қисқа давр мобайнида юбориш тавсия этилади. Тўлиқ парентерал озикланиш ичакнинг узок вақт дам олишига имконият беради.
- Салицилосульфаниламид воситалар касалликнинг барча оғирлик даражаларида самарали бўлиб, ремиссияга олиб келади ва хуружлар сонини камайтиради ♦ Сульфасалазин 0,5-1,0 г. дан кунига 4 марта клиник белгилар камайгунча,

сўнгра қайталанишлар профилактикаси учун кунига 1,5-2 г. дан узок муддат давомида (2 йилгача) ♦ Салазодиметоксин 0,5 г. дан кунига 4 марта, 3-4 ҳафта давомида, сўнгра 0,5 г. дан кунига 2-3 мартадан, 2-3 ҳафта давомида буюрилади ♦ Месалазин – 400-800 мг. дан кунига 3 марта 8-12 ҳафта давомида; қайталанишлар профилактикаси учун 400-500 мг. дан кунига 3 марта, зарурат бўлганда бир неча йил давомида. Дорини овқатдан кейин қабул қилиб, кетидан кўп миқдорда суюқлик ичиш лозим. Чап томонлама НЯК да препарат ректал (шам ва клизмалар) қабул қилиниши мумкин. Сульфасалазин препаратини кўтара олмасликда ва уни қўллаш кам самарали бўлган ҳолатларда тавсия этилади.

- ГК – касалликнинг ўткир турларида, оғир қайталанишларда ва ўрта оғир кечишларида бошқа ДВ ларига чидамлилиқ ривожланганда тавсия этилади ♦ Дистал ва чап томонлама колитларда – гидрокортизон 100-250 мг. дан кунига 1-2 марта, ректал томчилаб ёки микроклизма қилиб юбориш. Препарат самарали таъсир қилганда уни ҳар куни 1-ҳафта давомида, сўнгра кун-ора 1-2 ҳафта давомида, сўнгра секин – аста 1-3 ҳафта давомида препарат бекор қилинади ♦ Преднизолон кунига – 1 мг/кг. ичишга, ўта оғир ҳолларда кунига – 1,5 мг/кг. Ўткир ҳуруж даврида кунига 240-360 мг. дан в/и га юборишга кўрсатма берилиши мумкин, кейинчалик оғиз орқали қабул қилишга ўтилади. Клиник ҳолат яхшиланганидан 3-4 ҳафта ўтгач, преднизолоннинг дозаси аста – секин 40-30 мг. гача камайтирилади, сўнгра даволашга сульфасалазинни қўшиш мумкин, преднизолон кейинчалик тўлиқ бекор қилинади.
- Ёрдамчи восита сифатида сульфасалазин ёки ГК билан биргаликда – кромоглицин кислотаси бошланғич дозаси кунига 200 мг. дан 4 марта, овқатдан 15 дақиқа олдин тавсия этилади.
- Енгил ва ўртача клиник кўринишларида, токсик мегаколон белгилари бўлмаганда, эҳтиёткорлик билан ич қотирувчи (масалан, лоперамид 2 мг.) лар ёки антихолинергик препаратлар тавсия этилади. Аммо ичак қисқаришини фаол тормозловчи препаратларни қўллаш йўғон ичакнинг токсик дилатациясига олиб келиши мумкин.
- Иммунодепрессантлар, масалан, меркаптопурин, азатиоприн, метотрексат (25 мг. м/о ҳафтасига 2 марта), гидроксихлорохин.
- Камқонлик ривожланиши хавфида – темир препаратлари ичишга ёки парентерал юбориш; катта қон кетишларда – гемотрансфузиялар.
- Токсик мегаколонда – ич қотирувчи ва антихолинергик препаратларни зудлик билан бекор қилиш. Интенсив инфузион даво (натрий хлориднинг 0,9% ли эритмаси, калий хлорид, альбумин) ♦ Кортикотропин кунига 120 ТБ ёки гидрокортизон кунига 300 мг. дан в/и томчилатиб ♦ Антибиотиклар (масалан, ампициллин 2 г. дан ёки цефазолин 1 г. дан в/и ҳар 4-6 соатда).

Қарши кўрсатмалар • Сульфасалазин – препаратга ўта сезувчанликда, жигар ва буйрак етишмовчиликларида, қон касалликларида, порфирияда, глюкозо-6-фосфат дегидрогеназа етишмовчилигида, эмизикли боласи бор аёлларга тавсия этилмайди

- Месалазин – салицилатларга ўта сезувчанликда, қон касалликларида, жигар

етишмовчилигида, ошқозон ва ўн икки бармоқли ичакнинг яра касалликларида, 2 ёшгача бўлган болаларга, эмизувчи аёлларга буюрилмайди.

Хирургик даволаш • Кўрсатмалар ♦ Асоратлар ривожланиши ✦ Токсик мегаколон (интенсив медикаментоз даво 24-72 соат давомида самарасизлигида); ✦ Тешилиш ✦ Консерватив даволаш самара бермаганда (кам ҳолларда юзага келади) кўп қон кетиш ✦ Карцинома ✦ Ичак стриктураларида карциномага шубҳа қилинганда ♦ Консерватив даволашнинг самарасизлигида, касалликнинг тез ривожланишида ♦ Ўсмирларда бўй ўсиши тўхтаганда ва буни консерватив даволаш самара бермаганда ♦ Шиллик қаватнинг дисплазияси ♦ Касалликнинг 10 йилдан ортиқ муддат давомида кечиши (рак ривожланишининг ҳавфи жуда юқори) • Хирургик даволашнинг қуйидаги гуруҳлари фарқланади ♦ Паллиатив – икки найли илео- ёки колостома қўйиш ♦ Радикал – чамбар ичакнинг сегментар ёки субтотал резекцияси, колэктомия, колопротэктомия ♦ Қайта реконструктив – чов-тўғри ичак ёки чов-сигма ичак анастомозини «учи-учига» қўйиш.

Асоратлар • Чамбар ичакнинг ўткир токсик дилатацияси (диаметри 6 см гача) (токсик мегаколон) 3-5% ҳолларда ривожланади. Бу эҳтимол чамбар ичак шиллик қаватининг катта қисми яллиғланиши ва ичакнинг нерв билан бошқариш функциясининг бузилиши натижасида вужудга келади. Холинолитикларнинг ва ич қотирувчи препаратларни мос тавсия этмаслик асоратлар юзага келишида алоҳида аҳамият касб этади. Беморнинг аҳволи одатда оғир, тана ҳароратининг кўтарилиши, қорин соҳасида оғриқ, лейкоцитоз, дармонсизлик, ҳолсизлик, чарчоқни ҳис қилиш, ўлим ҳолатлари юзага келиши мумкин. Даволаш – 48-72 соат давомида дорилар билан интенсив даволаш. Олиб борилаётган даволашнинг самарасизлиги зудлик билан тотал эктомия қилишга кўрсатма ҳисобланади. Ўлим ҳолатлари 20% ни ташкил этади, 60 ёшдан катта беморларда ундан ҳам юқори.

- Кўп қон кетишлар. НЯК нинг асосий белгиси – тўғри ичакдан қон кетиш (қунига 200-300 мл. гача). 300-500 мл. дан кам бўлмаган қон кетиши кўп деб ҳисобланади.
- НЯК да йўғон ичак ярасининг тешилиши 3% ҳолларда кузатилиб кўпинча ўлимга олиб келади • Стриктуралар – 5-20% ҳолларда учрайди • Йўғон ичак раки. Чамбар ичак субтотал ва тотал зараланишларида ва касаллик 10 йилдан ортиқ муддатда давом этганда йўғон ичак раки пайдо бўлиш эҳтимоли кўпаяди (10 йилдан кейин карцинома хавфи 10% гача, 20 йиллик муддатда 20% гача, ва 25-30 йиллик муддатда 40% гача беморларда ривожланиш хавфи бор) ♦ НЯК негизида ривожланадиган ичак раки одатда кўп ўчоқли ва агрессив бўлади ♦ Касаллик давомийлиги 8-10 йилни ташкил этган НЯК ли беморларда ҳар йили 10-20 см. масофада биопсия билан колоноскопик текшириш усуллари тавсия этилади. Юқори даражали дисплазияда профилактик тотал колонэктомия ўтказиш эҳтимоли бор.

Синонимлар • Носпецифик ярали-геморрагик колит • Ярали идиопатик колит • Ярали-трофик колит • Ярали проктоколит • Ярали-геморрагик ректоколит • Йирингли геморрагик ректоколит.

Қисқартириш: НЯК – носпецифик ярали колит.

ХКК – 10 • К15 Ярали колит.

ЎТКИР ИЧАК ИНФЕКЦИЯЛАРИ

АСОСИЙ ҲОЛАТЛАР

- Беморлар симптоматик даволанади, ботулизм бундан мустасно. Агар овқатдан захарланиш сабаби номаълум бўлса, бу ҳақда унутмаслик керак.
- Врач ҳаракатлари гастроэнтерит белгиларини бартараф этишга, сув – электролит гомеостазини тиклашга ва инфекция тарқалишини олдини олишга қаратилади.
 - ◆ Текшириш учун бемор(лар) ва у(лар) билан алоқада бўлган кишилар нажаси юборилади. Ахлат массалари сальмонеллалар, шигеллалар, кампилобактериялар ва иерсенияларга, шунингдек оммавий эпидемия вақтида вирусларга ҳам текширилиши керак.
 - ◆ Агар инфекциянинг сув орқали тарқалишига ва эпидемия ривожланишига гумон қилинса, ахлат скрининг усулида текширилиши керак. Текширилувчилар ва уларнинг сони лаборатория ва атроф муҳитни ҳимоя қилиш хизмати билан келишилган бўлиши лозим.
 - ◆ Агар инфекция манбаи озиқ овқат маҳсулотли эканлигига гумон қилинса, бу маҳсулотлар ҳам текшириш учун юборилади.
 - ◆ «Ўткир ичак инфекцияларига нисбатан эпидемияга қарши тадбирлар ўтказиш ҳақидаги йўриқнома»га биноан олинган материал (қусуқ массалари, ошқозоннинг ювинди сувлари, ахлат) энтеропатоген бактериялар гуруҳидаги кўзгатувчиларни аниқлаш учун текширишга юборилади. Бошқа гуруҳ кўзгатувчиларни аниқлаш учун текширишни (вируслар, шартли патоген бактериялар, иерсениялар, кампилобактерлар) муайян шароитлардан (клиникаси, мавсумийлиги, эпидемик ҳолатга) келиб чиққан ҳолда врач белгилайди. Бу йўлланмада алоҳида кўрсатилади.

ТАЪРИФИ

- Овқатдан захарланишни бактериялар, бактерияларнинг токсинлари ва вируслар келтириб чиқаради. Белгилар зарарланган овқат истеъмол қилингандан бироз вақт ўтгач, кўпинча 24 соат ичида, тўсатдан бошланади. Агар кўзгатувчи сальмонеллалар ёки кампилобактер бўлса, яширин давр чўзилиши мумкин.

ЭТИОЛОГИЯСИ

- Овқатдан захарланишга кўпинча қуйидаги микроорганизмлар сабаб бўлади.
 - ◆ Бактериялар: *Staphylococcus aureus*, *Clostridium perfringens*, *Bacillus cereus*, *Salmonella* ва *Campylobacter* турлари.
 - ◆ Вируслар: потовируслар, SRSV – вируслар (инглиз тилидан. small round structured viruses, юмалоқ шаклдаги майда вирус заррачалари), аденовируслар, астровируслар, калицивируслар. SRSV – вируслар барча ёшдагиларни зарарлайди, қолганлари асосан болаларда гастроэнтерит ривожланишига сабабчи бўлади.

- ◆ Ўткир ичак инфекциясининг талайгина қисми этиологияси аниқланмайди.
- Бошқа мамлакатга саёҳат вақтида юзага келган ўткир ичак инфекциясида, кўпинча *Salmonella* ларнинг бирор тури сабаб бўлади.
- *Clostridium botulinum*.
 - ◆ Бу микроорганизмдан зарарланиш камдан – кам учрайди, лекин жуда оғир ўтади.
 - ◆ Инфекция юққанда нерв системаси жароҳатланади.
- Кенг тарқалган кўзғатувчилар сабаб бўладиган овқат токсикоинфекциялари белгилари №... жадвалда келтирилган.

Жадвал. Энг кўп учрайдиган ўткир ичак инфекцияларининг белгилари

Белгилар	<i>Staphylococcus aureus</i>	<i>Clostridium perfringens</i>	<i>Bacillus cereus</i>	<i>Salmonella</i>
Бошланиши	Ўткир	Ўткир	Ўткир	Кўпинча ўткир
Инкубацион даври (соат)	3 – 4 (1 – 6)	10 – 12 (10-20)	8 – 16	6 – 72
Қусиш	Одатдагидек	Кам	Кам	Тез-тез
Диарея	Яққол	Яққол	Яққол	Хос
Қоринда оғриқ	Ўртача	Кучли	Кучли	Ўртачадан то кучлигача
Тана ҳарорати кўтарилиши	Типик эмас	Хос эмас	Хос эмас	Хос
Аҳвол оғирлашиши	Яққол, ўткир	Аҳамиятсиз	Аҳамиятсиз	Хос
Бўғимларда оғриқ	Бўлмайди	Бўлмайди	Бўлмайди	Бўлиши мумкин
Давомийлги	5 – 12 соат	6 – 24 соат	6 – 24 соат	Бир неча кун

АНАМНЕЗИ

Қуйидагиларни аниқлаш керак.

- Касаллик бошланган аниқ вақти.
- Шикоятларни аниқлаштириш: ич кетиши, қусиш, ҳарорат кўтарилиши, кўнгил айниши, оғриқлар.
- Сўнгги бир неча ҳафталарда беморнинг бошқа мамлакатларга борган-бормаганлиги.
- Сўнгги 24 соат ичида бемор нима истеъмол қилган.
 - ◆ Овқатни ким тайёрлаган.
 - ◆ Бемор умумий овқатланиш муассасаларида овқатланганми.
 - ◆ Худди ўша овқатни яна кимлар, неча киши истеъмол қилган.
 - ◆ Беморнинг ўзи қайси маҳсулотдан гумон қилмоқда.
- Бемор ўз касбининг хусусиятларига кўра зарарланиш манбаи бўла оладими.
 - ◆ Озиқ - овқат саноатида ишлайди.
 - ◆ Тиббиёт ходими бўлиб ишлайди.
 - ◆ Мактабда болалар билан мулоқотга киришади.
 - ◆ Болалар боғчасида ишлайди.
- Ўткир ичак инфекциясининг оғир-енгиллиги беморнинг ёшига боғлиқ (чақалоқлар ва қарияларда кўпинча оғир кечади). Бундан ташқари, касалликнинг кечишида кўшилиб келадиган сурункали касалликлар бор - йўқлиги ҳам аҳамиятга эга.

ДАВОЛАШ

- Кўп миқдорда суюқлик ичиш, зарурат бўлса, перорал регидратацияловчи даво.
- Тинчлик, зарур бўлса, 1-2 кунгача ишдан озод этиш.
- Ич кетиш ва йўқотилган суюқликни тиклашга қаратилган симптоматик даво.
- Гўдаклар, қариялар, сурункали касаллиги бор беморлар сальмонелла ёки кампилобактерни юқтирганлиги гумон қилинса, антибиотиклар тайинлаш.
 - ◆ Беморга шахсий гигиена қоидаларига риоя қилишни – ҳожатхонага боргандан сўнг, овқатланишдан олдин қўлни совунлаб илиқ сувда ювиш кераклиги эслатиб туриш.
 - ◆ Беморларнинг бошқалар учун овқат тайёрлашлари мумкин эмас.
 - ◆ Умумий овқатланиш муассасаларида мактаб, болалар боғчасида хизмат кўрсатадиган, зарарланиш манбаи бўлиб хизмат қилиши мумкин бўлган кишиларни ишдан вақтинча четлатиш.
- Антибиотиклар қабул қилиш фақат ахлатни текширилгандан кейингина бошланади.

Эпидемиянинг сабабини аниқлаш зарур:

- Агар шифохона шароитида касалланганлар бўлса, бош врач ёки инфекционист шароитни баҳолаши керак. даволаш муассасаси бир вақтнинг ўзида даволаш ишларини ва санитария тадбирларини (ахлатни текшириш) амалга ошириши лозим.

- Агар инфекция манбаи сифатида умумий овқатланиш муассасаси, тайёр озиқ-овқат маҳсулотлари савдоси билан шуғулланувчи дўкон гумон қилинса, масъул навбатчи гумон қилинаётган маҳсулот у ерда қолган ёки сотиб бўлинганлигини аниқлаши зарур. Лекин кўпинча бу маҳсулот «тугаган ёки ташлаб юборилган» бўлади. Амалда бу вазифани санитария-эпидемиология назорати ходимлари бажаради. Текшириладиган аҳолини ва текширувлар хажмини врач-эпидемиолог белгилаб беради.
- Анамнез ва касалликнинг кечиш хусусиятларидан келиб чиқиб, кўпинча касалликка сабабчи микроб ёки озиқ-овқат маҳсулотни аниқлаб олиш мумкин. Инфекция кўпинча қуйидаги масулотларда мавжуд бўлади:
 - ◆ Музлатилган гўшт ёки балиқ.
 - ◆ Нимталанган яхна гўшт.
 - ◆ Устрицалар.
 - ◆ Дуккакли ўсимликлар, салат, соуслар ва музлатилган мевалар.
 - ◆ Тухум ёки майонез.
 - ◆ Сут ва кандолат маҳсулотлари.
 - ◆ Дам олиш кунлари сотувга чиқарилган гўшт маҳсулотлари, таркибида гўшт бўлган бошқа маҳсулотлар ва пишлоқ.
- Хом ва тайёр озиқ-овқат маҳсулотларининг намуналари бактериологик ва вирусологик текшириш учун лабораторияга юборилади.
- Озиқ-овқат маҳсулотларини текшириш билан бир қаторда умумий овқатланиш муассасалари ва ошхона анжомлари билан ишловчи ходимлар ҳам текширилади.
 - ◆ Қўллар – ҳар хил яралар, тери тошмалари бор-йўқлиги: бундай ходимлар инфекция манбаини аниқлаш мақсадида текширилади.
 - ◆ Умумий овқатланиш муассасаларида ишловчи ходимларида касаллик белгилари аниқланса, уларни инфекция ўчоғини чегаралаш учун ишдан вақтинча четлатиш лозим.
 - ◆ Идиш - товоқлар: пичоқлар, тахтакачлар, сочиқлар, ошхона комбайнлари ва хоказолардан фойдаланмаслик.

ҚУЛОҚДАГИ ОҒРИҚ

АСОСИЙ ҚОИДАЛАР

- Анамнез йиғиш ва физикал текшириш ўтказиш йўли билан кулоқдаги оғриқни аниқлаш зарур.
- Халқумдаги ёки бўйиндаги ҳар қандай анатомик тузилмадан кулоқ соҳасига оғриқ ўтиш имкониятини кўриб чиқиш лозим.

БИРЛАМЧИ ҚУЛОҚ ОҒРИҒИ

- Оғриқ манбалари – кулоқ ёки унинг яқинида жойлашган соҳалар.
- Оғриқ ташқи эшитиш йўли, ўрта кулоқдаги яллиғланиш ёки шикастланишдан келиб чиққан бўлиши мумкин.
- Сурункали отитда оғриқ кўпинча асоратлар ривожланганидан дарак беради.

- Оғриқ ташқи эшитув йўли ёки ўрта кулоқ хавфли ўсмасининг биринчи белгиси бўлиши мумкин. Оддий кўздан кечирганда ташқи эшитув йўлидаги ўсмани ҳамма вақт ҳам аниқлаб бўлавермайди. кулоқни микроскопия ва биопсия қилиш зарурати туғилиш эҳтимоли бор.
- Совуқ ҳаво ва шамолда, айниқса ташқи эшитув йўли кенг бўлганда кулоқда оғриқ пайдо бўлиши мумкин. Бундай оғриқ илиқ жойда тез тўхтайд.
- Невралгиялар камдан-кам биров булиш эҳтимоли йук эмас.

УЗАТИЛАДИГАН ИККИЛАМЧИ ОҒРИҚ

- Қулоққа оғриқ олисдаги анатомик тузилмалардан узатилиши мумкин.
- Узатиладиган оғриқнинг энг кўп учрайдиган сабаби чайнов мушаклари дисфункцияси ёки тишлаш нуқсонидир. Чакка пастки жағ бўшлиғидаги оғриқ бевосита бўғимда эмас, балки кулоқда сезилади. Тиш оғриги ҳам кулоққа ўтиши мумкин. Қулоқдаги оғриқ сабаби номаълум беморда тишларни текшириш, чайнов мушаклари ва чакка-пастки жағ бўғимларини пальпация қилиш керак.
- Қулоқ олди беши касалликлари ҳам кулоққа оғриқ бериши мумкин.
- Бўйин соҳасида пайдо бўлган оғриқ баъзан кулоққа ўтади. Бўйин мушакларининг таранглашиши натижасида кўпинча тўш-ўмров-сўрғичсимон мушак ёпишадиган жойда оғриқ пайдо қилади. Шунингдек кулоқдаги оғриқ аксарият бўйин синдромида юзага келади. Қулоғи оғрийдиган беморда бўйин мушакларини пальпация қилиш лозим.
- Халқум касалликлари – кулоқдаги иккиламчи оғриқнинг энг кўп сабабчиси. Тонзиллит ёки перитонзиллитлар абсцессдан келиб чиққан оғриқ кулоққа тил-халқум нерви орқали узатилади.
- Халқум, тил ёки танглайдан ўтган кулоқдаги оғриқ зўрға аниқланадиган патология, масалан кичкина ўсмага боғлиқ бўлиши мумкин.
- Оғриқ кулоққа қизилўнгач, қалқонсимон без ёки бронхлардан адашган нерв тармоқлари орқали ўтиш эҳтимоли бор. Қулоқ оғриғининг энг кўп сабабчиси товуш бойламларининг хавфсиз ярасидир, баъзан эса хикилдок раки ҳам аниқланади.
- Кўкрак ва бўйин йирик артериялари деворининг ёрилишлари ёки бошқа бузилишлари ҳам кулоқда оғриқ пайдо қилиши мумкин, бунда оғриқ симпатик нерв толалари бўйлаб ўтади.

ҚУЛОҒИ ОҒРИЁТГАН БЕМОРНИ ДАСТЛАБКИ ТЕКШИРИШ

- Оториноларингологик текшириш.
 - ◆ Отоскопия.
 - ◆ Ларингоскопия.
 - ◆ Олдинги ва орқа риноскопия ва билвосита ларингоскопия.
 - ◆ Чакка – пастки жағ бўғимларини пальпация қилиш (бемор оғзини кўп марта очиб-юмганида бўғимни жимжилоқ билан текшириш лозим).
 - ◆ Бўйинни пальпация қилиш.
- Рентгенологик текширишлар.

- ◆ Бурун олди синусларини.
- ◆ Ортопантомография
- ◆ Умуртқанинг бўйин қисмини (агар бўйин синдроми тахмин қилинганда)

КЕЙИНГИ ТЕКШИРИШЛАР

- Агар кулоқдаги оғриқ сабаби синчиклаб анамнез йиғиш ва клиник текширишда аниқланмаган бўлса, мунтазам кузатиш ва мутахассислар маслаҳатини олиш йўли билан хавфли ўсмаларни инкор қилиш керак. Иккинчи даражали вазифа – оғриқни симптоматик даволаш.

ЭШИТИШ ҚОБИЛИЯТИ БУЗИЛИШЛАРИДА ЁРДАМ

ЭШИТИШ ҚОБИЛИЯТИ БУЗИЛИШИНИ ТИКЛАШГА МУҲТОЖ БЎЛГАН КИШИЛАР СОНИ

- Реабилитация тадбирлари талаб этадиган эшитиш бузилишларининг тарқалганлиги (одатда эшитув аппаратидан фойдаланиш) Ғарбий Европа мамлакатлари аҳолиси ўртасида 5 %ни ташкил қилади.
- Эшитишни яхшилаш бўйича реабилитация тадбирлари 55 ёшдаги кишиларнинг 3 % ва 75 ёшдагиларнинг 22 % га зарур.
- Ўзбекистон Республикасида ҳам эшитиши бузилган кишилар аҳолининг анча қисмини ташкил қилса ҳам бироқ аниқ маълумотлар йўқ ◆ Республикамизда уларни эрта аниқлаш ва қабулга келган ҳар бир беморни бирламчи оториноларингологик текширувдан ўтказиш умумий амалиёт врачларининг асосий вазифаларидан бири булмоғи даркор.

ЭШИТУВ АППАРАТЛАРИ

ИШЛАШ ТАМОЙИЛЛАРИ

- Эшитув аппаратларининг турлари.
 - ◆ Кулоқ орқасига ёки кузойнақларга жойлаштириладиган аппаратлар (тахминан 75 % кишилар фойдаланади)
 - ◆ Эшитув йулига жойлаштириладиган аппаратлар (тахминан 20 % кишилар фойдаланади) эшитиш қобилияти енгил ёки ўртача бузилганда қўллаш мумкин. Бу аппаратлардан фойдаланиш учун қўллар етарли даражада чاقқон ва кўриш ўткирлиги қониқарли бўлиши керак.
 - ◆ Чўнтақ аппаратларини (тахминан 5 % кишилар фойдаланади) эшитиш қобилияти жиддий пасайган ёки юқорида санаб утилган (мўъжаз) аппаратлардан фойдалана олмайдиган кишилар ишлатишлари лозим.
- Одатда товуш эшитув йулига ҳаво тебранишлари воситасида узатилади. Агар беморда сурункали ўрта отит ёки эшитув канали атрезияси бўлса, суякдан ўтказувчан вибратор ёки бевосита суякка имплантация қилинадиган аппаратдан фойдаланиш мумкин.

- Эшитув аппаратларидан фойдаланиш учун муайян кўникмалар зарур. 15-25 % ҳолларда беморлар етарлича сабаб йўқлиги ёки фойдаланишни билмасликлари оқибатида уларни ишлата олмайди.
- Эшитиш мосламалари «наушниклар»ни мунтазам кўздан кечириш ва текшириб туриш керак. қувват берадиган аппаратларни вақтида алмаштириб туриш лозим. Бирламчи ҳамда тиббий ёрдам муассасаларида эшитув аппаратларидан фойдаланиш бўйича ёрдам кўрсатиш зарур.

ЭШИТУВ АППАРАТЛАРИ ИШИ БУЗИЛИШЛАРИНИНГ КЕНГ

ТАРҚАЛГАН САБАБЛАРИ

- Мосламанинг ўрнидан жиши: бу ҳолда юқори тўлқинли шовқин пайдо бўлади. Эшитув аппарати ҳолатини тузатиш керак.
- Қулоққа тақиладиган мослама етарлича махкамланмаган: бу ҳолда ҳам юқори тулқинли шовқин пайдо бўлади. Мос келадиган эшитиш мосламасини танлаш керак.
- Мослама қулоқ ичидаги «сера» билан ифлосланган: товушлар эшитилмайди. Аппаратни тозалаш лозим. Эшитиш мосламасини совун эритмаси ёки махсус дезинфекция қиладиган восита билан тозалаш зарур. Аппарат ҳамма вақт қуруқ булиши керак. Эшитув йўли ичидаги аппарат канали махсус мослама билан тозаланади.
- Қувват берадиган батарея «ўтириб қолган» ёки жиган. Батареяни алмаштириш ёхуд тўғрилаб қўйиш лозим.
- Нобоп турдаги батарея: рух батареялар ишлатилганда айрим аппаратлар ғувиллаган товуш чиқаради. Бу батарея турини бошқаси билан алмаштириш керак.
- Аппаратнинг қулоқ орқасида турадиган ташқи қисми қаттиқ ёки синган: юқори тулқинли шовқин пайдо бўлади; унинг калталиги ҳам шу муаммога сабаб бўлади. Аппаратнинг шу қисмини алмаштириш керак.
- Чўнтак аппарати сими узилган ёки контакт йуқ: аппарат ишламайди. Симни ўзгартириш лозим.
- М-Т переключатель нотўғри ҳолатда: аппарат ишламайди. Переключателни тўғри қуйиш керак: М – микрофон учун, Т – индукция контури учун.

ЭШИТУВ АППАРАТИ ФУНКЦИЯСИНИ ТЕКШИРИШ

- Юқорида санаб ўтилган тартибдаги рўйхатга биноан бажарилади.
- Тўғри ишлайдиган аппаратда акустик контурни (юқори тўлқинли шовқин) овозини максимал кучайтириб уни бураш йўли билан ҳо қилиш мумкин. Чўнтак аппаратида бунинг учун унга микрофонни яқинлаштириш керак. Ташқи эшитув

йўлида ёки кулок орқасида ўрнатиладиган аппаратларни кафт билан ёпиш лозим. Агар бунда юқори тулкинли шовқин пайдо бўлмаса (батареялар нормал ва тўғри қўйилган бўлса), аппарат носоз ва уни техник кўриқдан утказиш лозим.

- Товуш сифатини эшитиш мосламаси текширилувчи кулоғига қўйиб текширилади. Муқобил усул – махсус стетоскопик эшитиш мосламаларидан фойдаланишдир. Эшитув аппаратидаги товушнинг одатдагига ўхшамаслигини ҳисобга олиш лозим.

БОШҚА МОСЛАМАЛАР

КОММУНИКАТОРЛАР

- Улар хатто чўнтак аппаратларини ишлата олмайдиган кексалар учун мўлжалланган.

СИГНАЛЛИ ЖИҲОЗЛАР

- Эшик кулфлари.
- Телефон қўнғироғи.
- Тебранадиған будильник.
- Телефон ва эшиқ қўнғироғи учун ёруғлик индикатори.
- Йиғлаётган чақалоклар учун сигнализация

ТЕЛЕФОН ОРҚАЛИ МУЛОҚОТНИ ЯХШИЛАШ

- Кучайтиргич (уитель).
- Телефон учун кучайтирувчи адаптор, ундан шунингдек телефон акустик сигнални эшитув аппарати ёрдамида эшитиладиган индуктив сигнал билан алмаштириш учун фойдаланиш мумкин (М – Т переключатели «Т» ҳолатида булиши керак).
- Телефон тексти (эшитиш жиддий бузилганда).

МАИШИЙ ЭЛЕКТРОНИКА,

ИНДУКТИВ ЭШИТИШ

- Қўшимча эшитиш мосламалари (симсиз инфрақизил эшитиш мосламалари мавжуд, эшитув аппарати бўлган беморлар улардан бир вақтда фойдаланмасликлари керак).
- Маиший техниканинг қўшимча чиқиш қисмига мўъжаз индукция маркази ўрнатиш лозим ёки хонада товушни кучайтирувчи алоҳида мослама ўрнатилади (бу «Т» режимига ўтказиладиган эшитув аппарат орқали товушларни эшитишга имконият беради).
- Индукцияли мосламалар жамоат биноларида (масжид, черков, театрлар, идоралар ва б.к.) бўлиши керак. Уларни давлат муассасаларида ҳам ўрнатиш лозим.

ЎҚУВ ЮРТЛАРИ УЧУН ЖИҲОЗЛАР

- Ўйинчоқлар, ёзиб оладиган мосламалар ва бошқа жиҳозлар эшитиш қобилияти ёмон болалар учун ишлатилади.
- Мактаблардаги жиҳоз (одатда радиотўлқинли алоқа).

ЭШИТИШНИ ЯХШИЛОВЧИ АППАРАТНИ ТАЙИНЛАШГА КЎРСАТМАЛАР

- Агар нутқни эшитишда ўртача эшитиш бўсағаси яхшироқ эшитаётган қулоқда 30 дб. ёки пастроқни ташкил этса, эшитишни техник тиклаш масаласини кўриб чиқиш керак. Болаларга мос келадиган даража 25 дб. ёки хатто 20 дб., кексаларга – 35-40 дб. тавсия қилинади. Болаларга иккита мослама, катталарга эса битта берилади.
- Беморларда мос келадиган мотивация ва ижтимоий омиллар катта аҳамиятга эга. Якка қолган кекса одамда эшитишнинг пасайиши ижтимоий ёлғизликка олиб келиши мумкин.
- Эшитиш аппарати кераклиги ва уни танлашга баҳо бериш учун кўпинча беморни турар ёки иш жойига бориш зарур.
- Тиббий тиклаш режаси эшитиш бузилишига, бошқа тиббий муаммоларга ва ижтимоий шароитга баҳо беришни ўз ичига олади.

ЭШИТИШНИ ЯХШИЛОВЧИ АППАРАТЛАРНИ ЁЗИБ БЕРИШ УЧУН ЙЎЛЛАНМА

- Эмпирик қоида
 - ◆ Болаларда яхши эшитадиган қулоқда нутқни қабул қилишда эшитишнинг ўртача бўсағаси 25 (20) дб. ёки пастроқ.
 - ◆ Эшитишнинг ўртача бўсағаси 30 дб. (кекса одамларда 35-40 дб.) ёки пастроқ.
- Шунингдек, бемордан эшитиш пасайишига боғлиқ бўлган муаммоларни сўраш ва йўлланмага тегишлича ёзиб қўйиш керак.

ТАШҚИ ОТИТ

Ташқи отит – ёз фаслида кўп учрайдиган ташқи эшитув йўлининг яллиғланиши. Касаллик патогенезида организмнинг иммун ҳолати катта аҳамиятга эга. Отитлар чекланган ва тарқалган турларга бўлинади • Ўткир чекланган ташқи отит ташқи эшитув йўли тоғай пардали қисмидаги (эшитув йўли фурункули) жойлашган соч фолликуллари ва ёғ безларига ўткир жисмлар орқали микротравма оқибатида инфекция тушиши натижасида келиб чиқади. Бундай ҳолат кўпроқ қандли диабет, А, С, В гиповитаминозлари билан хасталанган беморларда учрайди • Ўткир диффуз ташқи отит – кўп учрайдиган тури бўлиб, сурункали йирингли ўрта отит натижасида ташқи эшитув йўлининг тери ва тери ости қатламларига инфекция тушиш асорати ҳисобланади • Сурункали ташқи отит – 6 ҳафтадан ошган диффуз ташқи отитдир • Экзематоз ташқи отит кўпроқ оддий атопик экзема ёки бошқа бирламчи тери касалликлари билан учраши мумкин • Хавфли (некротик) отитлар камдан – кам оғир шаклда учрайдиган касалликдир. Бу жараён тўқималар ичига тез тарқалиши, грануляция ўсиши ва суяк тўқимасининг секвестрацияси билан кечади. Унда остеомиелит ёки 1 – типдаги қандли диабет касаллиги билан оғриган қарияларда кўк йирингли таёқча ташқи эшитув йўлига тушади ва кўпроқ иммун танқислиги билан хасталанган ўрта ёшли одамларда учрайди. Ёш болаларда камдан – кам қайд қилинган.

Этиологияси • Ўткир ва сурункали ташқи отитлар ✦ Ташқи эшитув йўлининг жароҳатлари ✦ Бактериал инфекция (*pseudomonas aeruginosa*, стафилококklar, стрептококklar, грамманфий таёқчалар) ✦ Замбуруғли инфекциялар (*candida* туркумидаги замбуруғлар, моғор замбуруғлари) ✦ Вирусли инфекциялар (тумов вируси, гепатит вируси) ✦ Баъзан антибиотик билан даволаниш натижасида келиб чиқади • Экземали ташқи отит ✦ Экзема ✦ Себорея ✦ Юқумли дерматит ✦ Маҳаллий дориларга ўта сезувчанлик • Ташқи хавфли отитлар асосан *pseudomonas aeruginosa* билан зарарланган 1 – типдаги қандли диабет билан касал бўлган беморларда учрайди.

Клиник белгилари • Кўз, тиш, бўйинга тарқалувчи қулоқдаги оғриқ. Оғриқ чайнаганда, гаплашганда қулоқ супрасини тортганда кучаяди • Қулоқ бити • Қичишади (замбуруғларда) • Регионар лимфаденит • Ташқи эшитув йўлидан йирингли ажралмалар • VII, IX–XII жуфт бош мия нервлари жароҳати кузатилади.

Отоскопия • Ташқи эшитув йўли фурункулида унинг торайишига олиб келадиган чекланган инфилтрат кўринади • Тарқалган (диффуз) ташқи отит ✦ **Ўткир тури.** Қизариш, эшитув йўлининг тоғай – пардали қисми терисида инфилтрация, турли даражадаги эшитув йўлининг торайиши кузатилади. Унинг ичида эпидермиснинг десквамацияси ва қўланса ҳидли, йирингли, бўтқасимон аралашмасини кўриш мумкин. Ноғора пардаси қизарган бўлиб, ясанган эпидермис билан қопланади ✦ **Сурункали тури.** Эшитув йўли териси ва ноғора пардаси қалинлашади ✦ **Замбуруғли шикастланишлар** (отомикоз). Тери инфилтратланиши натижасида эшитув йўлининг суяги ҳамда тоғай – пардали қисмлари тораяди ✦ *Aspergillus*

туркумидаги замбуруғлардан шикастланганда ташқи эшитув йўлидан чиқадиган патологик ажралма босма қоғозга ўхшайди. *Aspergillus niger* замбуруғидан зарарланганда ажралманинг рангги қора, *aspergillus flavus* да сарик ёки яшил, *aspergillus fumigatus* да – қора, кулранг бўлади ♦ *Candida* туркумидаги замбуруғларда отоскопик кўриниши ташқи кулоқнинг нам экземасига ўхшайди. Эшитув йўлида патологик ажралма оқиш ёки сарғиш пўстга ёки казеоз моддага ўхшайди. Гоҳида бу жараён кулоқ супраси ва кулоқнинг орқа қисмларига тарқалади.

Махсус текширувлар • Ташқи эшитув йўлининг микроскопик қириндисини ва ажралмаси замбуруғни ҳамда микробни ажратиш учун озиқлантирувчи муҳитга экилади • Хавфли ташқи отитларда рентген текшируви ўтказилади.

Дифференциал диагностикаси • Ўрта отит • VII, IX – XII жуфт бош мия нервларининг фалажи • Ақл тишларнинг чиқиши • Пастки жағ бўғимининг артрозоартрити.

Даволаш. Кўпроқ амбулатория шароитида ёмон сифатли кечишида шифохонага ётқизиш лозим.

• Этиотроп даволаш ♦ Бактериал отитда – кўзғатувчи турига қараб антибиотиклар буюрилади.

♦ *Canlida* оиласига қирувчи замбуруғлар билан зарарланганда – нистатин, леворин.

♦ Моғор замбуруғи билан зарарланганда – неомицин + полимиксин В + лидокаин, амфотерицин В, амфотерицин В + метилглукамин, ликогентин буюрилади.

• Антигистамин воситалари.

• Анальгетиклар кўрсатма бўлганда.

• Аутогемотерапия, иммуностимуляторлар.

• Углевод алмашинувини мувозанатга келтириш (айниқса ёмон сифатли ташқи отитда).

♦ Чегараланган ва диффуз бактериал ташқи отитларда маҳаллий даволаш.

♦ Ташқи эшитиш йўллари кунига 2 марта мунтазам тозалаш, борат кислота ёки нитрофузол (1 : 5000) илиқ эритмаси билан ювиш; қичишиш бўлганда – ташқи кулоққа 1%ли ментолнинг шафтоли ёғидаги эритмасини томизиш, сульфатиазол 2%ли суртмасини юбориш.

♦ Ташқи эшитиш йўлига 3%ли барот кислота эритмаи турундани юбориш, кечки муддатларда эса стрептоцид линименти ёки 1%ли синтамицин қўйиш.

♦ Ташқи эшитиш йўлига 2-3%ли кумуш нитрат эритмасини ёки бриллиант кўкини 1-2%ли спиртли эритмаси суриш.

♦ Преднизалонли суртма, гидрокортизоннинг 1%ли эмульсиясини 5 томчидан кунига 3 марта 7 кун мобайнида томизиш ♦ УЮЧ – терапия, УФН, гелийнеон лазерли терапия • Отомикозни маҳаллий даволаш ♦ Ташқи эшитиш йўлига 2%ли хлорнитрофенол эритмасини томизиш ♦ Ташқи эшитув йўлига нистатин леворин суртмаларини юбориш ♦ 1%ли клотримазол креми • Ёмон сифатли ташқи отитни даволаш ♦ Кўк йирингли таёкчага қарши специфик бактериофаг эритмасини томизиш ♦ Барот кислотанинг 2%ли эритмасини томизиш ♦ Гипербарик оксигенация ♦ Антибиотиклар (карбенциллин, пиперациллин, азлоциллин, цефтазидим, имипенем+циластатин ва ципрофлоксацин).

Хирургик даволаш ёмон сифатли ташқи отитда некрозга учраган тўқималарни олиб ташлашга кўрсатма бўлади.

Назорат • Ўткир ташқи отитда соғайиш одатда даво бошлангандан сўнг 48 соат ичида кузатилади • Сурункали ташқи отитда ♦ Ҳар 2–3 ҳафтада ташқи кулоқ йўлини қайта тозалаш лозим ♦ Маҳаллий дори воситаларини алмаштиришга зурурат бўлиши мумкин • Ёмон сифатли ташқи отит ♦ Шифохона шароитида кундалик кузатувда бўлиш ♦ Давонинг бошланиши ва якунида асосий эшитув ва вестибуляр синамаларни ўтказиш.

Асоратлар. Ёмон сифатли ташқи отит инфекцияси ёндош жойлашган суяк тўқимаси ва бош мияга тарқалиши мумкин • Ўткир ташқи отит – эшитув чиғаноғи хондиди.

Кечиши ва прогнози. Ўткир ташқи отит – олиб борилган даво чоралари тез таъсир этади • Сурункали ташқи отит қайта тозаланганда монанд антибиотик даво қўлланилганда кўп ҳолларда самараси яхши • Экзематоз ташқи отит тузалиши тери қопламани бирламчи касаллигини даволагач кузатилади • Ёмон сифатли ташқи отит – одатда қайта тозалаганда ва узоқ муддат парентерал антибиотиклар қўлланилгандан сўнг тез тузалади.

Ўлимнинг нисбатан юқори даражада бўлиши ёндош касалликлар билан бирга келишига боғлиқ.

Ёшга қараб хусусиятлари – қарияларда кўп ҳолларда ёмон сифатли ташқи отит кузатилади.

Профилактикаси • Узоқ муддат нам ва зах жойда туришдан воз кечиш • Эшитув йўллари жароҳатини олдини олиш • Ёндош тизимли касалликларни ўз вақтида аниқлаш ва даволаш.

ХКК –10 • Н60 Ташқи отит.

Изох. Холестеатома – эпидермал массани зич қаватланиши ва унинг махсулотлари асосан холестериннинг парчаланиши натижасида пайдо бўлувчи оқ рангли модда бўлиб, бириктирувчи тўқимали қобикга эга ва бу қобик кўп қаватли ясси эпителий билан қопланган ҳамда суякка зич ёпишган ва баъзан унга ўсиб кирган. Холестеатома парчаланиши натижасида вужудга келган махсулотлар ва унинг кимёвий қисмлари, хусусан коллагеназа таъсирида суяк тўқимаси парчаланиши кузатилади. Ўсувчи холестеатома чакка суягида тарқалган парчаланишлар келтириб чиқариши мумкин, бу «табиий радикал хирургик операция» деб номланувчи ҳолатга ва бош миянинг турли хил асоратларига олиб келади.

Хавфли ташқи отитларни асосан шифохонада даволаш зарур, қолган турдаги отитлар амбулатор шароитида даволанади • Этиотроп терапия ✦ Бактериал отитларда – келтириб чиқарувчи микробларга қараб антибиотиклар буюрилади ✦ *Candida* туркумидаги замбуруғлар билан касалланса – нистатин, леворин тайинланади ✦ Моғор замбуруғлардан касалланганда – неомицин+полимиксин В+лидокаин, амфотерицин В, амфотерицин В+метилглукамин, микогептин • Антигистамин препаратлар • Анальгетиклар • Аутогемотерапия, иммуностимуляторлар • Углевод алмашинувини тиклаш (айниқса хавфли ташқи отитда) • Чекланган ва диффуз бактериал ташқи отит маҳаллий даволанади ✦ Ташқи эшитув найини кунда икки маҳал тозалаш, илиқ бор кислота ёки

нитрофурал эритмаси (1:5000) билан ювиш; қичишишларда – ташқи кулоққа 1 % ли шафтоли ёғи ментол эритмасини турунда сифатида қўйиш, 2 % ли сульфатиазол малҳамини қўйиш ✦ Ташқи эшитув йўлига 3 % ли бор кислота спиртли эритмасини юбориш, кейинроқ стрептоцид ёки 1 % ли синтомицин линиментини ёки ✦ 2 – 3 % ли кумуш нитрати эритмаси билан ёки 1 – 2 % ли бриллиант яшилининг спиртли эритмасини эшитув йўлига суртиш ✦ 7 кун давомида преднизолон малҳами, суткада 3 маҳал 5 томчидан 1 % ли гидрокортизон эмульсияси ✦ УВЧ – терапия, УФО, гелий – неон лазерли лазеротерапия • Отомикознинг маҳаллий давоси ✦ Ташқи эшитув йўлига 2 % ли хлор нитрофенол эритмасини томизиш ✦ Нистатин, леворин малҳами ✦ 1 % ли клотримазол кремни суртиш • Хавфли ташқи отитнинг давоси ✦ Кўк йирингли таёкчага қарши махсус бактериофаг томизиш ✦ 2 % ли бор кислотасини юбориш ✦ Гипербарик оксигенация ✦ Антибиотиклар (карбенициллин, пиперациллин, азлоциллин, цефтазидим, имипенем+циластатин ва ципрофлоксацин).

Хирургик даволаш фақат хавфли ташқи отитда тавсия этилади. Бунда некрозга учраган тўқималар олиб ташланади.

Кузатиш • Одатда даволаниш натижасида 48 соат мобайнида аҳвол яхшиланади • Сурункали ташқи отит ✦ Ҳар 2 – 3 ҳафтада ташқи эшитув йўлини тозалаб туриш керак ✦ Маҳаллий дори воситаларини алмаштириб туриш ҳам мумкин • Хавфли ташқи отит ✦ Шифохона шароитида кузатиб туриш керак ✦ Даволаш бошида ва охирида асосий вестибуляр ва эшитув синамаларини ўтказиш зарур.

Асоратлари • Хавфли ташқи отит – бош мия ва суяк тизимига инфекция тарқалиши мумкин • Ўткир ташқи отит – кулоқ супраси хондритига олиб келиш эҳтимоли мавжуд.

Кечиши ва прогнози • Ўткир ташқи отитни даволаш тез яхши натижа беради • Сурункали ташқи отитда қайта – қайта тозаловчи муолажа ва антибиотикотерапия кўп ҳолларда самаралидир • Экзематоз ташқи отитда – бирламчи тери қоплами касаллигини даволаб бўлгандан кейин самара кузатилади • Хавфли ташқи отитда одатда бир нечта тозаловчи муолажа ва узоқ давом этадиган парентерал антибиотикотерапия фойдали бўлиши мумкин. Агар қўшилиб келадиган касалликлар бўлса, ўлим даражаси юқори бўлишига олиб келади.

Ёшга хос хусусиятлар – қари одамларда ташқи хавфли отит келиб чиқади.

Профилактикаси • Нам шароитларда бўлишдан воз кечиш • Эшитув йўлини жароҳатлардан асраш • Қўшимча касалликларни аниқлаш ва даволаш.

ХКК – 10 • Н60 Ташқи отит.

Эслатма. Холестеатома – парчаланиш маҳсулотлари, асосан холестерин эпидермал массасининг зич тўпланиши – кўп қаватли ясси эпителий билан қопланган, одатда бириктирувчи тўқима пардасига эга оқ рангли тузилма, у суякка зич ёпишиб туради ва аксарият унга бирикиб кетади. Парчаланиш маҳсулотлари ва кимёвий компонентлар таъсирида суяк емирилиши юз беради. Ўсаётган холестеатома чакка суягида катта емирилишлар пайдо қилиши мумкин, улар кўпинча табиий радикал операцияга, шунингдек турли хил калла суяги ичи асоратларига олиб келади.

Сурункали йирингли ўрта отит – бу ўрта кулоқ бўшлиғи пардаларининг яллиғланиши бўлиб, доимо ёки вақтинча йиринг оқиши ноғора пардасининг тешилиши ва ҳар хил даражадаги кулоқ оғирлиги билан кечадиган касалликдир.

Этиологияси • Микроорганизмлар ✦ Монокультураси (70 – 80 % ҳоллар) – бу кўп антибиотикларга чидамли бўлган патоген стафилококк ва стрептококклар ✦ Микроб тўпламлари – бу протей билан стафилококклар, грамманфий бактериялар (29 – 30 %) ва кўк йиринглатувчи таёқчалар ✦ Замбуруғлар (24 %) – бунда кўпроқ *aspergillus niger* аниқланади • Иммунологик реактивлик пасайиши, юқори нафас йўллариининг патологияси, айниқса ўрта кулоқ шиллиқ қаватининг тузилиш хусусиятлари (бурмалар, чўнтақлар, тор ораликлар), буларнинг барчаси ёш болаларда кўпроқ учрайди. Шунинг учун ўткир йирингли отитнинг сурункали турга ўтиши кўпроқ уларда кузатилади.

Классификацияси • Сурункали йирингли эптитимпанит (СЙЭ) • Сурункали йирингли мезотимпанит (СЙМ).

Клиник белгилари • Жараённинг ноғора бўшлиғида жойлашганлиги ✦ Сурункали йирингли мезотимпанит – ноғора бўшлиғининг ўрта ва пастки қисмларида ✦ Сурункали йирингли эптитимпанит – асосан юқори ноғора усти бўшлиғида жойлашган • Тарқалиш чуқурлиги ✦ СЙМ – шиллиқ қаватда ✦ СЙЭ – шиллиқ қават ҳамда суяк структурасида • Шикоятлар ✦ СЙМ да – кулоқдан йиринг оқиши, эшитиш қобилиятининг пасайиши ёки кулоқдаги шовқинлардан шикоят қилиш ✦ СЙЭ да – кулоқдан йиринг оқиши, эшитиш қобилиятининг пасайиши, кулоқда шовқин баъзида бош оғриқлар ва бош айланиши • Ажралманинг кўриниши ✦ СЙМ да – шиллиқли ёки шиллиқ – йиринг аралаш ҳидсиз ажралма ✦ СЙЭ да – йирингли, ҳидли ажралма • Тешилиш тури ✦ СЙМ да – марказий ✦ СЙЭ да – чеккадаги • Патологик моддалар ✦ СЙМ да – йиринг, грануляция ✦ СЙЭ да – йиринг, грануляция, полиплар, холестеатома • Кулоқ оғирлиги характери ✦ СЙМ да – йўғон ✦ СЙЭ да – аралаш, кўпроқ йўғон.

КОМПЛЕКС ДАВОЛАШ УСУЛИ

КОНСЕРВАТИВ ДАВОЛАШ

- Умумий даволаш ✦ Тўла қимматли овқатланиш, витаминотерапия ✦ Хуруж вақтида антибиотикларни мушак орасига фақат дастлабки 2 – 3 кун мобайнида, физиотерапия (УФН, электрофорез, аэроионотерапия, гелий – неон ва карбонат ангидрид лазери таъсири) ва маҳаллий даволаш фойда бермаганда юбориш мумкин.
- Маҳаллий даволаш ўрта кулоқда йиринг ўчоғини элиминация қилишдан иборат бўлиб, уч босқичдан ташкил топган ✦ **I босқич:** ноғора бўшлиғини қуриштириш, йиринг ва бошқа патологик моддаларни (грануляция, полип, холестеатома) чиқариб ташлаш, ноғора бўшлиғига дори воситаларини юбориш учун қулайлик яратиш ✦ Ноғора бўшлиғини 3 % ли водород пероксид билан пахта ушлагич ёрдамида пахта тампони билан тозалаш ✦ Грануляцияларни куйдириш учун кўпроқ 10 – 20 % ли кумуш нитрати ёки ляпис in substantia

қўлланилади ҳамда махсус игна билан кулоқ конхотомми ва кюретка ёрдамида электроаспирация қилинади. Полиплар кулоқ илгаги ёрдамида олиб ташланади ✦ **II босқич:** ўрта кулоқ шиллиқ пардасини дағаллаштирмайдиган дори воситалар юборилади ✦ 3 % ли бор кислотасининг спиртли эритмаси, 5 % ли салицилат кислотанинг спиртли эритмаси, 1 – 3 % резорцинолнинг спиртли эритмаси, 1 % ли формалин эритмаси ва кумуш нитрати, 30 – 50 % ли диметил сульфоксид эритмаси, 1 % ли гидроксиметилхинокиндиоксид сувли эритмаси (фақат катталар учун!) ✦ Аллергик реакциялар бўлса, маҳаллий глюкокортикоидлар ✦ **III босқич:** ноғора пардасининг тешилишини бекитиш учун перфорация чеккаларини хром ёки учхлорсирка кислотаси, 10 – 25 % кумуш нитрати, 10 % ли йоднинг спиртли эритмаси билан қуйдирилади.

Хирургик даволаш • Мақсадлари ✦ Мирингопластика – биологик ва синтетик воситалар ёрдамида (чандикланиш йўли билан тешик бекилиши камдан – кам учрайди) ноғора пардасининг нуқсонини бартараф этиш ✦ Тозаловчи умумбўшлиқ радикал операцияси – бош мияда асоратлар пайдо бўлмаслиги учун чакка суякдан патологик ўчоқни бартараф этиш ✦ Эшитиш қобилиятини товуш ўтказувчанлик аппарати функционал ҳолатини тиклаш, яъни тимпанопластика. Бунинг учун қуйидаги шарт – шароитлар бўлиши керак ✦ Эшитув найининг ўтказувчанлиги бутунлиги ✦ Чиганокда функционал заҳира мавжудлиги ✦ Ўрта кулоқда йирингли жараён йўқлиги • Операцияга мутлоқ кўрсатмалар ✦ Ўрта кулоқ суяк структурасининг қариеси ✦ Холестеатома ✦ Сурункали мастоидит ✦ Юз нерви парези ✦ Лабиринтит ✦ Отоген бош мия асорати.

Прогнози мунтазам ва монанд умумий ва маҳаллий даволашда асосан самарали, аммо эшитиш қобилиятининг қайта тикланиши қийин бўлади.

ХКК – 10 • Н66 Йирингли ва аниқланмаган ўрта отит.

ЎТКИР ЎРТА ОТИТ

Ўткир ўрта отит (ЎЎО) – ўрта кулоқ ҳаво ташувчи бўшлиқлар шиллиқ пардасининг ўткир яллиғланиши – жадал ривожланиш, организмнинг яққол умумий реакцияси, ўрта кулоқ бўшлиғида йирингли экссудат ҳо бўлиши билан характерланади. **Аксарият** болалар касалланадилар.

Этиологияси • Купрок коккли флора – стрептококклар (гемолитик), стафилококкларнинг ҳамма турлари, ичак, дифтерия ва таёқчаси, фузоспирохетоз симбоз • Филтрланувчи вируслар

Инфекция кириш йуллари • Ринотубар – эшитув найи орқали юқорига чиқадиган (кўпинча). Ноғора парда шикастланишларида ташқи эшитув йўли орқали гематоген (грипп, скарлатина, қизамиқ, тифларда). Ретроград (камдан-кам) калла суяги бўшлиғидан табиий тешиклар бўйича, бирламчи мастоититларда сўрғичсимон ўсимта катакчаларидан.

КЛИНИК КЎРИНИШИ

- Тешилишгача булган босқичи – яллиғланиш жараёни ўрта кулоқда; клиник белгиларнинг кўпайиб бориши ўрта кулоқ бўшлиқларида экссудат йиғилиши ва

токсик моддаларнинг сўрилиши билан боғлиқ ♦ Қулоқда санчидиган, бурайдиган, лўқиллайдиган, ўқ теккандек оғриқ бўлиб, тунги соатларда кучаяди, тишларга, чаккага ва бошнинг тегишли ярмига ўтади ♦ Қулоқ битган ва шовқин бор; эшитиш товуш ўтказувчи аппарат зарарлангани даражасида ♦ Тана ҳароратининг 38-39° С гача ва бундан ҳам ошиши ♦ Сўрғичсимон ўсимтани пальпация қилишда оғриқ ♦ Интоксикация (лохаслик, уйқу ва иштаха бузилиши) ♦ Қоннинг умумий анализи: нейтрофилли лейкоцитоз (15*10 9/л. гача, болаларда 20*10 2/л.), лейкоцитлар формуласининг чапга жиши, ЭЧТ ошиши ♦ Отоскопия: бошланғич босқичларда – болгача дастаси ёпишган жойда ноғора парда томирларининг инъекцияси (чегараланган гиперемия), кейин таниш белгиларнинг чаплашиб кетиши ёки йўқолиши ва ноғора парданинг ташқи эшитув йўли бўшлиғига чиқиб қолиши.

- Тешилиш босқичи – ноғора парда тешилиши ва оторея, умумий белгилар юзага чиқишининг аста-секин пасайиши ♦ Қулоқдаги оғриқ даражасининг сусайиши. Кучли оторея, сўнгра унинг аста-секин камайиши. Оғиркулоқлик, кулоқда шовқин, умумий ҳолатнинг яхшиланиши, тана ҳароратининг литик пасайиши ♦ Отоскопия: ташқи эшитув йўлида йиринг; Тешик атрофи аниқ бўлмаслиги сабабли одатда уни кўринмаслиги. Тешик жойлашуви пульсланувчи рефлекс бўйича аниқланади.
- Репаратив босқичи – яллиғланиш жараёнининг боиши ♦ Оторея тўхташи, эшитишнинг тикланиши, кулоқда шовқин йўқолиши ♦ Отоскопия: ноғора парданинг аста-секин йўқолувчи гиперемияси, перфорация бекилиши.

ДАВОЛАШ

- Тешилишгача бўлган босқичда ♦ Умумий даволаш ♦ Антибиотиклар билан (ототоксик ножўя таъсири бор антибиотиклар буюрилмайди) ♦ НЯКДВ ♦ Гипосенсибилизация ♦ Витаминлар ♦ Симптоматик даво ♦ Маҳаллий даволаш ♦ Бурун бўшлиғига кунда 3-4 марта томир торайтирувчи воситалар томизиш ♦ Ташқи эшитув йўлига томчилар, махсус мато ёрдамида антисептик ёки спиртли эритмалар (масалан, глицериндаги 5 % карбон кислота эритмаси) киритиш ♦ Пенициллин – прокаин мезатемпонал блокада (250-500 минг ТБ бензилпенициллин [яхшиси натрий тузи] 1% прокаин эритмасида 1-2 мл.) ♦ УФН, соллюкс лампа билан иситиш, лазертерапияси, иситувчи компресс ёки куруқ иссиқ боғламлар ♦ Ноғора пардада кўп миқдорда йиринг йиғилганда ва парда бўртиб чиққанда миринготомия (ноғора пардани кесиш) ўтказилади.
- Тешилиш босқичи ♦ Умумий даволаш ♦ Маҳаллий даволаш ♦ Ташқи эшитув йўлини кунда 2 марта ювиш (куруқ ёки нам 3 % водород пероксид эритмаси билан), электр отсосдан фойдаланиш мумкин ♦ Илиқ спиртли эритмаларни (0,5 % спиртли сульфациетамид, 0,1 % спиртли нитрофурал эритмаси) махсус мато билан кўйиш.
- Репаратив босқичи ♦ Умумий даволаш ♦ Биостимуляторлар (алоэ, ФИБС, пумизоль ва б.к.). Политцер, Вальсальва усулларида эшитув найларини пуфлаш

◆ Ноғора парда пневмомассажи ёки Зигль воронкаси ёрдамида қўлда массаж қилиш ◆ Ферментлар (гиалуронидаза) билан электрофорез – 10 та муолажа.

Асоратлари • Мастоидит • Лабиринтит • Менингит • Мия абсцесси • Бош мия синуслари тромбози • Сепсис

Болалардаги хусусиятлари • ЎЎО болаларда ЎРВИ ва бошқа инфекциялар (қизамиқ, скарлатина) оқибатида ривожланади; чақалоқларда кўпроқ – киндик сепсисиди • Интоксикация белгилари маҳаллий белгилардан устунлик қилади. Кўкрак ёшидаги болаларда ЎЎОнинг оғир формасида менингизм ҳодисалари пайдо бўлиши мумкин (қушиш, бошни орқага ташлаш, ҳиқилдоқларнинг бўртиб чиқиши, оёқ-қўлларнинг тортишиши), диспепсия • Болалар ЎЎОга қуйидаги сабабларга кўра мойил бўлишади ◆ Болаларда қулоқ тузилишининг анатомик хусусиятлари; эшитув найи калта ва кенг, горизонтал жойлашган; чақалоқларда ва кўкрак ёшидаги болаларда ўрта қулоқда – миксоид тўқима ◆ Орттирилган иммунитет йўқлиги ◆ Бола қусганда сутнинг эшитув найи орқали ноғора бўшлиғига тушиши ◆ Юқумли касалликларга мойиллик (қизамиқ, скарлатина, дифтерия) ◆ Болаларда ҳиқилдоқ лимфааденоид тўқимасининг гиперплазияси ◆ Ноғора пардаси бирмунча ғовак, шу сабабли отоскопияда яққол гиперемия ва унинг ташқи эшитув йўлига бўртиб чиқиши аниқланмайди.

Кечиши ва прогнози • Касаллик 3-6 хафта давом этади • Оқибатлари ◆ Эшитув функцияси тикланиб тўлиқ соғайиш ◆ Қулоқда адгезив (чандикли) жараён ривожланиши ёки қуруқ тешмик ҳо бўлиши, оғирқулоқлик ◆ Сурункали формага – сурункали йирингли ўрта отитга ўтиши • ёз вақтида монанд даволанганда прогнози кўпчилик ҳолларда яхши.

Қисқартмаси. ЎЎО – ўткир ўрта отит.

ХКК – 10 •Н65 Йирингсиз ўрта отит • **Н66** Йирингли ва аниқланмаган ўрта отит • **Н67** Бошқа ҳолатларда аниқланган касалликлардаги ўрта отит.

МАСТОИДИТ

Мастоидит – чакка суяги сўрғичсимон ўсимтаси катаклари ва суяк тўқимаси шиллик пардасининг йирингли яллиғланиши. Зигматицит (зигматит), сквамит ва петрозит мастоидитнинг атипик турлари ҳисобланади. Петрозит учун Градениго учлиги; ўткир ўрта отит, тригеминит, узоқлаштирувчи нервнинг зарарланиши хос.

Сабаблари • Ўрта отит қўзғатувчилари вирулентлигининг юқорилиги • Организм резистентлигининг пасайиши • Тешилиш бўлмаганда ноғора бўшлиғида йирингли ўчоқни дренаж қилишнинг ёмон шароитлари • Ўткир отитни нотўғри даволаш (кечки миринготомия, парацентез).

Мастоидитлар классификацияси • Ўткир ва сурункали (қайталанувчи) • Бирламчи-ўрта қулоқнинг ўткир яллиғланишсиз кечадиган мустақил касаллик (кам

учрайдиган мастоидитлар) • Иккиламчи ♦ Ўрта кулоқнинг ўткир йирингли яллиғланиши манзарасида, жумладан бўйинда (Бецольд) ривожланадиган типик мастоидитлар ♦ Ўрта кулоқнинг ўткир яллиғлинишида ривожланадиган, ноғора парда тешилишисиз кечадиган атипик мастоидитдир.

Патогенези • Жараён бир неча босқичларда кечади • Шиллиқ парда ва ўсимта катаклари суяк усти пардасининг яллиғланиши – шиллиқ парданинг мукоид букиши, майда хужайрали инфильтрация ва қон айланишининг бузилиши, катаklarнинг сероз – йирингли, йирингли ёки қон аралаш – йирингли экссудат билан тўлиши • Остит – жараёнга катаklar ўртасидаги суяк тўсинлари қўшилиши. Кейинчалик улар емирилиб суюқлашиши • Йиринг билан тўлган бўшлиқ яъни ўсимта эмпиемаси хо бўлиши.

Клиник курилиши Ўткир отитнинг тузалиш босқичида ривожланади (бошланишидан 2-3 hafta ўтгач) • Тана ҳароратининг такрор кўтарилиши, лўқиллаган бош оғриғи • Сўрғичсимон ўсиқ соҳасида оғриқ ва уни сезилиб туриши • Кулоқда пульсация • Эшитиш ўткирлигининг пасайиши • Сўрғичсимон ўсиқ соҳасида шиш ва терининг қизариши • Кулоқ орқаси бурмасининг текислашганлиги, кулоқ супрасининг олдинга тарвақайлаб кетиши.

Отоскопия Ташқи эшитув йўли орқа-юқори деворининг суяк бўлимида оиб қолиши, йиринг оқиши кучайиши (резервуар белгиси), йиринг пульсациясининг қайта такрорланиши, ноғора парданинг димланган, мис – қизил рангда булиши.

Диагностикаси • Шюллер усулидаги проекцияда чакка суяги рентгенографияси • Калла суяги КТси.

Даволаш • Консерватив даво – *Ўткир ва йирингли ўрта отитга* каранг • Хирургик даволаш – сўрғичсимон ўсиқ трепанацияси (антротомия, антромастодотомия).

Профилактикаси • Юқори нафас йўллари, айникса бурун ва бурун – халқум бўшлиқларини ўз вақтида тозалаш • Ўткир йирингли отитни монанд даволаш • Организмни чиниқтириш

ХКК–10 • Н70 мастоидит ва ёндош ҳолатлар.

Эслатма Шюллер проекцияси – ён томонлама обзор проекция, сўрғичсимон ўсиқ структурасини яхши визуализация қилиш, ноғора бўшлиғи томини ва сигмасимон синус олдинги деворини аниқлашга имкон беради.

ҚУЛОҚ СУПРАСИ ЖАРОҲАТЛАРИ

АСОСИЙ КЎРСАТМАЛАР

- Кулоқ супраси жароҳатларини даволашда қуйидаги асосий қоидалар инобатга олиниши зарур:
 - ♦ Даволаш косметик жиҳатидан қониқарли бўлиши керак;

- ◆ Даволашда функционал кемтиклар қолмаслиги керак (айниқса, кўзойнак ва эшитиш аппарати тақувчи кишиларда).

ДАВОЛАШНИНГ АСОСИЙ ТАМОЙИЛЛАРИ

- Қулоқ супраси шикастлари қатъий асептик шароитларда даволаниши шарт.
- Агар тоғай ва тоғай олди тўқимаси очилиб қолган бўлса, уларни тери билан ёпиш керак. Терини иложи борича сақлаш лозим.

ҚУЛОҚ СУПРАСИ ЖАРОҲАТЛАРИ ТУРЛАРИ

- Катта бўлмаган тоза кеган жароҳатларни 5-0 ўлчамли монофиламент иплар ёрдамида тикиш мумкин. Уларда одатда тоғай тери билан ёпиб тикилади. Катта жароҳатларда эса 4-0 ўлчамли сўрилиб кетадиган иплар ишлатилади.
- Эзилган ва ифлосланган кеган жароҳатлар аввал механик усул билан тозаланиб, сўнгра изотоник эритма билан ювилади. Агар қулоқ супрасининг бир қисмини кесиб олиб ташлаш керак бўлса, у ҳолда понасимон қилиб кеади, бунда понанинг ўткир учи қулоқ супраси марказига йўналтирилган бўлиши керак. Кесик тери қирраси тикилгандан сўнг, қулоқ супраси олдинги шаклда қолади, лекин кичикроқ ўлчамда бўлади. Оёқчали тери лахтаги ёрдамида қулоқнинг катта майдонини ёпишадиган тери лахтагини кўчириб ўтказиш мумкин.
- Бутунлай узиб олинган қулоқ супрасида реплантация амалиётини самарали бажариш ёки ҳеч бўлмаганда махсус шифохона шароитида реконструктив операция қилиш мақсадида тоғайни тери остига тикиб қўйиш лозим.

ҚУЛОҚ СУПРАСИ ТИКЛАНГАНДАН КЕЙИНГИ ДАВОЛАШ

- Қулоқ тикилгандан кейин табиий ҳолатда пахта ва докали боғламлар билан маҳкамлаб боғланади.
- Жароҳат ифлосланган бўлса, профилактик мақсадда антибиотиклар буюрилади (β - лактамазага турғун пенициллинлар, цефалоспоринларнинг I – авлоди).
- Бемор қоқшолга қарши эмланганлиги аниқланади ва эмлаш ишлари олиб борилади.
- Теридagi чок ипларини 5 кундан кейин олиб ташлаш мумкин.

ГЕМАТОМА (қон қуйилиши)

- Қулоқ супрасининг лат ейиши, туфайли тоғай ва тоғай олди тўқима орасига қон қуйилиши-гематома келиб чиқиши мумкин. Бундай ҳолларда қулоқ супраси пальпация қилинганда (лўқиллаб) флюктуация қилиб турадиган оғриқсиз ҳоа аниқланади.
- Гематома асептик шароитларда игна орқали шприц билан тортиб олинади. Муолажадан кейин қулай босиб турувчи боғлам қўйиш зарур. Баъзи ҳолларда зарурия бўлганда бир неча кунлар давомида бу муолажани такрорланади.

- Игна орқали тортиб олиш имкони бўлмаган эски гематомани кичик кесим орқали олиб ташлаш мумкин (асептик шароитда).
- Кулоқдаги гематома ўз вақтида даволанмаса, кулоқ супраси ва тоғай деформацияга учраши мумкин.

ҚУЛОҚ СУПРАСИНИ КЎЙИШИ ВА СОВУҚ ОЛИШИ

- Кулоқ супраси совуқ қотишида махсус даво. Иккиламчи инфекция тушишини олдини олиш мақсадида асептик чора – тадбирлар кўрилади ва зарурият бўлганда антибиотиклар буюрилади. Кулоқ супраси енгил совуқ олганда ўз – ўзидан тузалиб кетади. Совуқ олишнинг оғир даражасида кулоқ супраси некрозга учрайди, бунда унинг некрозга учраган қисми махсус клиникаларда резекция қилинади.
- Кулоқ супраси куйишида ҳар қандай куйишларни даволаш умумий қоидалар асосида олиб борилади.

ҚУЛОҚ СУПРАСИ ПЕРИХОНДРИТИ

- Инфекция ташқи кулоқ жароҳати оқибатида юзага келиши мумкин.
- Биринчи белги оғриқ бўлиб, перихондритнинг асосий белгиси ҳисобланади. Бир неча соат ўтгандан кейин яллиғланган тери усти қизариб, оғриқ ва шиш ҳо бўлади. Йиринг тоғай ва перихондрал тўқима орасига йиғилади.
- Бу ҳолат махсус клиникада хирургик йўл билан даволанади.
- Инфекция даволанмай қолиб кетганда тоғай деструкцияси ва кулоқ деформациясига олиб келиши мумкин.

БАРООТИТ ВА БАРОШИКАСТЛАНИШ

МЕХАНИЗМИ.

- Атмосфера босими камайганида (масалан: самолёт юқорига кўтарилаётганда) ўрта кулоқ бўшлиғидаги юқори босим евстахий найи ёрдамида пасайтирилади.
- Атмосфера босимининг кўтарилиши натижасида (масалан: самолёт кўниши вақтида) ютиниш ва босимни пасайтиришга қаратилган бошқа тадбирлар (куйига қаранг) ҳавони ўрта кулоққа киришига имкон беради.
- Агар ташқи ва ўрта кулоқ ўртасидаги босим фарқи 80 мм. сим.уст.дан юқори бўлса, евстахий найи очилмайди. Бу бароотит ва барошикастланишга олиб келади.
- Бароотит ривожланишга олиб келадиган омиллар:
 - ◆ Нафас йўллари инфекцияси;
 - ◆ Аллергик ёки сурункали тумов;
 - ◆ Бурун тўсиғининг қийшайиши;
 - ◆ Синусит;
 - ◆ Аденоидлар гиперплазияси;

ШИКОЯТЛАРИ

- Кулоқни битиб қолиш хисси, кулоқда шовқин, баъзида енгил бош айланиши.
- Кулоқдаги оғриқ (босим фарқи 60 мм.сим.устунидан юқори бўлганида пайдо бўлади).
- Кучли оғриқ, оғриқдан сўнг кулоқ пардаси ёрилиши кузатилиб, бу ҳолат оғриқни биров камайтиради. Кулоқдан қонли ажралмалар келиши мумкин.

ОБЪЕКТИВ ТЕКШИРИШ НАТИЖАЛАРИ

- Кулоқ пардаси таранглашган, қаттиқлашган (зичлашган) ёки кам ҳаракат.
- Ўрта кулоқ бўшлиғида тиниқ суюқлик.
- Болғача сопининг қизариши ва ноғора пардасида кичик қон қуйилишлар.
- Кулоқ пардасининг тешилиши (юзага келган тақдирда), одатда кулоқ пардаси тортилган қисмининг олд бўлағида жойлашади.

ПРОФИЛАКТИКАСИ (олдини олиш)

- Босимни бир текисда тақсимлаш усуллари:
 - ◆ Оғиз ва бурунни ёпган ҳолда ютиниш;
 - ◆ Вальсальва усули – оғиз ва бурунни ёпган ҳолда ҳавони куч билан итариб чиқариш орқали бурун – ҳалқумда босимни кўтариш;
- Самолёт қўнишдан олдин ва қўниш вақтида бурунга қон томирларни торайтирувчи дори воситаларини томизиш.
- Антигистамин ва адреномиметик дори воситалари биргаликда қўлланса, қониқарли натижа бериши мумкин.

ДАВОСИ

- Бурун ва евстахий найи шиллиқ қавати шишини йўқотиш учун томирларни торайтирувчи хусусияти бўлган бурун томчилари ва пуфлагичлар (спреялар).
- Бемор бурун баллони ёрдамда евстахийев найи очилишига эришиши мумкин.
- Бемор Политцер баллонидан фойдаланиши мумкин.
- Даволашнинг бошқа усуллари натижа бермаганда кулоқ пардасини тешиш тавсия этилади.

ЭШИТИШ ЙЎЛИДАГИ ЁТ ЖИСМ

- Эшитиш йўлида унча катта бўлмаган ёт жисмлар мавжудлиги кўпроқ болаларда аниқланади. Катталарда эса пахта бўлаклари ва кулоқни кавлаб тозалаш учун ишлатилган бошқа буюмлар топилади.
- Эшитиш йўлида узоқ вақт туриб қолган ёт жисм, уни олиб ташлашни қийинлаштирадиган маҳаллий яллиғланишни келтириб чиқаради. Бу асосан нам шароитда шишадиган ўсимликларнинг қисмларига тегишли.

ЁТ ЖИСМНИ ОЛИБ ТАШЛАШ

- Қулоқ ичига тушган катта бўлмаган ёт жисмларни қулоқ қисқичлари, аллигатор типдаги кичкина қисқичлар (пинцетчалар) ёрдамида ёки қулоқдан ҳавони сўриш орқали осонликча олиб ташлаш мумкин.
- Ноғора пардасига ёпишиб қолган ёт жисм ювиб ташлаш йўли билан олинади.
- Эшитиш йўлига майда ҳашоратлар тушганда биринчи ёрдам кўрсатиш учун сув ёки ўсимлик ёғи қуйиб ёт жисмни ўлдириш ёки ҳаракатсизлантириб қўйиш мумкин.
- Агар ёт жисм каттароқ бўлса уни ингича учи қайрилган илгакли зонд ёрдамида олиб ташланади. Зонд эҳтиёткорлик билан қулоқ ичкарасига киритилади, буни мутахассис қилгани маъқул, чунки оқибатда эшитиш йўллари зарарланиб қолиш эҳтимоли мавжуд.
- Агар эшитиш йўлидаги ёт жисмни олиб ташлаш қийин бўлса, муолажани маҳаллий ёки умумий (болаларда) оғриқсизлантирган ҳолда ўтказиш учун беморни ЛОР шифокорига олиб бориш керак.

ЁТ ЖИСМ ОЛИБ ТАШЛАНГАН БЕМОРНИ ПАРВАРИШ ҚИЛИШ

- Ёт жисм олиб ташлангандан сўнг ташқи эшитиш йўлининг териси одатда шикастланган ёки жароҳатланган бўлади. Одатда, бир неча кундан кейин шикастланган тери тикланади.
- Агар терига инфекция тушган бўлса, даволаш тайинланади – таркибида антисептик, глюкокортикоидлар бўлган қулоқ томчилари бир неча кунга тайинланади.
- Агар ёт жисм чиқарилаётганда эшитиш йўлининг суяк қисми териси тасодифан шикастланса, тампонга антибиотик крем суртиб шу жойга қўйилади.
- Тери шикастланганда 1 ҳафтадан сўнг назорат текшируви ўтказилади.
- Ёт жисм олиб ташлангандан сўнг ноғора пардани синчиклаб кўздан кечириш, эшитиш функциясини текшириш зарур.

ЧАККА-ПАСТКИ ЖАҒ БЎҒИМИ СИНДРОМИ

Чакка-пастки жағ бўғими синдроми – чайнов мушаклари пальпация қилинганда ва чакка-пастки жағ бўғими (ЧПЖБ) қаттиқ кинганда оғриқ пайдо бўлиб, пастки жағ ҳаракати қийинлашади. Бу касаллик кўпроқ 30-50 ёшдагиларда ва асосан аёлларда (3:1) учрайди.

Этиологияси • Синовит – чакка-пастки жағ бўғими патологияси • Бруксизм – уйқу пайтида тиш ғичирлаши • Чайнов мушакларининг спазмга учраши • Чакка-пастки жағ бўғимининг шикастланиши.

Хавф омиллари – жағни қисиш, тишларни ғичирлатиш одати • Остеоартроз, ревматоид артрит • Тишлар жипслашишининг бузилиши • Фибромиалгия • Руҳий-ижтимоий стресс • Тиш протезларини нотўғри тўғрилаш.

Патоморфологияси • Чакка-пастки жағ бўғими олдинги дискининг ёки пастки жағ тўпиғи бошчасининг ўрnidан жиши • Чакка-пастки жағ бўғими капсулити • Перфорация ва дегенерацияга олиб келувчи диск метаплазияси.

Клиник кўриниши • Ёноқ ва/ёки ЧПЖБ соҳасида оғриқлар • Бўғимнинг ҳаракатланиши чекланган • ЧПЖБ ҳаракатланганда қарлаш, ғичирлаш, дарз кетиш (ёрилиш) • Бош оғриғи • Ташқи эшитув йўли соҳасида оғриқ • Оғриқнинг бўйинга узатилиши.

Рентгенологик текширув • Контрастли видеоартрография чакка пастки жағ бўғими ва чайнаш вақтида диск ҳаракат ҳолатини аниқлашга ёрдам беради. МРТ – диск ҳолатини баҳолаш мақсадида • Атроскопия – ички бўғимлар структурасини текширишда қўлланади.

Дифференциал диагностикаси

• Пастки жағни синиши ёки чиқиб кетиши • Периодонтит • Ўсмалар ЧПЖБ зарарланиши билан.

ДАВОЛАШ

Консерватив даволаш • Мушакларни таранглигини оширадиган ва ЧПЖБ ортиқча ҳаракатга келтирадиган ёмон одатлардан воз кечиш • Пастки жағни мустахкамлаб қўйиш • Прикусни ортодонтик механизмлар ёрдамида тузатиш • Иссиқ самара берадиган маҳаллий физиотерапевтик муолажалар ўтказиш • Марказий миорелаксантлар: толперизон 0,05-0,1 г. кунига 2-3 маҳал • ЯҚНДВ: индометацин 25 мг. кунига 3 маҳал, диклофенак 25 мг. кунига 3 маҳал ва б.к. Муолажа вақтида умумий қон, сийдик анализини, ФЭГДС ўтказиш • Оғриқни камайтириш учун амитриптилин 25 мг. кечасига.

Оператив даволаш агар консерватив даволаш ёрдам бермаса, жиган дискни коррекция қилиш ёки шикастланган дискни алмаштириш керак.

Асоратлари • Сурункали ЧПЖБ чиқиши • Бўғимлар контрактураси • Депрессия.

ХКК – 10 • К07.6 Чакка пастки жағ бўғим касалликлари.

«ҚИЗИЛ КЎЗ» ВА КЎЗДАГИ ОҒРИҚ

КЎЗЛАР ҚИЗАРИШИ, ЁШ ОҚИШИ ЁКИ ОҒРИШИ

КОНЬЮНКТИВАЛ ЭРИТЕМА

- Коньюктива қопчасида кўпроқ сезилади.
- Коньюктива қимирлаганда қон томирлари ҳам унга қўшилиб қимирлайди.
- Одатда иккала кўз зарарланади.
- Коньюктивит.

ПЕРИКОРНЕАЛ ЭРИТЕМА

- Кўз шох пардаси атрофи кизарган, ҳамда кўкимтир тусда.
- Асосан битта кўз зарарланади.
- **Ўткир ирит:**
 - ◆ Ёруғликдан кўрқиш, кўзда оғриқ;
 - ◆ Қорачиқ торайган, бунда у нотўғри шаклда бўлади;
 - ◆ Кўриш ўткирлиги пасайиши мумкин;
 - ◆ Кўзга боганда оғриқ бўлади;
 - ◆ Ёш оқиш.
- Ўткир ёпиқ бурчакли глаукома:
 - ◆ Кўзда қаттиқ оғриқ;
 - ◆ Кўнгил айнаш ва қусиш;
 - ◆ Кўриш ўткирлигини пасайиши;
 - ◆ Кўз шох пардаси хиралашиши;
 - ◆ Ёруғликка таъсирчанлигини йўқотган ўрта ўлчамдаги қорачиқ;
 - ◆ Баъзан беморларга ёритилган нарсалар атрофида рангли доиралар кўриниши.
- Шох парда яраси:
 - ◆ Яра атрофида перикорнеал эритема;
 - ◆ Қорачиқнинг ёруғликка реакцияси кучсиз;
 - ◆ Кўздаги оғриқ доимий эмас, баъзан ёт модда бордек туюлади;
 - ◆ Кўз шох пардасининг яраси баъзан флюоресцеин билан бўялади.
- Кўз шох пардаси атрофидаги яра:
 - ◆ Қизарган оғриқли кўз;
 - ◆ Кўриш ўткирлиги пасаймаган;
 - ◆ Шох парда қиррасидаги яра флюоресцеин билан бўялади.
- Эписклерит:
 - ◆ Ёш оқиши кўпаймаган;
 - ◆ Оғриқ, ёт нарса бордек туюлади, баъзан ёруғликдан кўрқиш;
 - ◆ Кўзга боганда оғриқ сезилади;
 - ◆ 1-2 ҳафтадан кейин ўз-ўзидан тузалиб кетади.

ЁТ МОДДА БОРДЕК ТУЮЛИШИ ЁКИ ТАЪСИРЛАНИШДАН КЎЗ ЁШ ОҚИШИ

- Қовоқ қирралари безларининг йирингли яллиғланиши.
- Мейбомий безларининг сурункали яллиғланган гранулёмаси.
- Шох парда ёки конъюнктивадаги ёт модда.
- Шох парда яраси.
- Трахома.
- Қовоқни ичкарига ва ташқарига бурилиши.

КЎЗ АТРОФИДАГИ ОҒРИҚ

АСОСИЙ ҲОЛАТЛАР

- Калла суяги ва бўйин патологиясида оғриқ кўзга бериши мумкин. Оғриқнинг хусусияти ва жойини аниқланиш тўғри диагноз қўйишга ёрдам беради.

САБАБЛАРИ ВА ДАВОЛАШ

БЎЙИН ВА ЕЛКА КАСАЛЛИКЛАРИДА МУШАК-СУЯК ОҒРИҒИ

- Бўйиннинг чуқур мушакларидаги оғриқ кўзнинг чекка қисмига узатилади.
- Бўйин юза мушаклари ва трапециясимон мушакдаги оғриқлар чакка соҳасига берилади.
- Тўш-ўмров-сўрғичсимон мушакдаги оғриқ қошга бериши мумкин.
- Агар оғриқ калла суяги мушаклари ёки бўйин мушакларида бўлса, физиотерапия буюрилади, лекин оғриқни тўлиқ йўқотиш учун меҳнат шароитини ўзгартириш керак.
- Иссиқ душ қабул қилганда мушаклар бўшашиб, оғриқ йўқолиши ва бу диагноз қўйишга ёрдам бериши мумкин.

КЎЗ УСТИ НЕРВИ НЕВРИТИ

- Қошда оғриқ сезилади.
- Кўзнинг юқори қиррасида жойлашган кўз ости нерви чиқиш тешиги соҳаси пальпациясида оғриқ.

ТИШЛАРНИНГ НОТЎҒРИ ЖОЙЛАШУВИ

- Бемор ортодонтда даволаганми-йўқми аниқлаш керак (оғриққа тишлар жойлашувининг бироз ўзгариши сабаб бўлиши мумкин)

ПОНАСИМОН ВА ҒАЛВИРСИМОН БЎШЛИҚЛАРНИНГ АЛЛЕРГИК ШИШИШИ ВА ЯЛЛИҒЛАНИШИ

- Клиник кўриниши.
 - ◆ Бурун атрофидаги ғоваксимон бўшлиқдаги манфий босим кўзда ёки унинг орқасида ўзига хос оғриқ ҳо қилади.
 - ◆ Оғриқ кўз соққасининг орқасида сезилади, шу билан бирга, беморда кўпинча кўз ўз косасидан чиқиб кетаётгандек туюлади. Бунда экзофтальма кузатилмайди.
 - ◆ Бемор йўталиш заруриятини сезади (“томоқни тозалаб олиш”), чунки томоқдаги ажралмалар товуш пардаларини қитиқлайди.
 - ◆ Атрофдаги нарсаларни ажратиш қийинлашиши мумкин, лекин бунда кўриш ўткирлиги меъёрида бўлади.
 - ◆ Оғриб турган кўз кафт билан босиб турилганда оғриқ йўқолади.
- Даволаш.
 - ◆ Қуйида кўрсатилган даволаш диагноз қўйишга ёрдам бериши мумкин.

- ✦ Буруннинг шикастланган тарафидан, унинг тешигига пуркагич (спрей) пуркаш, 15 дақиқа давомида буғли ингаляция, бурунни тозалаш ва қайтадан спрей пуркаш.
- ✦ Томирларни торайтирувчи препараталар ва юзга қўйиладиган махсус электр ёстикча (қўшимча даволаш сифатида)
- ✦ Даволашнинг ижобий самара бериши диагноз тўғри қўйилганлигидан далолат беради.

КОНЬЮНКТИВИТ

Конъюнктивит – турли таъсирларга конъюнктиванинг яллиғланиш реакцияси, шиллиқ қаватнинг қичишиши ва шиши, унда фоллекула ёки сўрғичлар ҳо бўлиши билан характерланади; қовоқнинг қичишиши ва шиши; баъзан шох парданинг зарарланиши кўришнинг ёмонлашиши билан бирга кузатилади.

ХКК–10 • **A54.3** Кўзнинг гонококкли инфекцияси • **A74.0+** Хламидияли конъюнктивит (Н13.1*) • **B30.0** Аденовирус чақирувчи кератоконъюнктивит (Н19.2*) • **B30.1+** Аденовирус чақирувчи конъюнктивит (Н13*) • **B.30.2** фарингоконъюнктивит вируси • **B30.3+** Ўткир эпидемик геморрагик конъюнктивит (энтеровирусли) (Н13*) • **B.30.8.** Бошқа вирусли конъюнктивит (Н.13.1*) • **B30.9** Аниқланмаган вирусли конъюнктивит • **Н.10.0** Яллиғланган йирингли конъюнктивит • **Н10.1** Ўткир атопик конъюнктивит • **Н10.2** Бошқа ўткир конъюнктивит • **Н10.3** Аниқланмаган ўткир конъюнктивит • **Н10.4** Сурункали конъюнктивит • **Н10.5** Блефароконъюнктивит • **Н10.8** Бошқа конъюнктивитлар • **Н10.9** Аниқланмаган конъюнктивит • **Н13.1*** Бошқа бобда классификацияланган касалликлардаги ўткир конъюнктивит • **Н13.2*** Бошқа бобда классификацияланган касалликлардаги конъюнктивит • **P39.1** Янги туғилган чақолоқларда конъюнктивит ва кўз ёши халтачасининг яллиғланиши (дакриоцистит).

ҚИСҚАРТМА : КИБ – кўзнинг ички босими.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯСИ

Конъюнктивитлар барча кўз касалликларини 30% га яқинини ташкил этади. Бактериал табиатли конъюнктивитлар энг кўп учрайди. Вирусли, аллергия ва дистрофик конъюнктивитлар кам аҳамиятга эга.

ПРОФИЛАКТИКАСИ

- Этиологик омиллар таъсирини олдиндан огоҳлантириш (иммунитетнинг пасайиши, бактериялар, вируслар, аллергиянинг таъсири).
- Кўзлардан бирида конъюнктивит аломатлари аниқланса – тез – тез қўлни ювиш ва ҳар бир кўз учун алоҳида рўмолча тутиш керак.

КЛАССИФИКАЦИЯСИ

Конъюнктивитлар кечиши ва этиологик омиллари бўйича классификацияланади.

- Кечиши бўйича

- ◆ Ўткир.
- ◆ Сурункали.
- Этиологияси бўйича
 - ◆ Бактериал ✦ Ўткир ва сурункали носпецифик катарал конъюнктивит ✦ Пневмококкли конъюнктивит ✦ Диплобациллалли конъюнктивит ✦ Ўткир эпидемик конъюнктивит ✦ Дифтерияли конъюнктивит ✦ Гонобленнорея (гонококкли) конъюнктивит.
 - ◆ Хламидияли ✦ Трахома ✦ Паратрахома
 - ◆ Вирусли конъюнктивитлар ✦ Фарингоконъюнктивитли безгак ✦ Эпидемик геморрагик конъюнктивит ✦ Герпесли конъюнктивит ✦ Умумий вирусли касалликлардаги конъюнктивитлар (сувчечак, қизамиқ, қизилча) ✦ Контагиоз моллюскадан чақирилган конъюнктивит.
 - ◆ Замбуруғли ✦ Споротрихозда, риноспоридиозда, актиномикозда гранулематоздаги конъюнктивитлар (конъюнктивандаги гиперемия ва шиш, гранулёматоз ўсимталарнинг пайдо бўлиши ёки мейбомий безларининг инфаркти ёки доначалари қўшимчалар кўриниши билан характерланади) ✦ Кокцидиоидозда конъюнктивит (фликтенсимон хоа конъюнктиванинг шиши ва гиперемияси негизда пайдо бўлади) ✦ *Penicillium viridans* чақирган конъюнктивит ✦ Кандидозда ва аспрегиллэзда экссудатив конъюнктивит (конъюнктивал бўшлиқда псевдомембраноз тузилмаларнинг пайдо бўлиши билан фарқ қилади).
 - ◆ Аллергик ва аутоиммун ✦ Баҳорги катар ✦ Дори сабабчи бўлган конъюнктивит ✦ Поллиноз ✦ Инфекцияли - аллергик конъюнктивитлар ✦ Гиперпапилляр конъюнктивит ✦ Пуфакчали конъюнктивит (пемфигус).
 - ◆ Умумий касалликлардаги конъюнктивитлар (сувчечак, қизамиқ).

ДИАГНОЗИ АНАМНЕЗИ

Касаллик ўткир бошланиб, яққол намоён бўлган субъектив сезгилар билан бирга кузатилади.

- Кўздаги оғриқ.
- Қичишиш (аллергик реакциялар билан боғлиқ).
- Конъюнктивал бўшлиқдан жуда кўп шиллиқли-йирингли суюқлик ажралиб чиқиши.
- Баъзан ёруғлиқдан кўрқиш (одатда ирит аломатлари).
- Иккала кўз зарарланиши (аввал биринчи, кейин жараённи иккинчи кўзга ўтиши).

БЕМОРНИ КЎРИКДАН ЎТКАЗИШ

Яққол намоён бўлган конъюнктивандаги инфекция, кўз бурмаларининг шишиши. Мавжуд йиринглар, вирусли ёки бактериал конъюнктивитдан далолат беради. Йирингли ажралмаларнинг бўлмаслиги ёки уларнинг камлиги дифференциал диагностикани қийинлаштиради. Бунда беморни синчиклаб кўриш ва қуйидаги ҳолатларга эътибор бериш керак.

- Юқори нафас йўлларида қўшилиб келган инфекция бўлиши (кўздаги жараён вирусли ёки бактериал конъюнктивит деб гумон қилинишига асос бўлади).
- Атопия бошқа аллергик реакциялар билан биргаликда (ринорея, узоқ давом этувчи йўтал, атопик экзема) конъюнктивитнинг аллергик табиатли бўлиши мумкинлигидан далолат беради. Бу ҳолда анамнезда ҳар доим ҳам чанг ва ҳайвонлар билан алоқани аниқлашга имкон бўлмайди. Фақат аллергик конъюнктивитда ингичка йўл ва ундан сизиб чиқувчи суюқликни кузатиш мумкин бўлади.

Унча катта бўлмаган йиринглаш ёки суюқлик ажралиб чиқмасдан давом этувчи яллиғланиш конъюнктивитнинг қуйидаги: кератит, ирит, эписклерит ёки ўткир глаукомага ҳос белгилари билан изоҳланади • Кучли оғриқ • Ёруғликдан кўрқиш (ирит ва баъзан аллергик конъюнктивитда ҳам содир бўлади) • Кўзни қаттиқ босганда оғриқ пайдо бўлиши • Кўриш ўткирлигининг пасайиши • Хира кўриш, доғлар пайдо бўлиши ёки кўз шох пардасида яллиғланиш • Қорачиқнинг қисқариши ёки унинг нотўғри шаклга эга бўлиши.

Беморда юқорида келтирилган белгиларнинг бири ёки бир нечтаси аниқланганда уни синчковлик билан текшириш зарур бўлади.

- Шох пардани флюоресцеин билан тозалашдан олдин ва кейин текшириш.
- Кўриш ўткирлигини аниқлаш.
- КИБ ни тонометр билан ўлчаш (шох пардада яллиғланиш борлигига шубҳа бўлмаганда).

ЛАБОРАТОР ТЕКШИРИШЛАР

Бактериал конъюнктивитнинг этиологиясини аниқлаш ҳамда микробларга қарши монанд давони танлаш мақсадида қуйидаги текширишлар амалга оширилади.

- **Конъюнктивадан олинган суртмаларнинг бактериоскопияси.** Грам ёки Романовский-Гимза усули билан бўяш (хламидий киритмаларининг цитоплазматик таъсирини аниқлаш учун).
- **Бактериологик текшириш.** Кўздан ажралиб чиқаётган моддаларни озикли муҳитга экиш ва антибиотикларга таъсирчанлигини аниқлаш.
- **Цитологик текшириш.** Конъюнктивадан қирма олиш (бактериал конъюнктивитлар учун катта миқдорда нейтрофиллар топилиши, эпителиал хужайраларда ўзгаришлар йўқлиги).
- **Иммунологик ва серологик текширишлар** бактериал аллергенларга қарши АТ ни аниқлаш учун.

ДИФФЕРЕНЦИАЛ ДИАГНОСТИКА

Конъюнктивитни қуйидаги касалликлардан дифференциация қилиш лозим:

- Ирит.
- Кератит.
- Глаукома ҳуружи.

Ёш болаларда кўздан моддалар ажралганда, қулоқларини текшириш керак. Аксарият ҳолларда, уларда ўрта отит аниқланади. Шунингдек, антибиотиклардан

фойдаланишнинг олдини олиш мақсадида алергик табиатга эга бўлган конъюнктивитни ҳам дифференциация қилиш лозим.

МУТАХАССИС МАСЛАҲАТИГА КЎРСАТМАЛАР

- Атипик кечиши ёки оғир белгилар: якқол шиш, қовоқлар гиперемияси, кўз ёриғининг торайиши, қовоқлар конъюнктиваси ва ўтувчи бурмаларнинг инфилтрацияси, фолликулёз, даволашдан наф бўлмаслиги, ЛОР аъзолари томонидан ҳам айрим шикоятларнинг кўшилиши, аденопатиялар.
- Ирит ривожланиши: ёруғликдан кўрқиш, блефароспазм, кўзнинг ёшланиши, кўриш ўткирлигининг пасайиши, гиперемия, қовоқлар шишиши, конъюнктивитнинг аралаш инъекцияси, суратнинг чаплашиб кетиши ва рангдор парда рангларининг ўзгариши, қорачиқнинг торайиши, орқа синехиялар хо бўлиши (рангдор парданинг гавҳар олдинги капсуласи билан битишмаси). Ирит иридоциклитга айланиши мумкин. Касаллик кўриниши якқол бўлиб боради, кўз соққаси цилиар танаси соҳаси проекцияси пальпация қилинганда оғриқ пайдо бўлади (цилиар оғриқ), шох парданинг орқа юзасида преципитатлар, шишасимон танада тиниқликнинг йўқолиши.
- Кератит ривожланиши: ёруғликдан кўрқиш, блефороспазм, юқори қовоқда ёт жисм туриш ҳисси бўлиши, перикорнеал инъекция, шох пардада инфилтратлар хо бўлиши.
- Глаукома ҳуружи ривожланиши: кўзда оғриқ пайдо бўлиши, кўришнинг туманлашуви, ёруғлик манбаига қараганда камалак ҳалқалар пайдо бўлиши, бош оғриши, қон томирлар инъекцияси, шох парда шиши, олдинги камера чуқурлигининг камайиши, қорачиқнинг кенгайиши, кўрув нерви дискининг шиши.

ДАВОЛАШ

ДАВОЛАШДАН МАҚСАД

Белгиларни бартараф қилиш, касаллик кўзғатувчиларини тугатиш, жараён тарқалиши ва асоратларини олдини олиш.

ШИФОХОНАГА ЁТҚИЗИШГА КЎРСАТМАЛАР

Асоратлар ривожланиши (*Мутахассис маслаҳатига кўрсатмаларга қ.*).

ДАВОЛАНИШНИНГ АСОСИЙ ТАМОЙИЛЛАРИ

- Кўзга ҳар қандай боғламларни кўйиш қатъиян ман этилади (боғлам тагида кератит ривожланиб кетиш ҳавфи кескин ошади).
- Инфекция тарқалишининг олдини олиш учун шахсий гигиена қоидаларига амал қилиш керак.
 - ◆ Конъюнктива бўшлиғидаги ажралма моддаларни механик усулдан фойдаланиб антисептик эритмалар билан ювиб йўқотиш (1:5000 фурацилин ёки калий перманганат эритмаси).
 - ◆ Унча катта бўлмаган йиринглашда (вирусли ёки бактериали) конъюнктивитни даволаш учун 3-7 кун антибиотиклар тайинлаш лозим.

- ◆ Сезиларли ажралмалар бўлмаганда кўзга антибактериал суртма дориларни ухлаш олдидан ҳамда кун давомида (уй шароитида) қўллаш зарур.
- ◆ Дастлабки кунларда конъюнктива қопчасига ҳар 2 – 4 соатда микробларга қарши ДВ эритмаларини томизиш, яллиғланиш жараёни сўнишига қараб томизишни камайтириб, кунда 3 – 6 мартага тушириш. Даволаш курси 7-10 кун. ДВ ларни танлаш касаллик кўзғатувчиларига қараб белгиланади.

ДОРИЛАР БИЛАН ДАВОЛАШ

Агар кўзғатувчи ноаниқ бўлса, қуйидаги ДВ ларидан фойдаланиш керак:

- 0,1% ли бензилдиметил-миристоиламин-пропиламмоний хлорид моногидрат эритмаси;
- 10-20% ли сульфациламид эритмаси;
- фторхинолинлар гуруҳидаги антибиотиклар:
 - ◆ 0,3% ли ципрофлоксацин суртмаси ёки эритмаси;
 - ◆ 0,3% офлоксацин суртмаси ёки эритмаси;
 - ◆ 0,3% ломефлоксацин эритмаси.
- макролидлар гуруҳига оид антибиотиклар (1% ли эритромицин суртмаси);
- тетрациклинлар гуруҳига оид антибиотиклар (1% ли тетрациклин суртмаси).

Стафилококкли флора тасдиқланганда, юқорида кўрсатилган ДВ ларидан ташқари, қуйидагилардан фойдаланиш мумкин:

- 0,05% ли пиклоксидин эритмаси;
- Аминогликозидлар гуруҳига оид антибиотиклар:
 - ◆ 0,3% ли гентамицин эритмаси;
 - ◆ 0,3% ли томбрамицин суртмаси ёки эритмаси;
 - ◆ 1% ли фузидинат кислота эритмаси.

Стрептококкли флора тасдиқланганда, юқорида келтирилган таъсир доираси кенг (стрептококкли ва стафилококкли кўзғатувчиларга қарши самарали бўлган) ДВ ларидан ташқари қуйидагилардан фойдаланиш мумкин:

- ◆ 0,25% ли хлораменфеникол эритмаси;
- ◆ ўткир яллиғланиш сўнгандан сўнг, ГКС – эритмалари кунига 2-3 марта томизилади: 0,1% ли дексаметазон эритмаси 1 ойгача. Аста – секин камайтириб бориб, бекор қилиш билан.
- ◆ ГКС ўрнига НЯҚП эритмаларидан фойдаланилади – 0,1% ли диклофенак натрий эритмаси кунда 3-4 марта 2 ҳафта давомида.

МУТАХАССИС МАСЛАҲАТИГА КўРСАТМАЛАР

- 1 ҳафта мобайнида маҳаллий антибиотиклардан фойдаланишнинг наф бермаслиги.
- 24 соат ичида касаллик кечиши ёмонлашганда.

ПРОГНОЗИ

Монанд даволашда прогноз яхши. Муолажа ўтказилмаса ёки бемор нотўғри даволанса касаллик асоратлари ривожланишига сабаб бўлиши мумкин: сурункали

блефарит, конъюнктивит, шох парда ва қовоқларнинг чандиқлари, қовоқларнинг ташқарига ағдарилиб қолиши, кератит қўшилиб шох парда яллиғланиши ёки шох парда тешилиши ва иридоциклит ривожланиши.

АЛЛЕРГИК РИНОКОНЪЮНКТИВИТ

Аллергик ринит ва аллергик риноконъюнктивит – бу бурун шиллиқ пардаси ва конъюнктиванинг аллергик яллиғланиш билан ўтадиган касалликларидир. Унга мўл ринорея, бурун блокадаси (бурун йўллари бекилиб қолиши), қичиш, қайта – қайта аксириш, аносмия кузатилади. Конъюнктивитда қичишиш, шиш, гиперемия, кўз ёшланиши ва баъзан ёруғликдан кўрқиш бўлиши мумкин.

ХКК-10: J30 Вазомотор ва аллергик ринит Н-10 конъюнктивит.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯСИ

- Аллергик ринит ва аллергик конъюнктивит энг кўп учрайдиган аллергик касалликлардан ҳисобланади.
- Кўпинча аллергик ринит ва аллергик конъюнктивит биргаликда учрайди (риноконъюнктивит) кечади.
- Аллергик риноконъюнктивит ўзи мустақил аллергик касаллик сифатида ўтиши ва тизимли аллергик реакцияларда кузатилиши мумкин.
- Касаллик катталарга нисбатан кўпроқ болалик ва ўсмирлик даврда (6 – 13 ёш) учрайди.

Профилактикаси. Профилактика чора-тадбирлари касаллик қайталанишининг олдини олишга қаратилади:

- Сабабчи аллерген билан алоқани йўқотиш.
- Специфик бўлмаган қўзғатувчилар (тамаки, автотранспорт тутуни ва ҳ.к.)дан узоқ бўлиш.
- Касбга оид зарарли таъсирларни истисно қилиш.
- Патогенетик ва симптоматик дори воситаларини ўз вақтида қўллаш.
- Аллергенлар ёрдамида ўтказиладиган даволаш ва диагностик чора-тадбирларини фақат махсус хоналарда ҳамда ихтисослашган шифохоналарда аллергологлар кузатуви остида ўтказиш.

КЛАССИФИКАЦИЯСИ

Аллергик риноконъюнктивит оғирлиги, босқичлари ва ҳар хил кечиш турларига кўра классификацияланади.

Аллергик риноконъюнктивит турлари

- Мавсумий риноконъюнктивит. Ҳар хил аллергенларга сенсibiliзация (дарахт, ўтлар, гуллар ва замбуруғ уруғлари; – *Cladosporium*, *Penicillium*, *Alternaria* ва бошқалар.

- Йил давомида ўтадиган риноконъюнктивит. Уй ва кутубхона чанги, чанг каналари, ҳайвон ва қушларнинг эпидермал аллергенлари, ҳашарот аэроаллергенлари, моғол замбуруғ аллергенлари, овқат маҳсулотлари ва ДВ ларини доимий қабул қилганда.

Касаллик оғирлиги: енгил, ўртача оғирликда ва оғир.

Кечиш босқичлари: зўрайиш, ремиссия.

ДИАГНОЗИ

АНАМНЕЗИ

Касаллик диагностикаси анамнез ва физикал текшириш маълумотлари, умумклиник ва аллергологик текширувлар натижалари асосида аниқланади.

Ринитдаги шикоятлар (битта ёки бир неча белгилар бирга): бурун битиши, қичиши, аксириш, ундан кўп миқдорда ажралма ажралиши.

- Баъзи ҳолларда яққол ринорея (сувсимон ажралма) ва аксириш: кечаси бемор аҳволи яхшиланиши мумкин.
- Бошқа ҳолларда, аксинча, ажралма қуюқ бўлиб, кечаси нафас олиш қийинлашади ва аносмия ривожланади – бундай ҳолат кўпинча узоқ вақтдан бери томир торайтирувчи ДВ лар қўлланганда кузатилади.
- Кўпинча специфик бўлмаган таъсирловчиларга (маиший кимёвий моддалар, кескин ҳидлар, тамаки тутуни ва б.) бурун сезувчанлигининг ошиб бориши (назал гиперреактивлик).

Конъюнктивитдаги шикоятлар: ёш оқиши, кўзга “қум” тушгандек ва ёт жисм бордек ҳис қилиш, кўз ковоқларининг шишиши ва қичиши.

Узоқ вақт кечаётган касалликдаги шикоятлар: томоқда қуруқлик, йўтал, ўрта қулоқда оғриқ, ҳид билишнинг пасайиши, бурундан қон оқиш, ҳолсизлик, бошда оғриқ ва катарал ёки йирингли гайморит/этмоидит, отит, конъюнктивит билан боғлиқ шикоятлар.

Ринит ва конъюнктивит белгиларининг кўриниш даражаси ҳар хил бўлиши мумкин.

АЛЛЕРГОЛОГИК АНАМНЕЗ

- **Аллергик риноконъюнктивитнинг** йил бўйи ўтадиган тури.
 - ◆ Касалликни йил бўйи қўзиб юриши.
 - ◆ Беморлар аллерген таъсирида пайдо бўлган белгилар ўртасидаги боғлиқликка аҳамият беришлари (ҳайвонлар жуни, хоналарни тозалаш ва ҳ.к.).
 - ◆ Организмнинг чидамлилиқ қобиляти сусайганда ёки аллерген сабабчилари билан алоқада бўлганда (хонани тозалаганда, китоб чанглари, ҳайвон жунлари ва ҳ.к.) касаллик белгиларини намоён бўлиши.
 - ◆ Касаллик тез-тез қайталанмаганда “сабабчи” аллергенни махсус аллергик текширувлар ёрдамида аниқлаш.
 - ◆ Баъзан унинг келиб чиқишида бошқа аллергик касалликларни (атопик бронхиал астма, атопик дерматит) сабаб бўлиши.

- **Аллергик риноконъюнктивитнинг мавсумий шакли.** Касалликни аниқ мавсумий характерга эга (белгилар айнан маълум бир мавсумда пайдо бўлади) бўлиши.
- ◆ Чангланиш оқибатида ривожланган сенсibiliзацияда куйидаги белгилар аниқланади:
 - ✦ Юқорида санаб ўтилган шикоятлардан ташқари, гул чангланган вақтда: бронхиал астма белгилари, ҳолсизлик, иштаҳа йўқолиши, депрессия, мигрен ҳуружлари, ревматик реакцияга ўхшаш белгилар. Чанг ошқозон-ичак йўлига тушганда – кўнгил беҳузур бўлиши, қусиш, қорин соҳасида оғриқ, эшакэм тошмалар ва Квинке шиши кузатилади.
 - ✦ Хос белгиси: қуруқ шамолли ҳавода, гулзор ва дарахтзорларда бемор аҳволи оғирлашиши.
 - ✦ Пардоз воситаларидан фойдаланганда, таркибида ўсимлик экстрактлари бўлган дорилар қўлланганда, ўсимлик маҳсулотларини истеъмол қилганда касалликнинг барча белгилари намоён бўлиши (пастга қаранг *дориларсиз даволаш*).
- ◆ Замбуруғли сенсibiliзацияда куйидаги белгилар кузатилади:
 - ✦ Касаллик кўпроқ баҳор ва куз мавсумларида авж олади. Белгиларни баъзан бутун иссиқ мавсумда ҳам сақланиши.
 - ✦ Яхши шамоллатилмаган ва нам хоналарда бўлганда, қуриган сомон ва ўт билан алоқада ҳамда ачитқи маҳсулотларни (квас, пиво, оширма хамир, пишлоқ ва ҳ.) истеъмол қилганда бемор аҳволининг оғирлашиши.
- Кана аллергенларига ўта сезувчанлик клиник белгиларни айрим ҳолларда мавсумий характерга эга (баҳор ва куз – уй чангидаги каналар актив кўпаядиган давр) бўлиши.
- Бемор турли хил сенсibiliзацияга эга бўлиши мумкин: ҳар куни алоқада бўладиган ва фақат маълум мавсумда ҳавода мавжуд аллергенларга. Бундай ҳолларда риноконъюнктивит белгилари йил бўйи давом этиб, одатда мавсумда аҳволи оғирлашади.

Анамнез йиғишда беморда бошқа аллергик касалликларнинг ва оилавий аллергик анамнез мавжудлигини ҳисобга олиш керак.

ФИЗИКАЛ ТЕКШИРИШ

- Бурун орқали нафас олиш қийинлашганлиги (қатор ҳолларда бемор оғиз орқали нафас олади).
- Юз шишганлиги.
- Аксириш.
- Бурундан жуда кўп ажралмалар келиши (иккиламчи инфекция кўшилиши натижасида бурундан шиллиқ–йирингли ажралма).
- Бемор қўл кафти билан бурун учини ишқалаши (“аллергик салют”).
- Кўздан ёш оқиши.
- Конъюнктиванинг гиперемияси ва шиши.
- Касаллик оғир кечганда қовоқ, юз шишиши, кўзлар остида тўқ рангли доиралар кузатилиши.

ЛАБОРАТОР ВА ИНСТРУМЕНТАЛ ТЕКШИРИШ**Ўтказилиши зарур лаборатор текширишлар**

- Периферик қонда эозинофилларни санаш (эозинофилия кўпинча касаллик кўзиганда қайд қилинади).
- Бурундан олинган суртмани эозинофилияга цитологик таҳлил (эозинофиллар нисбий миқдорининг ошиши – 10% дан юқори) қилиш.
- Кўздан олинган суртмани эозинофилияга цитологик таҳлил қилиш (сифат таҳлили).

Қўшимча лаборатор текширувлар

- Бурун ажралмасини юқумли флорага экиш йўли билан текшириш.
- Бурун бўшлиғидан олинган биоптатни цитологик текшириш.
- Кўз ажралмасини бактерияларга ва вирусларга текшириш.

Зарур инструментал текширишлар: буруннинг ёндош бўшлиқларини рентгенда текшириш.

Қўшимча инструментал текширишлар: олдинги риноманометрия.

Зарур аллергологик текшириш: атопик аллергенлар билан тери синамалари.

Қўшимча аллергологик ва иммунологик текширишлар:

- Атопик аллергенлар билан кўзгатувчи назал синамалар.
- Атопик аллергенлар билан кўзгатувчи конъюнктивал синамалар.
- Қон зардобидида IgE^D ни умумий миқдорини аниқлаш (иммунофермент таҳлили).
- Қон зардобидидаги специфик IgE^A миқдорини радиоаллергосорбент синама ёрдамида аниқлаш.

Касаллик анамнез маълумотлари ва текширув натижаларини таққослагандан кейингина диагноз қўйилади!

**Жадвал: РИНИТ ФОРМАЛАРИНИНГ ДИФФЕРЕНЦИАЛ
ДИАГНОСТИКАСИ**

Формаси, таърифи	Аллергик	Вазомотор	Юкумли	Эозинofil
Касалликни бошланиши	Кўпроқ ёш болаларда учрайди	187 Катталарда кўп учрайди	Каттала рда кўп учрайди	Каттал арда кўп учрайди
Анамнезида аллергия касаллик мавжуд	Хос белги	Хос эмас	Хос эмас	Хос эмас
Оилада аллергия касаллик	Хос белги	Хос эмас	Хос эмас	Хос эмас
Элиминация самараси	+	-	-	-
Мавсумийлиги	Бўлиши мумкин	Йўқ	Йўқ	Йўқ
Бурун шиллик қавати	Шишган , оқиш рангда	Шишган, пушти рангда	Шишган , гиперемияланган	Кўпин ча полипоз, шишган, оқиш рангда
Бурун бўшлиғидаги ажралма характери	Мўл, сувсимон ёки шилликли	Суюқ, сувсимон ёки шилликли	Йирингли, сариқ ёки кўкимтир	Кўп миқдорда суюқ, сувсимон
Периферик қон эозинофилияси	Кўпроқ касаллик зўрайганда	Йўқ	Йўқ	Йўқ
Бурун бўшлиғидан олинган материалларни цитологик текшириш	Эозинофиллар миқдори ни ортиши	Эозинофиллар- ни ортиши кузатилмайди	Эозинофиллар сонини ортиши кузатилмайди	Эозинофиллар сонини сезиларли ортиши
Аллергенлар ёрдамида қўзғатувчи синама ўтказиш	Мусбат	Манфий	Манфий	Манфий
Қон				Мў

ДИФФЕРЕНЦИАЛ ДИАГНОСТИКА

Ринит ва конъюнктивитнинг бирга учраши касалликнинг аллергия табиятини таҳлил қилишга асос бўлади.

- Аллергия ринит, вазомотор, юқумли ва эозинофил ринитлар билан дифференциация қилинади. Дифференциал диагноз ўтказишда анамнез маълумотлари ва умумклиник ҳамда аллергиялогик текширув натижалари ҳисобга олинади. Ринитнинг турли формалари тавсифномаси жадвалда келтирилган.
- Аллергия конъюнктивитни юқумли (бактериал, вирусли, замбуруғли) формалари, кимёвий конъюнктивит ва ксерофтальмия билан дифференциал диагнози учун ўхшаш мезонлар қўлланилади (жадвалга қаранг). Аллергия конъюнктивит учун қуйидаги белгилар хос ♦ Элиминациянинг мусбат самараси ♦ Периферик қонда ва конъюнктивда материалида эозинофилия ♦ Аллергенлар билан ўтказилган конъюнктив ва тери синамалари мусбат ♦ Қон зардобда специфик IgE миқдорининг ошиши ♦ Бемор ва оилавий анамнезларда бошқа аллергия касалликлар борлиги.
- Аллергия риноконъюнктивитга шубҳа бўлган беморларга аллергия касалликлар кундалигини юритиш тавсия этилади. Унга бемор касаллик белгилари, ташқи муҳит шароитлари таъсири, шу кун ишлатилган дори воситаларини қайд қилади.
- Кундалик кўрсаткичларининг таҳлили касалликнинг аллергия табиятини тахмин қилишга имкон беради. Касалликнинг мавсумий кечишини ўсимликларнинг гуллаши ва беморда клиник белгилар пайдо бўлиши ҳамда йўқолиши билан таққослаш зарур.

МУТАХАССИС МАСЛАҲАТИГА КўРСАТМАЛАР

Аллергиялог маслаҳати ташҳисни тасдиқлаш ва специфик текшириш ўтказиш учун тавсия қилинади. Асоратларнинг олдини олиш мақсадида оториноларинголог билан окулист маслаҳати зарур бўлади.

ДАВОЛАШ

Даволаш мақсади: аллергия ринит ва конъюнктивит белгилари устидан тўлиқ назорат қилиш.

Шифохонага ётқизишга кўрсатмалар. Кўп ҳолларда риноконъюнктивитни даволаш оилавий поликлиника ёки қишлоқ врачлик пунктлари шароитида олиб борилади. Шифохонага ётиб даволаниш оғир ва / ёки касалликнинг асоратланган даврида, тезлашган аллергияспецифик иммунотерапия курсини олишга зарурат туғилганда тавсия этилади.

ДОРИ ВОСИТАЛАРИСИЗ ДАВОЛАШ

Даволаш самарадорлигини ошириш мақсадида беморга аллергияни чақирувчи воситалар билан ишлашни зудлик билан тўхтатиш ёки имкон борича қисқартириш. Бемор даволаш – профилактик тавсияларни унинг сенсibiliзациясига мувофиқ равишда олиши керак.

Маиший ва эпидермал аллергияларга сенсibiliзация

- Барча ўрин – кўрпаларда табиий нарсалар – пар, жун, тивитлар бўлмаслиги керак. Уларни синтетик материаллар билан тўлдириш ва ўз вақтида тозалаб туриш лозим.
- Уйга узун юнгли гиламларни тўшаш ва деворга осиб тавсия этилмайди.
- Барча китоблар ойнаванд шкафта туриши зарур.
- Хоналарни имкони борича тез-тез намлаб тозалаш тавсия этилади. Намликни оширмаган ҳолда кондиционерлардан фойдаланилади.
- Зах ва чанг – тўзонли жойларда ишлаш тақиқланади.
- Уйда ўсимлик, гулларни сақлаш тавсия этилмайди.
- Уй ҳайвонлари (уларнинг катта – кичиклигига, жунларининг узун – қисқалигига қарамасдан) ва паррандаларини боқиш ҳамда улар билан ишлаш мумкин эмас. От қазғоғига аллергияси бўлган беморларга унинг зардобидан фойдаланиш ва биопрепаратларини юбориш тақиқланади.

Замбуруғли аллергияларга сенсibiliзация

- Намлиги юқори бўлган хоналарда (зах уйларда, ертўлаларда ва б.) бўлиш тавсия этилмайди.
- Хашак (ўт) ўрилган ва нам ўтли – жойларда юриш тақиқланади.
- Специфик гипоаллергик парҳез буюрилади: хамиртурушли маҳсулотлар, тузланган қарам, пиво, квас, пишлоқ, вино, ликёр, ферментация жараёнидан ўтган бошқа маҳсулотлар, шунингдек қанд, фруктоза, сорбит, кит ва бошқа ширин озиқ-овқатлар бундан мустасно.
- Антибактериал даволашдан олдин аллергиялог маслаҳати зарур.

Чангдан бўладиган аллергияларга сенсibiliзация

- Ўсимликларнинг гуллаш даврида яшаш иқлим шароитни вақтинча ўзгартириш тавсия этилади.
- Тоғли ҳудудларда аллергия реакцияни чақирувчи ўсимликлар гуллаганда тоққа чиқиш ман қилинади.
- Маълум ўсимлик чангига аллергия реакцияси бор беморлар учун айнан шу ўсимликларнинг гуллаш даврида режали хирургик амалиёти ва профилактик эмлаш ишларини ўтказиш тақиқланган. Ўсимликларнинг гуллаш даврида унинг чангига аллергияси бор беморга шошилиш хирургик даволаш талаб қилинганда аллергиялог маслаҳати зарур. ДВ лари сифатида антигистаминларнинг уколлари ва систем ГКС лардан фойдаланилади.
- Таркибида ўсимлик экстрактлари бўлган дори ва пардоз воситаларидан фойдаланиш ман қилинади.
- Аллергия касаллиги бор беморларда унинг кечишини кузатиш ва даволашнинг самарасини баҳолаш учун бир мавсум ёки бир неча йил кундалик тутиб, натижаларни қайд қилиб бориш буюрилади.
- Дарахт чангланишидан бўладиган аллергияда қуйидагиларни овқатланиш рационидан истисно қилиш тавсия қилинади: ёнғоқ, хўл мевалар, олма, олча, гилос, шафтоли, олхўри, сабзи, петрушка, сельдер, кашнич киви. Бошқоқли ўсимликлар чангига аллергия бўлса: пиво, квас, маккажўхори, соя, дуккакли

ўсимликлар, ерёнғоқ, шовул, ёрмали бўтқалар, бошоқли ва ун маҳсулотлари, кофе, какао, дудланган колбаса тавсия этилмайди. Ёввойи ўтлар чангига аллергия бўлса, куйидагиларни истисно қилиш тавсия этилади: кунгабоқар уруғи, ёғи (холваси, майонез ва б.қ.), цикорий, қовун, тарвуз, кўкатлар, қизил лавлаги, исмалоқ ва таркибига шулар кўшилган ширин ичимликлар.

Озиқ-овқат ва дори аллергияларига сенсбилизация

Ҳақиқий овқат ва дори аллергияси жуда кам ҳолларда риноконъюнктивит кўринишида намоён бўлади.

ДОРИЛАР БИЛАН ДАВОЛАШ

- Фармакотерапия (касалликнинг кўзиш даврида белгиларига унга қарши ва базис даво ўтказилади).
- Иммунотерапия (патогенетик даволаш).

Мавсумий риноконъюнктивит белгиларини даволаш.

- Аллергияга қарши огоҳлантирувчи даво, касалликнинг ўтган йилги шу мавсумда қандай кечганлиги ҳақидаги маълумотларни таҳлил қилгач, тахмин қилинган мавсумий кўзиш даври бошланишидан 1-2 ҳафта олдин тайинланади.
- Касалликнинг мавсумий кўзишини сўндиришга қаратилган даво.

Йил бўйи давом этадиган риноконъюнктивит белгиларини даволаш.

- Базис (кундалик) даво бемор аллергия билан алоқада бўлганда аҳволининг барқарорлигини таъминлайди.
- Касалликнинг кўзишини сўндиришга қаратилган даво.

Риноконъюнктивит ҳуружини даволаш

Риноконъюнктивитнинг мавсумий ва йил давомидаги кўзиш босқичида маҳаллий ва тизимли таъсир қилувчи дори воситалари қўлланилади.

- Маҳаллий даволашда қўлланиладиган дорилар.
 - ◆ Риноконъюнктивитнинг ўртача клиник белгилари бўлганда кромоглицинат кислота интраназал спрей кўринишида (ёз-баҳор ва йил давомида учрайдиган ринитни даволаш) 2,8 мг. дан ҳар бир бурун йўлига кунда 4-6 маҳал ва кўз томчилари (конъюнктивитни даволаш) 1-2 томчидан кунда 4-6 маҳал қўлланилади.
 - ◆ Муқобил дори сифатида антигистамин препаратлар интраназал ва кўз томчиси кўринишида - левокабастин 2 марта инстиляциядан ҳар бир бурун йўлига 2-4 марта ва кунда 2-4 маҳал конъюнктивит халтасига томизилади, азеластин 1 инстиляциядан бурун йўлларида кунда 2 марта ва 1 томчидан кунда 2 маҳал конъюнктивит халтасига, дифенгидраминнинг 0,2% ва 0,5% ли эритмасидан (аллергик конъюнктивитда) 1-2 томчидан кунда 2-5 маҳал, интраназал (аллергик ринитни даволаш) 0,05 г. дан.
 - ◆ Яққол назал обструкцияда ГКС яхши самара беради – беклометазон (400 мкг.) кунда 1-4 дозадан, мометазон (100мкг.) 2 дозадан кунда 2 маҳал ёки будесонид (200мкг. – 400 мкг.) 2 дозадан кунда 2 маҳал ёки флутиказон (200 мкг.) 2 дозадан кунда 2 маҳал ёки триамцинолон (220 мкг.) 2 дозадан кунда 1 маҳал.

- ◆ Тўлиқ назал блокадада аллергияга қарши интраназал ДВ лари юборишдан бир неча дақиқа олдин α -адреностимуляторлар нафазолин, оксиметазолин ёки кометазолин 2-3 инстиляциядан кунда 2-4 маҳал, фенилэфрин (мавсумий аллергия ринитда) 3-5 кун давомида.
- ◆ Мўл назал секрецияда антихолинергик ДВ лар: ипратроп бромид 2-3 дозадан ҳар бир бурун йўлига кунда 3 марта.
- ◆ Аллергик конъюнктивит оғир кечганда: преднизолоннинг 0,5% ли эритмаси 1-2 томчидан кунда 3 маҳал, ўткир кечганда ҳар 2-4 соатда 2 кун давомида, 1-2 ҳафта мобайнида дозани аста-секин камайтириш билан. Шунингдек, α -адреностимулятор 0,025-0,05% нафазолин 1-2 томчидан конъюнктива бўшлиғига кунда 1-3 маҳал. Иккиламчи инфекция кўшилганда таркибида антибактериал (гентамицин) ва гармонлар (бетаметазон) бўлган ДВ лар қўлланилади.
- **Тизимли таъсирли ДВ лар** – касаллик ҳуружда аллергияга қарши маҳаллий воситаларни тизимли таъсир кўрсатувчи дорилар билан биргаликда қўллаш зарур.
 - ◆ Биринчи авлод антигистамин ДВ лари (H_1 -блокаторлар): клемастин ёки хлоропирамин 10 кунлик даволаш курси, 1 таблеткадан кунда 2-3 марта. Яққол белгилар кузатилганда биринчи кунда парентерал 2,0 мл. дан 1-2 марта (м/о ёки в/и).
 - ◆ Муқобил даво сифатида иккинчи авлод антигистамин ДВ лари (H_1 -блокаторлар): лоратадин ёки цетиризин (ринит, конъюнктивит, поллинозни даволаш) 1 таблеткадан (10 мг.) кунда 1 маҳал ёки дезлоратадин кунда 1 таблеткадан (5 мг.). Ринит белгилари мавжуд бўлиб ва конъюнктивит кузатилмаганда эбастин кунда 10-20 мг. дан ёки фексофенадин (ринит, поллиноз) кунда 1 таблеткадан (120 ёки 180 мг.).
 - ◆ Ҳужайралар мембранасини барқарорлаштирувчи антигистамин ДВ лар: кетотифен (ринит, конъюнктивит, поллиноз) бир таблеткадан кунда 2 маҳал даволаш курси 3 ойгача.

Аллергик риноконъюнктивитни базис терапияси

- Тизимли таъсир этувчи антигистамин ДВ лар (H_1 -блокаторлар) таблетка шаклида.
- Ҳужайралар мембранасига мутадилловчи таъсир этувчи антигистамин дорилар.
- Кромоглицинат кислота препаратлари.
- Касаллик оғир кечганда – маҳаллий ГКС.

Дорилар тўғрисида маълумот ва дозалари юқорида кўрсатилган. Қўллаш муддати бир курс дозаси билан белгиланади. Уларни танлаш ва биргаликда базис даво сифатида қўллаш касалликнинг оғирлиги, беморни уни кўтара олиши ҳамда ҳаёт тарзи билан белгиланади.

Мавсумий ва йил бўйи давом этадиган аллергия риноконъюнктивитни патогенетик усул билан даволаш – аллергиялог томонидан аллергияспецифик иммунотерапия касаллик ҳуруж қилмаган даврда тайинланади ва ўтказилади.

Аллергик риноконъюнктивит асоратларини даволаш. Аллергик риноконъюнктивит асоратларини даволаш (бурун ва унинг қўшимча бўшлиқлари полипозиди, гайморит/этмоидит, отит ва кўзнинг яллиғланиш касалликлари ва ҳ.).

- Иккиламчи инфекция қўшилганда аллергияга қарши даво антибактериал, яллиғланишга қарши чоралар, санация ўтказиш ва бошқа муолажалар билан бирга қўшиб олиб борилади.
- Бурун полипозидида маҳаллий ГКС воситалар (беклометазон, будесонид, флутиказон, триамцинолон) курс бўйича тавсия этилади.

ХИРУРГИК ДАВОЛАШ

Хирургик даволашга кўрсатмалар: • Консерватив даволаш барқарор ремиссия ва бурун орқали эркин нафас олишни таъминламаганда • Бурун чиғаноқлари гипертрофиясининг қайтмас (фиброз ва сурғичсимон) турлари • Бурун бўшлиғининг аномалиялари бўлганда • Бурун бўшлиқлари касалликларини (кисталар, сурункали йирингли жараён) бошқа йўл билан бартараф қилишнинг имкони бўлмаганда.

БЕМОРНИ ЎРГАТИШ

Беморга ўргатишдан мақсад касалликнинг авж олиши ва зўрайишини олдининг олишдир. У билан касаллик табиати, унинг симптоматик ва патогенетик даво усуллари, даволашда дориларни тўғри танлашнинг аҳамияти, сабаб бўлувчи аллергенлар элиминацияси бўйича даволаш-профилактика тавсияларига риоя қилиш тўғрисида суҳбат ўтказилади. Ҳар бир беморга аллергенлардан қандай сақланиш тўғрисида эслатма (ёки шифохонадан касаллик тарихидан кўчирма ёзиб) берилиши керак.

МУТАХАССИС МАСЛАҲАТИГА КЎРСАТМАЛАР

Симптоматик ва аллерген специфик даволаш курсини ўтказиш учун аллерголог маслаҳати зарур бўлади. Шунингдек, касаллик асоратларини даволаш мақсадида бемор отоларингологга юборилиши керак.

КЕЙИНГИ ОЛИБ БОРИШ

Қуйидаги ҳолларда беморлар аллерголог назоратида бўладилар.

- Мавсумий ва йил бўйи давом этадиган аллергик риноконъюнктивит касаллигига чалинган беморлар.
- Йил бўйи давом этадиган аллергик риноконъюнктивит касаллигига чалинган беморлар эса йилнинг фаслидан қатъий назар касалликнинг кечиш ва даволаш жараёнини кузатиб туриш мақсадида.
- Аллергик риноконъюнктивитнинг мавсумий формасида эса беморларга аллерголог маслаҳати кўрсатилган ♦ Касаллик хуруж қилишидан 1-2 ҳафта олдин – мавсумий даволаш буюриш масаласини ҳал қилиш учун ♦ Гуллаш мавсумида – ўтказилган даво чоралари самарасини баҳолаш учун ♦ Кейинчалик – мавсумдан кейинги патогенетик даволашни давом эттириш учун.

ПРОГНОЗИ

- Касалликнинг прогнози ♦ Беморнинг индивидуал сезувчанлигига ♦ Атроф муҳит шароитларига ♦ Касалликнинг эрта диагностикаси ва даволашга боғлиқ бўлади.
- Замонавий диагностика ва монанд даволаш усулларининг йўқлиги бронхиал астма касаллигининг шаклланишига ва асоратлар ривожланишига олиб келади (аллергик ринит 20% ҳолларда бронхиал астма билан қўшилиб келади).
- Даволаш-профилактика тадбирларига риоя қилинганда, монанд симптоматик ва патогенетик даво қўлланилганда кўп ҳолларда прогноз яхши бўлади ♦ Касалликни клиник белгилари камаяди ♦ Турли хил бошқа касалликлар ва аллергиялар пайдо бўлишига сабаб бўлаётган хавф – хатар озаяди ♦ ДВ ларини қабул қилишни камайтириш имкони туғилади.

ШОХ ПАРДАНИНГ ЯРАСИ

Шох парданинг яраси – бу унинг кратерсимон етишмовчилиги бўлиб юқумли омиллар таъсирида зарарланиш (жароҳатдан кейинги бирламчи ёки иккиламчи инфекция, трофик ўзгаришлар ва ҳ.) оқибатидаги некроз туфайли юзага келади. Шох парданинг «яраси» ва «эрозияси» тушунчаларини бир биридан ажратиш лозим. Ярада шох парданинг нафақат эпителияси (бу эрозияга хос) ва боумен мембранаси, балки унинг стромаси яхлитлиги ҳам бузилади. Шунинг учун яра доим кўзда оқ доғ (бельмо) қолдириб битади. Яра марказда ёки четда жойлашган бўлиши мумкин.

Этиологияси ва хавф омиллари. Яранинг пайдо бўлиши учун иккита шароит керак – маҳаллий қаршиликнинг пасайиши (шу жумладан, шох парда эпителияси яхлитлигининг бузилиши) ва шох пардага юқумли омилларнинг тушиши.

- Шох пардада нуқсон пайдо бўлишига ва/ёки маҳаллий қаршиликнинг пасайишига олиб келувчи омиллар ♦ Шох парданинг қуриши (масалан лагофтальмда) ♦ Кўзнинг куйиши ♦ Механик таъсир натижасида жароҳатланиш (шу жумладан контактли линзалардан ҳам) ♦ Маҳаллий анестетикларни, антибиотикларни ёки вирусга қарши препаратларни, антидепрессантларни, гидрокортизонни нотўғри қўллаш ♦ Қандли диабет
- ♦ Гипо- ва авитаминоз ♦ Иммуноқучиллиги
- Микроорганизмлар ♦ Граммусбат микроорганизмлар (стафилококклар, стрептококклар) ♦ Грамманфий микроорганизмлар (диплококклар) ♦ Кўкйиринг таёқчаси ♦ Вируслар ♦ касаллиги микобактериялари ♦ Замбуруғлар.

Патоморфологияси. Препаратларни Грам ва Романовский-Гимзе усули бўйича ранглаш бактерияларни, замбуруғларни ёки вирусли зарарланишларга хос бўлган ядро ичидаги киритмаларни аниқлаш имконини беради.

Клиник манзараси

- Шох парданинг ўрмаловчи яраси (Френкель–Вексельбаум пневмококки, Моракс–Аксенфельд диплобациллеси, стафилококк, стрептококк, кўкйиринг таёқчалари чақирадиган бактериал этиологияга эга бўлган яра) ♦ Қаттиқ кесувчи

характердаги оғрик, йиринг келиши, ёш оқиши билан ифодаланган блефароспазм, хемоз, аралаш инъекция ♦ Шох парданинг яра ҳо қилган ҳолда тез парчаланиб кетувчи сарғимтир-кулранг инфилтрати. Яра ўсувчи ва камаювчи иккита четга эга. Ўсувчи четининг таги ўйилганроқ, юмшатирилган ва йирингли инфилтратдан иборат чамбарак. Ўсувчи четнинг мавжудлиги туфайли катталашиб бориб, шох парданинг катта қисмини аста-секин қоплаб олиши. Лимбдан яра томонга қараб қон томирлар ўсиши (паннус) ♦ Бунга тезда ирит, иридоциклит қўшилиши, баъзан эндофтальмит ҳам ривожланиши.

- Шох парданинг касаллиги туфайли пайдо бўлган яраси ♦ Организмда касаллиги ўчоғининг мавжудлиги ♦ Тўғри айлана шаклдаги яралар билан бир қаторда кулранг-сарик инфилтратлар борлиги. Уларнинг тармоқланган қон томирлар билан ўралганлиги (инфилтрат қон томирлардан иборат халтачада – фликтенада жойлашган). Инфилтратларни ривожлана бориб яралар нуқсонлар ҳо қилиши ♦ Кечиши узок, давомли ремиссиялар билан, яралар ўрнида қўпол шох парда чандиклари ҳо бўлиши.

- Шох парданинг герпетик чандикланиши - дарахтсимон кўринишдаги ва яралар кератитлар. Уларнинг ўрнида дарахтсимон яралар ҳо бўлиши.

- Гипо- ва авитаминозлар натижасида келиб чиққан шох парданинг яраланиши. ♦ А витамини етишмаганда шох парданинг икки томонлама хиралашиши («сутли» шох парда) негизида кератомалация ривожланиши ва оғрик ҳисси билан кечмайдиған яралар пайдо бўлиши. Склеранинг конъюнктивасида куруқ ксеротик пиликчалар юзага келиши ♦ В2 витаминининг етишмовчилигида эса - шох парданинг васкуляризацияси, эпителийнинг дистрофик ўзгаришлари, яралар нуқсонлар. Одатда кечиши узок давом этувчи ва оқибати нисбатан яхши.

Лаборатор текширишлар ● Ярадан микроорганизмларни ажратиш ва зарур бўлса уларнинг антибиотикларга сезувчанлигини аниқлаш.

- Асосий касаллик белгиларига эътибор бериш (лейкоцитлар формуласидаги касаллигига хос ўзгаришлар, гипо ва авитаминозларда қонда витаминлар миқдорининг камайиши ва ҳ.к.).

ДАВОЛАШ

Тартиб. Шифохонада даволаш фақат оғир кечган ҳолларда ёки амбулатор даволашни имконияти бўлмаганда тавсия этилади. Ҳар қандай ҳолда ҳам беморни офтальмолог кўригига юбориш керак.

Олиб бориш тамойили ● Экмада бактерияларнинг ўсиши натижаларини кутмасдан, кечиктирмай маҳаллий антибактериал даволашни бошлаш зарур. Шунингдек уларни ичишга буюриш ва конъюнктива остига юбориш кўрсатилган ● Циклоплегик воситаларни қўллаш ● ГК ни тайинлаш тақиқланади ● Жараённинг сўниш даврида – шох пардада қўпол чандик қолмаслиги учун сўрилишга таъсир этувчи дорилар қўлланилади.

Хирургик даволаш. Яра узок вақт давомида битмаса ва шох парданинг тешилиш хавфи бўлса, бошдан охиргача ёки қаватма-қават даволовчи керотапластика ўтказиш зарур. Яра битгандан сўнг шох парда хиралашиб қолиши тез-тез учрайди. Бундай ҳолларда кўриш қобилятини яхшилаш учун кератопластика ўтказилади.

Танлов препаратлари.

- Сульфациетамид – кунига 5-6 марта, тўлиқ эпителизация бўлгунча ярага майдаланган кукунини сочиш, кейин эса 30% ли эритмасини томизиш.
- Гентамицин ва тобрамицин маҳаллий - *Pseudomonas*, *Enterobacter*, *Klebsiella* ва аэроб грамманфий бактериялар билан зарарланганда; цефалоспоринлар – (масалан – цефазолин 50мг/мл.) грамманфий бактериялар билан зарарланганда. Даволашнинг бошида аминогликозидлар ва цефалоспорин ҳоаларини бирга қўллаш самаралироқдир.
- Фторхинолон ҳоалари, масалан, ципрофлоксацин (0,3%) - *Pseudomonas* билан зарарланишларда.
- Амфотерицин В парэнтерал – кандидоз ва аспергиллёларда, шунингдек, клотримазол, миконазол, кетоконазол, эконазолларни ҳам қўллаш мумкин.
- Вирусли этиологияга эга яраларда ♦ Идоксуридин маҳаллий – 0,1% эритмаси конъюнктива қопчасига кун бўйи ҳар соатда 2 томчидан ва кечаси ҳар 2 соатда икки ҳафта мобайнида ♦ Полудан 100 мкг. 2-5 мл. дистилланган сувда эритилиб, конъюнктива қопчасига кунига 6-8 марта, яллиғланиш пасайганда 3-4 марта томизилади. Фақат шифохона шароитида қўлланилади.
- ♦ Интерферон-альфа 200 МЕ. - 2-5 мл. дистилланган сувда эритилиб, конъюнктива қопчасига 2 томчидан кунига 6-8 марта. **Альтернатив препарат:** интерферон-альфа - 2а ♦ Ацикловир конъюнктива қопчасига 3% кўз малҳами сифатида кунига 3 марта 7-10 кун давомида.
- Таурин- кўзга 2-3 томчидан кунда 4-5 марта, асал эритмаси – кунда 3-5 марта.
- Электрофорез – гиалуронидаза, коллализин эритмалари билан 10-15 марта ўтказилади.

Асоратлари ● Шохпарданинг чандиқланиши ва кўриш қобилиятининг йўқолиши ● Ирит, иридоциклит ● Эндофталмит ● Рангдор парданинг орқа синехиялари ● Шох парданинг тешилиши, рангдор қобикнинг тушиб кетиши билан ● Кўздан ажралиш.

Кечиши ва прогнози ● Монанд даволаш ўтказилганда оқибати яхши ● Яра узок вақт давомида битмаса диагноз (касалликнинг этиологияси нотўғри аниқланган) ва/ёки даволашни қайта кўриб чиқиш керак ● Замбуруғлар билан зарарланиш натижасидаги шох парда яраси кўпинча кам белгилар билан узок вақт кечади ● Герпетик инфекция туфайли пайдо бўлган яралар жуда қийин даволанади.

Кўшилиб келувчи патологиялар: Сурункали яралар нейротрофик кератитлар натижасида келиб чиқиши мумкин. Кератитларга сабаб эса шох пардани таъминловчи уч шохли нервнинг касалликларидир. Нейротрофик кератит кўпинча қалқонсимон без касалликлари, қандли диабет ва иммун тақчиллиги бўлган одамларда кузатилади.

Профилактикаси ● Шох парда зарарланишини олдини олиш керак ва контакт линзалардан фойдаланганда эҳтиёт бўлиш ● Шох парда ярасини келтириб чиқариши мумкин бўлган касалликларни даволаш.

ХКК – 10 • Н 16.0 Шох парданинг яраси.

УВЕИТ

Увеит – кўз олмаси томирли қобиғининг яллиғланишидир. Анатомик жиҳатдан кўз олмаси томирли қобиғи рангдор пардага, киприкли тана ва асл томирлар қобиғига бўлинади. Асл томирли қобиқ киприкли тананинг орқасида жойлашган бўлиб, бутун томирли қобиқнинг қарийб 2/3 қисмини ташкил этади (амалда кўз тўр пардасини ташқи томонини қоплаб туради). Уни орқа калта киприк артериялари қон билан таъминлайди, рангдор парда ва киприкли танани эса - олдинги ва орқа узун киприк артериялари, яъни бу икки бўлимни қон билан таъминлаш иккита бошқа-бошқа манбалардан амалга оширилади. Шунга кўра томирли қобиқнинг олд ва орқа бўлимлари одатда алоҳида-алоҳида жароҳатланади ва шу сабабли увеитлар ҳам олд ва орқа турларга бўлинади.

Учраши. Увеит 1000 одамдан 0,3-0,5 тасида учрайди. Тахминан 40% ҳолатларда бу касаллик тизимли касалликлар замирида пайдо бўлади. **Кўпроқ учрайдиган жинси:** қонда Ag HLA – B27 нинг мавжудлиги билан кечадиган олд увеитга асосан эркаклар чалинади (2,5:1).

Классификацияси • Яллиғланиш жараёнининг жойлашишига қараб ♦ Олд увеит (ирит, иридоциклит) – рангдор парданинг ва/ёки цилиар тананинг яллиғланиши ♦ Орқа увеит (хориоидит) - асл томирли қобиқнинг яллиғланиши ♦ Оралиқ увеит (периферик увеит) – цилиар тананинг, асл томирли қобиқнинг периферик бўлимларининг яллиғланиши ♦ Диффуз увеит (иридоциклохориоидит) – томирли қобиқнинг орқа ва олдинги бўлимларининг яллиғланиши • Этиологиясига қараб - экзоген (инфекция мугуз парда, оқ парда, кўз косаси томонидан кирганда) ва эндоген (инфекцияни қон билан тарқалиши, аутоиммунли механизмлар) • Кечишига қараб - ўткир, ўрта ўткир, сурункали (шу жумладан, қайталанувчилари ҳам) • Яллиғланиш жараёнининг характериға қараб - серозли, йирингли, фибринозли, геморрагик ва аралаш турлари учрайди.

Этиологияси • Вируслар, бактериялар, бир хужайралилар, замбуруғлар • Иммунли омиллар – бириктирувчи тўқиманинг диффуз касалликларида аутоиммунли ва иммунокомплексли механизмларнинг иштироқи тахмин қилинади • Идиопатик сабаблар (тахминан 25%).

Генетик аспектлари. 50-70% ҳолатларда қонда Ag HLA – B27 аниқланади (анкилозли спондилитда, Райтер касаллигида).

Хавфли омиллар. Бириктирувчи тўқиманинг диффуз касалликлари, сурункали инфекция ўчоқлари.

Патоморфологияси. Олд увеит. Олдинги камеранинг суюқлигида оқ (шу жумладан фибрин), яллиғланиш геморрагик характерга эга бўлганда эса эритроцитлар, йиринг ва пигмент пайдо бўлади. Шунингдек синехиялар (рангдор парда ва гавҳар орасидаги фиброз битишмалар) ҳам юзага келиши мумкин. Рангдор парда шишган, инфилтратланган. Туташтирувчи тўқима ҳо бўлиши натижасида шишасимон танада хиралик пайдо бўлиши мумкин • Орқа увеит. Кўриш нерви дискининг шишиши, тўр парда томирлари периваскуляр тўқимасининг яллиғланиши.

Клиник манзараси.

● Олд увеит (увеитга чалинган беморларнинг тахминан 80% да учрайди) ♦ Одатда бошланиши ўткир, кўпинча бир томонлама (қонда HLA – В27нинг мавжудлиги билан кечадиган увеитда 95%). ♦ Шикоятлари – кўриш ўткирлигининг пасайиши, кўз олмаси пайпаслаганда кучаядиган оғриқ ♦ Кўзда перикорнеал ёки аралаш инфекция, рангдор парда рангининг ўзгариши (яшилроқ ёки занг рангида, кўриниши аниқ эмас) ♦ Жароҳатланган кўзнинг қорачиғи торайган, нотўғри шаклда, ёруғликка реакцияси бузилган ♦ Мугуз парданинг эндотелийсида (кўзнинг олд камераси томонида) полиморф преципитатлар ёки олд камерада экссудатнинг мавжудлиги (экссудат йирингли характерга эга бўлса - гипопион, геморрагик характерга эга бўлса – гифема). Рангдор парданинг орқа битишмалари (рангдор пардани орқа томонининг кўз гавҳарининг олд капсуласи билан қўшилиши) пайдо бўлиши. Баъзи ҳолатларда битишмалар рангдор парда ва гавҳарнинг айлана бўйлаб қўшилиб кетишига сабабчи бўлиши мумкин, бу гавҳарнинг қопланиб қолишига ва КИБ нинг ошишига олиб келади – натижада иккиламчи глаукома ва рангдор парданинг бўртиб чиқиши (рангдор парданинг олд камерага валик шаклида буртиб чиқиши) ривожланади ♦ Асосий касалликнинг кўринишлари ва келиб чиқиши ҳам эндоген ҳам экзоген бўлган увеитда намоён бўлиши мумкин.

● Орқа увеит. Тўр парданинг яқин жойлашиши ва унинг тез-тез яллиғланиш жараёнига қўшилиб қолиши туфайли амалда «хориоретинит» ибораси қўлланилади.

♦ Бошланиши одатда сезилмайди ♦ Кўриш ўткирлиги пасаяди ♦ Шикоятлар – фотопсияларнинг (кўз олдида ялтироқ чакнашлар), метоморфопсияларнинг (нарсалар шакллари нотўғри кўриниши) пайдо бўлиши, жараён периферик жойлашганда гемералопия (қоронғиликда хира кўриш) ♦ Кўриш майдони текширилганда ҳар хил катталиқдаги скотомаларнинг мавжудлиги (текширишнинг бу усули малакали офтальмологнинг иштирокини талаб қилмайди, лекин хориоидит гумон қилиш имконини беради) ♦ Одатда оғриқ бўлмайди ва бу диагноз қўйишни анча қийинлаштиради.

● Оралиқ увеит – шишасимон тананинг яллиғланишли инфильтрацияси, цилиар танани қисман қопловчи мембраналарнинг экссудацияси ва шаклланиши. Белгилари орқа увеитни эслатади.

Лаборатор текширишлар специфик (касаллик полиэтиологияли) эмас. Кўпроқ асосий касалликнинг белгилари аниқланади (лаборатория кўрсатмалари коллагеноз касаллигида энг кўп маълумот беради).

Махсус текширишлар ● Олд увеитдаги биомикроскопияда – шиш, рангдор парда рангининг ўзгариши, мугуз парданинг орқасида преципитатларнинг ёки кўзнинг олд камерасида экссудатнинг мавжудлиги, рангдор парданинг орқа битишмалари

● Орқа увеитдаги офтальмоскопияда – шишасимон танада хиралик, атрофида гиперемияси ва шиши бор сариқ ва кул рангли турли шакл ва катталиқдаги ўчоқлар (перифокал яллиғланиш ҳоллари) мавжуд, уларнинг устидаги тўр парда томирлари узилмаган.

Кўрув нерви дискининг яллиғланиши ва гиперемияси бўлиши мумкин. Кечки босқичларда томирли қобикнинг атрофик ўзгаришлари пайдо бўлади – унинг ранги оқаради, баъзан пигментлашади • Текширишнинг кўшимча усуллари асосий касалликнинг белгиларини аниқлаш имконини беради (масалан анкилозловчи спондилитда умуртқа поғонаси рентгенографияси).

Дифференциал диагностикаси • Олд увеит ♦ Конъюнктивит ♦ Эписклерит ♦ Склерит ♦ Кератит ♦ Глаукоманинг ўткир хуружи • Орқа увеит ♦ Тўр парда кўчишининг бошланғич босқичи ♦ Томирли қобикнинг ўсмалари.

ДАВОЛАШ

Тартиби. Тезда офтальмологга кўрсатиш керак, чунки кўпгина ҳолларда увеит тез ривожлана бориб хавфли асоратларни келтириб чиқариши мумкин.

Олиб бориш тамойили.

• Олд увеит ♦ Асосий касалликни даволаш ♦ Антибактериал ♦ Яллиғланишга қарши воситалар: увеитнинг этиологиясига қараб – ЯҚНДВ, ГК, цитостатиклар ♦ Преднизолон – 1% суспензия 2 томчидан оғриган кўзга дастлаб ҳар 4 соатда кейинчалик, аҳвол яхшиланишига қараб кунлик доза камайтириб борилади ♦ Дексаметазон – кўз томчилари шаклидаги 0,1% ли қоришма ♦ Рангдор пардани орқа битишмаларини ҳо бўлишига йўл қўймайдиган, ҳо бўлганларининг эса узилишига олиб келадиган дори-дармонли циклоплегия ♦ Танлов препаратлари: тропикамид – 2% ли қоришма 2 томчидан оғриган кўзга кунда 2 маҳал ёки зарур бўлса – ҳар 3 соатда, циклопентолат – 0,25% ли қоришма 2 томчидан кунда 3 маҳалгача ♦ Муқобил препарат: эпинефрин ♦ Атропин тавсия этилмайди, айниқса экссудация яққол ифодаланган бўлса ♦ Яллиғланиш жараёни сустлашганда – электрофорез шаклида сўрилишга таъсир қилувчи дорилар.

• Орқа увеитда ♦ Асосий касалликни даволаш ♦ Антибактериал воситалар ♦ Яллиғланишга қарши воситалар: увеитнинг этиологиясига қараб – ЯҚНДВ, ГК, цитостатиклар.

• **Қарши кўрсатмалар** ♦ Дорига ўта сезувчанлик ♦ Бирга келувчи ёпиқ бурчакли глаукома ёки унга мойиллик бўлса дорилар билан циклоплегия ўтказиш мумкин эмас.

Асоратлари • Мугуз парда ва гавҳар юзасида преципитатларнинг йиғилиши хасталанган кўз ўткирлигининг пасайиши ёки уни бутунлай кўрмай қолиши • Рангдор парданинг орқа синехиялари туфайли КИБнинг ошиши ва ёпиқ бурчакли глаукоманинг ривожланиши • Катаракт • Томирлар окклюзияси билан кечадиган васкулитлар, тўр парданинг инфарктлари • Кўрув нерви дискининг шиши • Тўр парданинг кўчиши.

Касалликнинг кечиши ва прогнози • Асосий касалликка боғлиқ • Ўткир иридоциклитлар одатда 3-6 ҳафта давом этади, сурункали шакллари эса ҳаво совуқ пайтларда қайталанишга мойил • Марказий хориоретинит ёки тўр парданинг атрофик ўзгаришларида кўриш ўткирлиги анча пасаяди.

Йўлдош касалликлар • Вирусли инфекциялар: ОИВ, ОГВ, *Herpes zoster* вируси, ЦМВ • Бактерияли инфекциялар: , мохов, захм, лептоспироз, бруцеллёз, Лайм касаллиги, Уипл касаллиги • Паразитар инфекциялар: токсоплазмоз, акантамёбиаз, токсокароз, цистицеркоз, онхоцеркоз • Замбуруғли инфекциялар:

гистоплазмоз, кокцидиоидомикоз, кандидоз, бластомикоз, криптококкоз • Аутоиммун касалликлар: анкилозловчи спондилит, Бехчет касаллиги, Крон касаллиги, дориларга ўта сезувчанлик, интерстициал нефрит, ювенил ревматоид артрит, тарқалган склероз, псориастик артрит, Райтер касаллиги, қайталанувчи полихондрит, саркоидоз, Шёгрэн синдроми, СКВ, ярали колит, васкулит, пес • Кўзнинг алоҳида касалликлари, масалан тўр пардасининг ўткир некрози, факоген увеит, хориоидит, симпатик офтальмия, кўз жароҳатлари • Никобловчи синдромлар: лейкоз, лимфома, пигментли ретинит, ретинобластома.

Ёш билан боғлиқ жиҳатлари • Болалар. Кўпинча увеитлар юқумли этиологияга эга. Аллергик реакциялар ва рухий стресслар туртки берувчи омил бўлиши мумкин • Кексалар. Олд увеитга хос бўлган яллиғланиш реакциялари тизимли касалликларда кўпинча кўзга ташланмайди.

ХКК-10 • Н20 Иридоциклит.

Илова. Гифема – кўзнинг олд камерасига қон қуйилиши. Кечиши ўткир, қайталанувчан. **Даволаш** • Қатъий тўшак режими • Ярим ўтирган ҳолат • Кўзга бинокуляр боғламалар қўйиш • Антифибринолитиклар • Седатив дорилар • КИБ ни пасайтирувчи дорилар • Хирургик йўл билан даволаш.

ХКК-10 • Н21.0 Гифема.

ЭПИСКЛЕРИТ

Асосий қоидалар

• Эписклеритни иритдан ажратиш керак.

Этиологияси ва патогенези.

• Эписклерит бириктирувчи тўқима касалликлари ва аллергиянинг белгиси ҳам бўлиши мумкин.

• Эписклерит - кам учрайдиган касаллик, чунки склерада қон томирлар оз ва ташқи таъсирлардан конъюнктива билан ҳимояланган. Яллиғланиш деярли ҳар доим эндоген.

• Склера гистологик тузилиши бўйича бошқа тўқималардан фарқ қилади, унинг касалликлари тўқима касалликларига ўхшайди. Склеранинг ташқи қон томирли бўш қавати эписклера деб аталади. Эписклерит склеритга караганда кўпроқ учрайди.

Клиник манзараси.

• Беморлар одатда умуман шикоят қилишмайди ёки кўздаги енгилгина оғриққа шикоят қилишади.

• Эписклерит тугунли, секторал ёки диффуз бўлади. Унинг тугунли шаклига конъюнктива остида қизил рангдаги тугунча пайдо бўлиши хосдир. Секторал эписклеритда эритема мугуз парданинг четигача етадиган секторни қоплайди. Диффуз шаклида эса мугуз парда атрофида склеранинг қизариши кузатилади.

• Диффуз эписклерит билан биргаликдаги мўтадил ирит қиёсий ташхислашни кийинлаштириши мумкин. “Ирит” ташхиси ёруғликдан кўрқиш ва кўриш ўткирлиги бузилганлигини таъкидлайди.

- Эписклерит склеритдан фарқли ўлароқ ҳеч қандай асоратсиз даволанади. Склерит даволангач эса чандикли ўзгаришлар пайдо булиб, улар конъюнктива остида склеранинг ҳаво рангли атрофия участкаларидек билиниб туради.

Даволаш.

- Эписклеритни даволаш учун НЯҚВ, масалан индометацинни 25-50 мг. кунда 3 маҳал қўллаш керак. Томчи шаклидаги НЯҚВ (масалан, диклофенак) маҳаллий қўлланилиши мумкин. Улар соғайишни тезлаштиради.
- Елвизакдан ва саунага тушишдан сақланиш лозим, чунки улар даволаш муддатини узайтиради.
- Узоқ кечувчи эписклерит билан касалланган беморларни даволаш учун глюкокортикоид препаратларни тайинлаш масаласини ҳал қилиш учун офтальмолог маслаҳати зарур.
- Склеритни мутахассис шифокор даволаши лозим.

КЎЗ ЖАРОҲАТЛАРИ

Тешиб кирган жароҳатларга шубҳа қилинганда

- Типик жараёнда - металл жисмга болға билан урганда кўзга ёт жисм кириши ёки ўткир нарса билан жароҳат (масалан, ойна синганда парчалари) олганда.
- Беморни ётқизилган ҳолатда бинокуляр боғлама билан офтальмология бўлимига жўнатиш керак. Болаларни ота-оналарнинг қўлида ўтқазилган ҳамда кўзлари боғланган ҳолатда келтирса бўлади. Агарда бинокуляр боғламадан қўрқув пайдо бўлса, унда фақат жароҳатланган кўзни боғлаш мумкин.

Кўзга таъсирлантирувчи ёки ўювчи модда кирганда

- Зудлик билан, ҳеч бўлмаганда 10 дақиқа ичида кўзни сув билан, энг яхшиси кўз зарарланиши содир бўлган жойда 30 дақиқа (кўзга ишқор кирганда - 60 дақиқа) давомида ювиш зарур. Агар шифокорга мурожаат қилингунга қадар кўз ювилмаган бўлса, мурожаат қилингандан кейин уни тезлик билан ювиш шарт.
- Кўзни узоқ сақланган сув билан ювиш мумкин эмас, унда патоген микроорганизмлар бўлиши мумкин. Хавфли моддалар ишлатиладиган хоналарда алмашув идишларда натрий хлориднинг изотоник эритмасини сақлаш керак. Ювиш учун водопровод сувини ҳам ишлатса бўлади.
- Биринчи навбатда кўзни натрий хлориднинг изотоник эритмаси билан ювиш лозим. Кейинчалик машинада ювишни в/и инфузия қилиш учун мўлжалланган мослама (система) билан давом эттириш керак. Шох парданинг маҳаллий анестезияси кўзни ювишни енгиллаштиради.
- Кўзни лупа ва флюоресцеин билан текшириш керак. Кичик эрозияларни бирламчи тиббий ёрдам муассасаларида даволаш мумкин. Катта ва лимбгача келган эрозияларда ҳамда шох парда хиралигида бемор зудлик билан офтальмологга жўнатилади.

ҚОВОҚ ЖАРОҲАТЛАРИ

- Терининг жароҳатланган ерини кўздан кечирини ёки олиб ташлаш мумкин эмас. Ёт жисмни ювиш билан кетказиш мумкин.
- Малҳамларни маҳаллий суртиш тавсия этилмайди.
- Қовоғининг четлари ёрилган ёки чуқур жароҳат олган беморларни мутахассисга жўнатиш зарур.

КЎЗНИНГ ТЎП ЁКИ МУШТ БИЛАН ЖАРОҲАТЛАНИШИ

- Қорачиқ рефлексларини, кўз олмасининг ҳаракатини, кўз тубининг ҳолатини, КИБ ни, пастки қовоғининг тактил сезувчанлигини аниқлаш керак.
 - ◆ Кўз олмаси ҳаракатининг чегараланганлиги, пастки қовоғда диплопия ва парестезиялар борлиги кўз косаси суяклари синишидан хабар беради (зудлик билан шифохонага ётқизиш учун кўрсатма).
 - ◆ Қорачиқ рефлексининг ассиметрияси кўз олмаси чайқалишининг белгисидир. Бундай беморларда кўзнинг олдинги камерасига кўп қон қуйилган бўлиши мумкин, ваҳоланки унинг пастки қисмида суюқ қон сатҳи топилмаган бўлса ҳам.
 - ◆ Кўз туби текширилганда қон қуйилиши ёки қон томир қобиғининг ёрилиши аниқланса шифохона шароитида даволаш лозим.
- Беморда диплопия бўлмаса, кўзнинг олдинги камерасига қон қуйилмаган, кўриш қобилияти пасаймаган ва қорачиқ реакциялари бузилмаган бўлса уни шифохонага ётқизиш шарт эмас.

КЎЗ ОЛДИНГИ КАМЕРАСИДАГИ ҚОН (ГИФЕМА)

- Офтальмолог кўзни зудлик билан текшириши керак (беморни бинокуляр боғлама билан шифохонага юбориш лозим).

Кўз жароҳатидан сўнг бошқа ўзгаришлар бўлмаган ҳолда кўриш қобилиятининг озроқ пасайиши.

- Эртаси куни кўриш қобилиятини аниқлаш керак.
 - ◆ Агар кўриш қобилияти яхшиланмаса ёки пасайган булса, беморни зудлик билан офтальмологга жўнатиш лозим.

ГОВМИЧЧА

Говмичча (*hordeolum*) ибораси киприк соч халтачасининг (ташқи говмичча) ёки мейбомий безларининг (ички говмичча) зарарланиши билан кечадиган қовоқнинг ҳар қандай яллиғланиши ёки инфекцияли жараёнига нисбатан қўлланилади. Мейбомий безларининг сурункали яллиғланишида халазион ҳақида гап юритилади. **Этиологияси.** Энг кўп учрайдиган қўзғатувчиси – стафилококк.

Хавф омиллари • Олдин ўтказилган блефарит • Шахсий гигиена қоидаларининг бузилиши • Себорея инфекцияга мойиллик сабабчиси бўлиши мумкин • Контакт линзаларини тақиш • Совуқ ўтказиш.

Патоморфологияси - қовоғларнинг ажралмасидан бактерияларнинг ва лейкоцитларнинг топилиши.

Клиник манзараси • Қовоқ четининг қизариши, шиш, ажралма (йиринг) тўпланиши • Киприк соч халтачасининг маҳаллий яллиғланиши • Беморлар қичиш сезишлари, қовоқ пўст ташлаши, сурункали қизариш, кўзнинг безовталаниши пайдо бўлиши мумкин. Булар чегараланган сезгирликнинг ошиши ва оғриқнинг пайдо бўлишини келтириб чиқаради.

Дифференциал диагностика • Блефарит • Қовоғларнинг ўсмалари.

ДАВОЛАШ.

Олиб бориш тамойили • Антибактериал кўз томчиларини (сульфацетамид, гентамицин, ципрофлоксацин) кунда 6-8 марта томизиш • Яллиғланиш соҳасидаги иссиқ муолажалар қон келишини ва табиий дренажни кўпайтиради • Қовоғларнинг ҳар куни тозалаш ва дезинфекциялаш

• Қовоғларнинг четлари дарҳол тозалагандан сўнг кўз малҳамларининг аппликацияси (эритромицин кунда 2 марта ёки тетрациклин 0,25%ли кунда 3-4 марта) қўлланилади.

Хирургик даволаш. Агар инфекция бир безда жойлашса, баъзан маҳаллий анестезия орқали кесиш ва дренаж қилиш керак.

Прогнози ва кечиши. Яхши даволанади, беморларнинг айримларида қайталаниш ҳоллари кузатилади.

Йўлдош патологиялар • Оддий ҳуснбузар • Себорея.

ХКК-10 • Н 00 Гордеолум ва халазион.

ГЛАУКОМА

Глаукома – бу кўздан сувсимон намликни оқиб чиқиб кетишининг бузилиши натижасида КИБнинг доимий ёки вақти-вақти билан кўтарилиши ҳамда кейинчалик кўрув майдонида специфик нуқсонлар ва кўриш нервининг атрофияси кузатилиши (экскавация билан) хос бўлган касалликлар гуруҳидир.

ХКК-10 • Н40.0 Глаукомага гумон • **Н40.1** Бирламчи очик бурчакли глаукома • **Н40.2** Бирламчи ёпик бурчакли глаукома • **Н40.3** Жароҳатдан кейинги иккиламчи глаукома • **Н40.4** Кўзнинг яллиғланиш касаллигидан кейинги иккиламчи глаукома • **Н40.5** Кўзнинг бошқа касалликларидан кейинги иккиламчи глаукома • **Н40.6** Дорилар қўллаганда келиб чиқадиган иккиламчи глаукома • **Н40.8** Бошқа глаукома • **Н40.9** Аниқланмаган глаукома • **Н42*** Бошқа рукнларда таснифланган касалликлардаги глаукома • **Н42.0*** Эндокрин тизими касалликлари, овқатланиш ва модда алмашиш бузилишларидаги глаукома • **Н42.8*** Бошқа рукнларда таснифланган бошқа касалликлардаги глаукома • **Q15.0** Туғма глаукома.

ҚИСҚАРТМАЛАР: КИБ- кўз ичи босими, КНД- кўрув нервининг диски.

Эпидимиологияси.

• Ҳар йили минг кишидан биттаси глаукома билан касалланади.

• Аҳолининг умумий зарарланиши ёш ошишига қараб кўпаяди: 40-49 ёшдагиларнинг - 0,1%, 60-69 ёшдагиларнинг - 2,8%, 80 ва ундан катта ёшдагиларнинг - 14,3% ида учрайди. Кўзи ожизларнинг 15% дан кўпроғи глаукома туфайли кўриш қобилиятини йўқотган.

- Очик бурчакли глаукома 40 ёшдан кейин кўпроқ эркакларда, ёпиқ бурчакли глаукома эса 50-75 ёшли аёлларда кўпроқ учрайди.

Скрининги

- Мунтазам бош оғриғи, кўнгил айнаши ва қусишдан шикоят қилувчи беморларда ёпиқ бурчакли глаукомани гумон қилиш ва уларни кўриш аъзоларини текшириш лозим. Текширувда кўриш қобиляти ўткирлигини, КИБни аниқлаш, биомикроскопия, офтальмоскопия ва периметрия текшириш усуллари ўтказилади.
- Глюкокортикоид (дексаметазон, преднизолон ва б.), холиноблокаторлар (атропин, метацин ва б.) ёки адреномиметиклар (салбутамол, фармотерол, тербутамин ва б.) қўллаганда ҳам КИБ ошиши мумкинлигини эсдан чиқармаслик керак.

- 50 ёшдан катта беморларни режали равишда тиббий кўрикдан ўтказиш пайтида (йилига бир марта) КИБ ўлчаш ва кўз тубини ўрганиб чиқиш зарур.

Профилактикаси. Енгил ва ўрта даражали кўз ичи гипертензиясини даволаш глаукома ривожланишини олдини олиши мумкин.

КЛАССИФИКАЦИЯСИ

Глаукома келиб чиқиши, беморнинг ёши, КИБ кўтарилишининг механизми, унинг сатҳи, КНД зарарланиш даражаси ва кечиш турларига қараб классификация қиланади.

- Келиб чиқишига қараб ♦ Бирламчи ♦ Иккиламчи ♦ Кўз ривожланишининг ва организмни бошқа тузилмаларининг нуқсонлари билан мужассамлашган.
- Беморнинг ёшига қараб ♦ Туғма ♦ Инфантил ♦ Ювенил ♦ Катталар глаукомаси.
- КИБ кутарилиши механизмига қараб ♦ Очик бурчакли ♦ Ёпиқ бурчакли ♦ Олдинги камера бурчаги дисгенези билан кечадиган глаукома ♦ Претрабекуляр блок билан кечадиган глаукома ♦ Периферик блок билан кечадиган глаукома.
- КИБ сатҳига қараб ♦ Гипертензив ♦ Нормотензив.
- КНД зарарланиш даражасига қараб ♦ Бошланғич ♦ Ривожланган ♦ Ўта ривожланган ♦ Терминал.
- Касаликнинг кечишига қараб ♦ Барқарор ♦ Беқарор.

Патогенези

● Бирламчи глаукомада олдинги камера бурчагида, кўзнинг дренаж тизимида ёки КНДда хо бўладиган ва касаллик бошланишидан олдин келадиган патологик жараёнлар алоҳида аҳамиятга эга эмас. Улар глаукома патогенезининг бошланғич босқичидир.

● Иккиламчи глаукомада жараён ривожланишининг патогенетик механизмлари мустақил касалликлар томонидан келтириб чиқарилади. Улар ҳамма вақт ҳам глаукоманинг сабабчиси бўлавермайди. Шундай қилиб, иккиламчи глаукома бошқа касаликларнинг асорати бўлиши мумкин.

● Иккиламчи глаукома кўзни бир қатор яллиғланишли касалликлари: кератитлар, склеритлар, увеитлар, эписклеритлар; гавҳарнинг олдинги камерага чиқиши, гавҳар толаларининг шиши, катарактнинг етилиб кетиши, диабетик ретинопатия шароитидаги қандли диабет, тўр парда марказий венасининг окклюзияси, кўз олмасининг жароҳатланиши, хирургик аралашувлар, неопластик жараёнлар муҳитида пайдо бўлиши мумкин.

ДИАГНОЗ ТУҒМА ГЛАУКОМА АНАМНЕЗИ

Касаллик бола ҳаётининг биринчи йилида кўз олмаси катталашиси орқали намоён бўлади.

Беморни кўриш

- **Тонометрия.** 3 ёшгача болаларда нормада $P_0 = 14-15$ мм. сим.уст. Бирламчи туғма глаукомада босимнинг кўтарилиши $P_0 > 20$ мм. сим.уст. ёки чап ва ўнг кузлардаги КИБнинг фарқи 5 мм. сим.уст. дан кўпроқ.
- **Шох парданинг диаметрини ўлчаш.** Нормада янги туғилган чақалоқни шох пардасининг диаметри 10 мм. га тенг, бир ёшга келиб у 11,5 мм. гача катталашади, 2 ёшда – 12 мм. гача. Бирламчи туғма глаукомада чақалоқ ҳаётининг биринчи йилидаёқ шох парда диаметрининг ўлчами то 12 мм. гача катталашади.
- **Биомикроскопия** – шох парданинг шиши, десцемет қобиғининг йиртилиши, шох парданинг хиралашиси, олдинги камеранинг чуқурлашиши, рангдор парда стромасининг радиал қон томирлари очилиши билан кечадиган атрофияси.
- **Офтальмоскопия.** Нормада чақалоқларнинг кўз туби оқарган, КНД катталарникига нисбатдан оқишроқ, физиологик экскавация йўқ ёки кам ифодаланган. Бирламчи туғма глаукомада экскавация тез ошиб боради, лекин эрта босқичларда КИБ пасайганда у нормаллашади. Шартли равишда шох парда диаметрининг 0,5 мм. га катталашиси экскавациянинг 0,2 мм. га кўпайишига мос дея тахминан баҳолаш мумкин.
- **Гониоскопия.** Камалак парда илдизининг олдинда туташиси, тожсимон боғламни ҳаддан ташқари ривожланганлиги, бурчак қўлтиғида мезодермал тўқиманинг ва трабекуланинг ички юзасида эндотелиал мембрананинг қисман сақланиши.

ДИФФЕРЕНЦИАЛ ДИАГНОСТИКАСИ

Қуйидаги касалликлар билан қиёсий ташхислаш керак: мегалокорнеа, шох парданинг шикастланиши, туғма дакриоцистит, туғма глаукоманинг ҳар хил аралаш турлари (Питерс синдроми, Марфан синдроми, склерокорнеа ва б.к.), уни кўз ичи гипертензиясидан ҳам фарқлай олиш керак, кўз ичи гипертензиясига КИБ нинг ўртача ошиши, кўздан кўз ичи суюқлигининг оқиб кетиши қониқарлилиги, КНД ва кўрув майдонида ўзгаришлар йўқлиги, касалликнинг барқарор кечиши хосдир.

Бирламчи очик бурчакли глаукома.

Шикоятлар

Одатда кўриш функцияларининг тобора пасайиб бориши билан белгисиз кечиши касалликка хосдир. Аккомодациянинг кучсизланганлиги билан боғлиқ вақти-вақти билан камалак доиралар пайдо бўлиши ва баъзан астеноник шикоятлар бўлиши мумкин.

Беморни кўриш:

- **Тонометрия.** Битта ёки иккала кўзда ҳам КИБ статистик нормадан юқорироқ, чап ва ўнг кўзда КИБ ва эрталабки ва кечкурунги КИБ ларининг фарқи 5 мм. сим.

уст. дан кўпроқ бўлиши. Тонометрияни беморнинг ҳар хил ҳолатларида (ўтирган ёки тик турган) ўтказиш мақсадга мувофиқ.

- **Биомикроскопия.** Кўзнинг олдинги бўлимида конъюнктива ёки эписклерада кичик қон томирларда ўзгариш аломатлари пайдо бўлиши (артериолаларнинг турли хил торайиши, венулаларнинг кенгайиши, микроаневризмаларнинг, кичик геморрагияларнинг, донасимон қон оқимининг ҳо бўлиши, «кобра белгиси» - эписклерал томирларнинг кенгайиши, қорачиқ камалак белбоғининг диффуз атрофияси ва пигмент ҳошиянинг бузилиши.

- **Гониоскопия.** Трабекула зонасининг зичлашиши, экзоген пигментацияланиш, шлемм каналининг қонга тўлиши.

- **Офтальмоскопия.** Перипапилляр зонада нерв толалари қаватининг юпқалашиши ва ликлашиши, глаукома оптик невропатиясининг ривожланиши - КНД экскавациясининг кенгайиши ва чуқурлашиши, оқариши ёки унинг олдида чизиксимон геморрагиялар.

- **Тонография.** (суюқликни қайтиб оқиб кетиш коэффициентининг $0,1-0,2 \text{ мм}^3$ мин /1 мм. уст. гача камайиши).

- **Кўрув майдонини текшириш.** Бьеррум мутлоқ ёки нисбий парацентрал скотомалари. Асосан юқори ва/ёки пастки бурун сегментларида кўриш майдони периферик чегараларининг торайиши.

ДИФФЕРЕНЦИАЛ ДИАГНОСТИКАСИ

Нормал босим ва офтальмогипертензия билан кечадиган глаукома билан дифференциал диагностика ўтказилади. Нормал босимли глаукомага кўрув майдонининг ўзига мос равишда ўзгаришлари, КНД нинг глаукомали оптик невропатияси (экскавация билан), КИБ нинг нормал кўрсаткичлари ва олд камеранинг очик бурчаги хосдир. Офтальмогипертензия кўриш майдони ва КНД даги ўзгаришларсиз КИБ нинг ошиши орқали намоён бўлади.

Бирламчи ёпик бурчакли глаукома.

Бу глаукома очик бурчакли глаукомага нисбатан анча кам (тахминан 20% ҳолларда) учрайди. Юқори босимнинг сабаби - қорачиқ орқали (қорачиқ блоки) ва кўзнинг олдинги камераси бурчаги соҳасида (кўзни олдинги камераси бурчаги блокадаси) кўз ичи суюқлиги оқиб кетишининг бузилиши (нисбий обструкция). Одатда бу кўзнинг анатомик хусусиятлари, беморнинг ёши ва гиперметропия билан боғлиқ.

Ёпик бурчакли глаукоманинг ўткир хуружи

Шикоятлар

- Кўзда ва унинг атрофида учламчи нерв йўли бўйича (пешона, чакка, ёноқ соҳаси) тарқалувчи оғриқ.

- Брадикардия, кўнгил айниши ва қусиш.

- Кўриш қобилятининг пасайиши, кўз олдида камалак ранг доиралар пайдо бўлиши.

Беморни кўриш

- Кўрикда турғунлик характеридаги аралаш инъекция.

- Шох парданинг шишиши.

- Саёз ёки тирқишсимон олдинги камера.

● Хуруж узоқ давом этганда олдинги камерадаги намлик опалосценцияси.

● Камалак парданинг олдинга бўртиб чиқиши, унинг стромасининг шишиши, сегментар атрофия.

● Мидриаз, шох парданинг ёруғликка реакцияси йўқлиги.

● КИБ кескин ошиши.

Ёпиқ бурчакли глаукоманинг нимўткир хуружи.

Шикоятлар: кўриш қобилиятининг озгина пасайиши, кўз олдида камалакранг доиралар пайдо бўлиши.

Беморни кўриш

● Кўз олмасида енгил аралаш инъекция.

● Шох парданинг озроқ шишиши.

● Қорачиқнинг кескин ифодаланмаган кенгайиши.

● КИБ нинг 30-35 мм. сим.уст. гача ошиши.

● Гониоскопияда - олдинги камера бурчаги бутун узунаси бўйлаб тўмаган.

● Тонографияда суюқлик оқиб кетиши коэффицентининг кескин камайиши.

Ёпиқ бурчакли глаукома хуружининг дифференциал диагностикаси

● Ўткир иридоциклит.

● Офтальмогипертензия.

● Қорачиқ бекилиши билан боғлиқ иккиламчи глаукома (факоморфик глаукома, рангдор парданинг битиш давридаги бўртиб чиқиши, қорачиқдаги гавҳар қиши билан кечадиган факотопик глаукома).

● Олд камера бурчагининг бекилиши (гавҳарнинг олд камерага кўчиши билан кечадиган факотопик, неопластик глаукома), глаукомоциклотик криз синдроми (Краупа-Познер-Шлоссман синдроми), «қизил кўз» синдроми билан кечадиган касалликлар (яллиғланишли касалликлар, конъюнктивитлар, склеритлар, иридоциклитлар), кўриш аъзоларининг шикастланиши, гипертоник криз билан боғлиқ иккиламчи глаукома.

Мутахасис маслаҳатига кўрсатмалар

● КИБ нинг нормаллиги беморда глаукома борлигини истисно қилмайди.

● Глаукомаси борлигига шубҳа қилинган беморларни (кўз тубини ўрганиш натижалари асосида) офтальмологга юбориш.

ДАВОЛАШ

Даволаш мақсадлари

● Кўриш фаолиятидаги тобора авж олиб боровчи қайтмас жараёнларни олдини олиш мақсадида КИБ ни пасайтириш.

ШИФОХОНАГА ЁТҚИЗИШГА КЎРСАТМАЛАР

● Максимал дорилар билан даволашга қарамасдан компенсацияланмаган КИБ.

ТУҒМА ГЛАУКОМА

Асосий тамойил – бирламчи туғма глаукомани дорилар билан даволаш кам самарали бўлиб, фақат хирургик амалиёти ўтказилгунча қўлланилади. Шу мақсадда сувсимон намлик ишлаб чиқарилишини камайтирувчи препаратлар буюрилади.

- β- адреноблокаторлар:
 - ◆ Кунида 2 марта 0,25-0,5%ли тимолол эритмаси;
 - ◆ ёки кунига 1 мартаба тимололнинг таъсир давомийлиги узайтирилган 0,5% ёки ниолол-гель 0,1%.
- КИБ етарли даражада пасаймаса (эрталабки дори томизишдан олдин ўлчанганда КИБ 25 мм. сим.уст. дан юқори бўлса) – қўшимча равишда карбоангидраза ингибиторлари маҳаллий буюрилади.
 - ◆ кунига 3 маҳал дорзоламиднинг 2% ли эритмаси;
 - ◆ ёки кунига 2 маҳал бринзоламиднинг 1% ли эритмаси;
 - ◆ КИБ нинг мўтадиллашмаса – карбоангидраза ингибиторлари ва осмотик диуретикларни монанд равишда қўллаш.
- Дорилар билан даволаш самара бермаганда (КИБ нинг нормаллашмаслиги) – хирургик усулда даволаш.

БИРЛАМЧИ ОЧИҚ БУРЧАКЛИ ГЛАУКОМАНИ ДАВОЛАШ

Биринчи навбатдаги дори-дармон воситалари

- Тимолол 0,5% (кунига 2 марта 1 томчидан).
- Латанопрост (кунига 1 мартаба кечқурун 1 томчидан).
- Пилокарпин (1 томчидан кунига 3 марта).

Иккинчи навбатдаги дори-дармон воситалари

- Бетаксол 0,25 %, 0,5% (кунда 2 марта 1 томчидан).
- Бутиламиногидроксипропоксифеноксиметил метилоксидиазол 1% (кунда 1-3 марта 1 томчидан^В).
- Дорзоламид 2% (кунда 3 маҳал 1 томчидан).
- Дипифеврин 0,1% (кунда 2 маҳал 1 томчидан).
- Клонидин 0,125%-0,25% (кунда 3 маҳал 1 томчидан).

БИРЛАМЧИ ЁПИҚ БУРЧАКЛИ ГЛАУКОМА

Ўтқир хуружнинг давоси

- Тимололнинг 0,5% эритмаси ҳар бир кўзга 1 томчидан. Қарши кўрсатмалар – бронхиал астма ёки юрак ўтказувчанлигининг бузилиши (ўлим ҳолатлари қайд этилган).
- Агар диагноз ҳеч қандай шубҳа туғдирмаса (масалан, юқори КИБ ирит билан боғлиқ бўлса) босимни 2% ли пилокарпин эритмаси ёрдамида тушириш керак, икки марта 15 дақиқали танаффус билан, кейинчалик эса кунда 4 маҳал 1-2 томчидан. Беморда етилиб турган катаракт бўлса, пилокарпинни қўллаш кўрсатилмаган.
- Ўтказилган давога қарамасдан КИБ пасаймаган ҳолларда мушак орасига литик аралашма: 2,5% хлорпромазин эритмаси 1-2 мл. ва 2% дифенгидрамин эритмаси 1 мл. (битта шприцда) юбориш керак.

- КИБ ни кўшимча пасайтириш учун ацетазоламид (500 мг. ичишга, м/о, в/и). Қарши кўрсатмалар – сульфаниламидларга аллергиянинг мавжудлиги. Препаратни томир ичига юбориш энг самаралидир. Агар қайд қилиш бўлса, дорилар ичишга тайинланмайди.

- Ёпиқ бурчакли глаукоманинг ўткир хуружи бўлган беморларни лазер периферик иридэктомия ўтказиш учун тезда офтальмологик бўлимга юбориш керак.

- Агар КИБ ни бошқа йўллар билан пасайтиришнинг иложи бўлмаса, қон осмотик босимини оширувчи препаратларни тайинлаш мумкин, томир ичига (маннитол 2г/кг. 20% ли эритма шаклида 30 дақиқа давомида).

Шуни эсда тутиш керакки, ушбу препаратларни қўллаш ўткир юрак етишмовчилиги хуружини келтириб чиқариши мумкин.

Нимўткир хуружни даволаш.

- Бир неча соат давомида 1%ли пилокарпин эритмасининг 3-4 инстилляцияси.

- 0,5% ли тимолол эритмасини кунига 2 маҳал томишиш.

- Кунига 1-3 маҳал 0,25 г. ацетазоламид ичишга буюриш.

- Хуруж ва унинг қайта ривожланишининг олдини олиш учун ҳар иккала кўзда ҳам лазер иридэктомия ўтказилади.

ХИРУРГИК ДАВОЛАШ

Хирургик аралашув усулини танлаш касалликнинг қайси босқичда эканлигига ва олдинги камера бурчаги тузилишининг ўзига хос хусусиятларига боғлиқ. Эрта босқичларида ● гониотомия ● трабекулотомия ўтказилади. Кечки босқичларида эса ● фистулизацияловчи операциялар ● цилиар танадаги деструктив аралашувлар кўрсатилган.

Ёпиқ бурчакли глаукоманинг ўткир хуружи бартараф этилгач, даволаш тамойили очик бурчакли глаукомани давосига ўхшаш, фақат симпатомиметикларни қўллашдан ташқари (ёпиқ бурчакли глаукомада улар қарши кўрсатилган).

Бирламчи очик бурчакли глаукомани нейропротектор давоси.

Нейропротектор даво юқорида кўрсатилган усуллардан «толерант босим»га эришилган ҳолдагина самаралидир. Толерант босим маълум инсон учун хавфсиз бўлган КИБ оралиғини назарда тутади.

- Ферментатив антиоксидантлар

- ◆ Супероксиддисмутаза – лиофилизланган кукун 400.000 ТБ. ва 1.600.000 ТБ. ампулада, флаконда. Эритма тайёрлаш учун (кўз томчилари) флакон (ампула) ичидагини 2 мл. физиологик суюқликда *ex temporae* эритилади. Ҳо бўлган эритма 3 кун давомида ишлатилиши мумкин.

- Ферментатив бўлмаган антиоксидантлар.

- ◆ Метилэтилпиридинол гидрохлориднинг 1% ли эритмаси субконъюнктивал ва парабульбар юборилади. Даволаш курси 10 та инъекциядан иборат. Зарурат бўлганда, даволашни йилига 2-3 марта такрорлаш керак. Метилэтилпиридинол гидрохлориднинг самараси у α -токоферол билан бирга қўлланганда ошади. Унинг мойли эритмаси кунда 50-100 мг. дан 3 ҳафта мобайнида ичилади. Даволаш курси 3 ойдан сўнг қайтарилади.

- ◆ Пентагидроксиэтилнафтохиноннинг 0,02% эритмаси субконъюнктивал ёки парабульбар юборилади. Даволаш курси 10 инъекциядан иборат. Зарурат бўлганда давони йилига 2-3 марта такрорлаш мумкин.
- ◆ 35 мг. ретинол + 100 мг. токоферол ичишга 1 капсуладан кунига 2-3 маҳал.
- ◆ Липой кислотаси ичишга 0,025-0,05г. кунига 2-5 маҳал.
- Пептид биорегуляторлар.
 - ◆ Ҳайвонлар кўзи тўр пардасининг полипептиди парабульбар киритилади. Эритма тайёрлаш учун учун лиофилизланган кукун 1 мл. физиологик эритмада эритилади. Бир курсга 10 та инъекция. Даволаш курсларини йилига 1-2 марта ўтказиш керак.
- Спазмолитиклар
 - ◆ Пуринларнинг ҳоаси
 - ✦ Теофиллин – 2 ҳафта давомида кунига 3 маҳал 250 мг. ичишга.
 - ✦ Ксантинол никотинат 2 ой давомида кунига 3 маҳал овқатдан кейин 150 мг. ичишга ёки 10 кун давомида кунига бир маҳал 2 мл. дан 15% ли эритма м/о.
 - ◆ Индол алкалоидлари.
 - ✦ Винпоцетин – 1 ой давомида кунига 3 маҳал 5 мг. дан, кейинроқ эса узоқ вақт давомида кунига бир маҳал 5 мг. дан. Даволаш курсини 10 кун мобайнида 20 мг. ни (500 мг. физиологик эритмада эритилади) томир ичига томчилаб юборишдан бошласа ҳам бўлади.
 - ◆ Пурин алкалоидлари.
 - ✦ Пентоксифиллин – ичишга овқатдан кейин ёки овқат пайтида 2 ҳафта давомида кунига 3 маҳал 400 мг. дан, кейинроқ 2 ҳафта давомида кунига 2 маҳал.
 - ✦ Дипридамол - кунда 75-600 мг. бир неча марта овқатдан 1 соат олдин. Дозаси индивидуал белгиланади.
- Ангиопротекторлар.
 - ◆ Этамзилат – 2-3 ой мобайнида кунига 3 маҳал 0,25 г.
- Ноотроп препаратлар
 - ◆ Пирацетам – ичишга кунига 30-160мг/кг. 6-8 ҳафта давомида.
 - ◆ Никотиноил – γ-аминмой кислотаси – ичишга 1 таблеткадан (10мг) кунига 3 маҳал.
- Антигипоксантилар
 - ◆ Цитохром С – ичишга 0,02 г. дан (2 таблетка) кунига 4 маҳал, даволаш курси 3-4 ҳафта.

КЕЙИНГИ ОЛИБ БОРИШ

КИБ ни камида 2 ойда 1 марта ўлчаш.

ПРОГНОЗИ

Туғма глаукома. Оператив даво ўз вақтида ўтказилса, оқибати яхши. КИБ муқим барқарорлашувида 85% ҳолларда эришилади. Агар операция эрта босқичларда қилинган бўлса, 75% беморларнинг кўриш қобилиятини умр бўйи сақлаб қолиш мумкин. Агар кечки босқичларда ўтказилган бўлса, кўриш қобилияти фақат 15-20% беморларда сақлаб қолинади.

Бирламчи очик бурчакли глаукома.

Монанд даво жараён ривожланишини секинлаштириш имконини беради. Диагноз кеч қўйилган ҳолларда оқибати нохуш.

Бирламчи ёпиқ бурчакли глаукома

Бошланғич даврида ташхисланса оқибати яхши.

БЛЕФАРИТ

Блефарит – кўз қовоқ четларининг яллиғланиш касаллиги. Турлари - себореяли, стафилококкли ва аралаш. Блефарит – энг кўп тарқалган кўз касаллигидир.

Этиологияси ва патогенези • Себореяли блефарит ♦ Эпидермал хужайраларнинг кўп микдорда пайдо бўлиши ва шилиниб тушиши, ёғ безларининг дисфункцияси билан биргаликда ♦ Қовоғларни *Pityrosporum ovale* ва *Pityrosporum orbiculare* томонидан эгалланиши ва уларнинг юзага келган яхши шароитларда фаол кўпайиши • Стафилококкли блефарит

♦ Патогенезининг бошланиши сифатида мейбомий безларининг дисфункцияси

♦ Ёғ безларининг (Цейс безлари) ва мейбомий безларининг тилларанг стафилококк билан эгалланиши ♦ Стафилококкли импетиго ♦ Инфекцион экзематоз дерматит (стафилококк патологик жараёни кўзғатувчи омилдир).

Ирсий томонлари. Блефарит - ҳар хил орттирилган ва ирсий касалликларнинг кўп учрайдиган белгисидир (тери касалликлари, қандли диабет, ҳар хил сабабли анемиялар, иммунтақчиллиги ҳолатлари ва бошқалар).

Хавfli омиллар • Себореяли экзема • Пуштиранг хуснбузарлар • Қандли диабет • Иммун тизимининг бузилишлари (инфекциялар, иммундепрессив химиотерапия), иммун ҳолатининг пасайганлигининг кўрсаткичи сифатида кандидоз.

Клиник манзараси • Стафилококкли блефарит ♦ Қичиш, қовоқларнинг ачиши

♦ Кўз ёши оқиши ♦ Фотофобия ♦ Эрталаблари белгиларнинг кўпайиши.

♦ Қовоғларнинг четлари қалинлашган, гиперемияланган, сарғимтир рангли қоплама билан қопланган. У олиб ташланганда киприкларнинг асослари ёнида яралар пайдо бўлиши • Себореяли блефарит ♦ Қовоқ четларининг эритемаси

♦ Қовоқларда қуруқ кепакчаларнинг пайдо бўлиши, ёғ безлари секрециясининг кучайиши ♦ Бошнинг сочли қисмида ва қошларда қуруқ себореянинг мавжудлиги

♦ Айрим ҳолларда бурун-лаб учбурчагининг қизариши • Аралаш блефарит ♦ Энг кўп учрайдиган тури ♦ Ҳам стафилококкли ҳам себореяли блефаритларга хос клиник белгилар мавжудлиги.

Махсус текширишлар • Атипик блефаритда қовоқнинг ажралмасини бактериал текшириш ♦ Ракка шубҳа бўлганда биопсия қилиш.

Дифференциал диагностика • Қовоқларни демодекози - киприклар соч халтачаларининг, қовоқ ёғ безларининг, хуснбузар каналари (*Demodex folliculorum*) келтириб чиқарадиган зарарланиши. Ташхислаш учун материал олингандан кейин натив препаратни (киприкни) дарҳол текшириш керак • Қовоқ четларининг узок вақт яллиғланиб юриши ва қалинлашиши натижасида бемор ташқи кўриниши

бўйича блефаритга ўхшаб кетади, шунинг учун уни ясси хужайрали, базал хужайрали ракка чалинганлигига шубҳа туғдириши мумкин. Юқорида айтиб ўтилган ўсмалар шунингдек говмичча ёки халазионга ўхшаши мумкин. Ёғ безларининг ракида ўлим 23 % ни ташкил этади, шу билан бирга беморларнинг ярмида хавфсиз яллиғланиш жараёнларининг (халазион ва блефароконъюнктивит) клиникаси кузатилади.

● Қовоқларнинг ҳар қандай шишлари ва яллиғланишларида монанд даводан сўнг бир ой ичида тuzалмаган бўлса, эҳтимолли ракни топиш мақсадида тўлиқ текшириш ўтказиш лозим ● Говмичча ва халазион кўпинча блефарит билан асоратланади. Бундай ҳолда блефаритнинг клиник кўринишлари иккинчи даражали бўлиб қолади.

ДАВОЛАШ

Олиб бориш тамойили ● Себореяли блефаритнинг енгил даражасида (қурук кепакларда, яллиғланиш жараёнлари минимал ифодаланган) кепакларни ҳеч бўлмаса кунда бир марта пахтали тампончалар билан тозалаш керак. Малҳамларни кечаси ётишдан олдин бир марта суртиш лозим.

● Стафилококкли блефаритда - кўз томчиларини кундузи томизиш, кўз малҳамларини кечаси суриш ● Қовоқларни тозалаш ва томизишларни кунига 4 мартагача амалга ошириш (айниқса оғир кечганда). Малҳамлар кечаси кунда 1 марта кўйилади ● Тўлиқ клиник соғайганга қадар контакт линзаларни тақишни тақиқлаш керак. Сурункали қайталанувчи блефаритда кейинчалик контакт линза тақиш масаласини ҳал этиш учун офтальмологга мурожаат қилиш зарур.

Дорилар билан даволаш ● Стафилококкли блефаритда - эритромицин кўз малҳами кечаси, кундузи эса таркибида руҳ сульфати мавжуд бўлган кўз томчилари кунда 4 мартагача томизилади ● Стафилококкли блефаритнинг айрим ҳолларида (масалан, пуштиранг ҳуснбузарларда) - тетрациклин кунда 4 марта 250 мг. дан бир неча ҳафта мобайнида аста-секин миқдорини кунда 1 мартагача камайтира бориб, 1-3 ой мобайнида ёки доксициклин кунда 2 марта 100 мг. дан берилади. Кунда 4 марта 250 мг. дан 1-2 ҳафта мобайнида оксациллин буюриш мумкин. Узоқ чўзилган ёки қайталанувчи стафилококкли блефаритда фторхинолонлар ҳам фойдали ● Себореяли блефаритда эса кечасига 0,5 %ли гидрокортизонли кўз малҳами қўлланилади.

Кузатиш. Бемор ҳар 2 ойда кўрикдан ўтиши керак.

Асоратлари ● Говмичча, халазион ● Қовоқ четларининг чандиқли деформацияси ● Трихиаз (киприкларнинг нотўғри туриши, уларнинг учларини кўз олмаси ичига қаратилганлиги) ● Кератит.

Профилактикаси. Қараб толиқишни олдини олиш; асосий касалликни даволаш.

ХКК-10 ● Н01.0 Блефарит **Н10.5** Блефароконъюнктивит.

КЕРАТИТ

Кератит бу шоҳ парданинг яллиғланиши.

Классификацияси • Бактерияли

• Вирусли • Хламидияли • Аллергик • Конъюнктива, ковоқ, мейбомия безлари касалликлари натижасида келиб чиқадиган кератитлар • Умумий юкумли касалликлар натижасида келиб чиқадиган кератитлар • Паразитар касалликлар натижасида келиб чиқадиган кератитлар • Невроген кератитлар • Гипо- ва авитоминозлардаги кератитлар • Идиопатик кератитлар.

Алоҳида турларининг характеристикаси

• Бактериал инфекция натижасида келиб чиқадиган кератитлар ♦ Шоҳ парданинг ўрмаловчи яраси ♦ Диплобациллали кератит ♦ Шоҳ парданинг кўк йиринг таёқчаси билан зарарланиши ♦ Стафилококк ва стрептококклар чақирадиган кератитлар.

♦ Гнобленнорея натижасида келиб чиқадиган кератитлар. Уни ҳомила туғруқ йўлларида ўтаётганда гонококк чақиради. Одатда иккала кўз ҳам зарарланади. Жараён ривожланишида инфильтрация, шиш, пиорея, йиринг, конъюнктива фолликулаларининг гипертрофияси кузатилади. Шоҳ парда касалликнинг биринчи ҳафталарида зарарланади. Унинг марказидаги эпителий хиралашади, парданинг юзаси бўйлаб ва ичига тарқалувчи оқимтир йирингли яра ҳо бўлади. Шоҳ парда тешилиши ва панофтальмит бўлиши мумкин ✦ Даволаш венеролог билан биргаликда олиб борилади. Мушак орасига антибиотиклар (масалан, ампициллин), ичишга сульфаниламид препаратлар (масалан, сульфодиметоксин), сульфацетамид, гентамицин, хлорамфеникол, эритромицин кўз томчиси шаклида ✦ Профилактика - туғилгандан кейин дарҳол чақалоқнинг ҳар иккала кўзига бир томчидан 20%ли сульфацетамид эритмаси томизилади. ✦ Конъюнктива дифтериясидаги кератит. Шоҳ парда биринчи кунларданок зарарланади. Кейинчалик кир-сарик рангли ярага айланувчи юзаки ва чуқур оқ-сарик рангли инфильтратлар аниқланади. Шоҳ парда тешилишининг эҳтимоли бор. **Даволаш.** Безредке усулида дифтерияга қарши зардоб (6000-12000 ХБ.) юборилади: дастлаб 0,1-0,5 мл. тери остига, 1 соатдан кейин - қолган дозани мушак орасига; шунингдек зардоб конъюнктива бўшлиғига ҳам томизилади. Антибиотиклар ва сульфаниламид препаратлар (кўз томчилари, малҳамлар) маҳаллий ишлатилади.

• Конъюнктива, ковоқ, мейбомий безлари касалликлари натижасида келиб чиқадиган кератитлар ♦ Юзаки қирғоқли кератит - блефароконъюнктивитнинг, ковоғнинг ичкарига ва ташқарига қайрилиб қолишининг асорати. **Сабаби** – эпителийнинг кипикланиши ва патоген флоранинг кўшилиши. Қирғоғида майда инфильтратлар, шоҳ парда чети бўйлаб ярим ой шаклидаги яралар кузатилади. Яққол ифодаланган қон томир инъекцияси характерли. **Даволаш:** антибиотикли, витаминли кўз томчилари, ГК ♦ Лагофтальмдаги кератит - юз нервининг зарарланиши натижасида ковоғлар ёпилмай қолади, бу эса шоҳ парда қуриши ва эпителиянинг десквамациясига олиб келади. Одатда шоҳ парданинг пастки қисмида ярага айланишга мойил хира-кулранг инфильтрат шаклланади. Иккиламчи инфекция кўшилиши билан йиринг шоҳпардани қоплаб олиб кўпол «гул» (бельмо) ҳо қилади. **Даволаш:** лагофтальмни йўқотиш, «сўнбий кўз ёш» препарати, кўз томчилари ва малҳам шаклида антибиотиклар ва сульфаниламидлар ♦ Мейбомий кератити - касаллик қайталанувчи характерга эга

бўлиб, мейбомий безлари секрециясининг бузилиши натижасида келиб чиқади. Шоҳ парда четларида майда юзаки думалоқ шаклли, кулранг-сарик рангдаги инфилтратлар кўринишида бўлади. **Профилактикаси** - блефаритни даволаш.

● Паразитар касалликлар натижасида келиб чиқадиган кератитлар

◆ Лейшманиозлар натижасида келиб чиқадиган кератит - шоҳ парданинг юзаки ва чуқур васкуляризацияси (паннус), эрозияси, унинг фликтеналари, кейинчалик – абсцессланиш кузатилади. Бир вақтнинг ўзида қовоғда яра, тугунчали склерит, конъюнктива яралари вужудга келиши мумкин.

◆ Трипаносомозлардаги кератит - икки томонлама интерстициал кератит бўлиб, шоҳ парда инфилтрацияси, чуқур васкуляризация, ирит билан кечади.

◆ Онхоцеркозли кератит–лимб соҳасида конъюнктива кенглиги 2-3 мм. даги қизил валик кўринишида кўтарилади. **Шоҳ пардада:** нуқтали кератит, кўз ёши оқиши, блефароспазм, унинг бурун ва чакка соҳасида инфилтрацияси кузатилади. Кейинчалик жараён бутун шоҳ пардани қоплаб олиб паннус ривожланади.

● Невроген кератитлар- уч шоҳли нерв толасининг трофик зарарланиши натижасида келиб чиқади. Кўпинча уч шоҳли нервнинг ганглия соҳасида кузатилади. Шоҳ парда марказий қисмининг юза қаватида кенг ясси яра ҳо бўлади. Яранинг четлари ва тубида инфилтрация бўлмайди. Жараён секин кечади, узок давом этиб, субъектив белгилар кузатилмайди. Шоҳ парданинг сезувчанлиги йўқолади. Яхши кечганда яра битиб кетади, бир оз хиралашиш қолиши мумкин. Иккиламчи инфекция қўшилганда – шоҳ парданинг йирингли яллиғланиши кузатилади. **Даволаш** ◆ Маҳаллий – витаминлар, таурин, облепиха мойи, 20% солкосерил гели ◆ Резорбтив – трифосаденин 1мл. 1% ли эритмаси мушак орасига 30 кун давомида, ретинол, тиамин, пиридоксин, аскорбин кислотаси ◆ Инфекция тушишининг профилактикаси учун – кўз томчилари ва малҳамлар шаклидаги антибиотик ва сульфаниламидлар ◆ Бўйин симпатик тугунлари соҳасига диатермия.

● Ноаник этиологияли кератитлар ◆ Розацеа кератити – юзда пуштиранг хуснбузарлар бўлса кузатилади. Касаллик қайталанувчи характерга эга.

◆ Этиопатогенезида - ошқозон секрециясининг пасайиши, В2 гиповитаминози. Кўзнинг қаттиқ безовта бўлиши шароитида шоҳ пардада лимб яқинида унча катта бўлмаган (1,5 мм гача) кулранг-оқ инфилтратлар ҳо бўлади. Улар нормал тўқимадан кескин чегараланган ва бироз бўртиб чиқиб туради. Инфилтратлар томон майда халқаларга бўлиниб кетувчи юзаки жойлашган бир даста қон томирлар чўзилган бўлади. Инфилтратлар парчаланганда тубида кальций тузлари йиғилувчи майда яралар кузатилади ◆ **Даволаш** маҳаллий– 1%ли хинин эритмаси, антибиотикли, сульфаниламидли, ГК, витаминли кўз томчилари. Дифенгидрамин эритмаси билан қилинадиган электрофорез 1% ли рибофлавин моноклеотид электрофорези билан алмаштириб бажарилади (30 муолажа). 1-1,5 ойдан кейин 0,1%ли ГК эритмаси ва 0,1-0,25%ли аскорбин кислотаси эритмаси билан электрофорез (15 муолажа) ўтказилади. Шунингдек, инфилтратни қириб тозалаш, кенгайган юзаки томирларни коагуляция қилиш буюрилади. Прометазин 25 мг. дан кунда 2-3 марта, метилтестостерон 0,005 гр. дан кунда 2-3 марта, биоген

стимуляторлар, ретинол, рибофлавин, пиридоксин ♦ Ипли кератит - қичиш, ачишиш, ёруғликдан кўрқиш, кўзнинг куруқлашиши, кўз ёши хо бўлишининг пасайишига шикоятлар. Конъюнктива гиперемияланган, сўрғичлари гипертрофиялашган, конъюнктивадан чўзилувчан ипсимон ажралма келиб туради. Шоҳ парда хиралашган, кўпроқ пастки бўлимларида майда эрозиялар бор. Унда ингичка тасмалар пайдо бўлади. Улар бир учи билан шоҳ пардага уланган, иккинчи учи эса бўш оиб туради ✦ Жараён икки томонлама бўлиб, кўпроқ ёши кекса одамларда кузатилади. Бир вақтнинг ўзида сўлак ва кўз ёши безлари шунингдек нафас йўллари ва ошқозон-ичак тизими шиллиқ пардаси зарарланади (Шёгрэн синдроми). ✦ Даволаш - сўнбий кўз ёш препаратлари, витаминли томчилар, облепиха мойи ва ГКлар томчи шаклида маҳаллий.

● Шоҳ парда дистрофияси наслийдир ● орқа полиморф, PPCD, PPD, 122000, 20p11.2-q11.2 ● донадор Гроеноу (I тип) 121900, TGFB1, CSD2, CDGG1, CSD, 601692 (кератоэпителин дефекти), 5q31 ● макуляр, MCDC2, 217800, 16q22

● Месманн, 122100, KRT 12, 601687 (кератин дефекти), 17q12 ● Месманн, 122100, KRT 3, 148043 (кератин дефекти), 12q13 ● тўрсимон, I тип, 122200, TGFB1, CSD2, CDGG1, CSD, 601692 (кератоэпителин дефекти), 5q31 ● Тил-Бенке CDB2, CDTB, 601082, 10q24 ● Шнайдер, SCCD, 121800, 1p36-p34.1

● Райс –Баклерс, TGFB1, CSD2, CDGG1, CSD, 601692 (кератоэпителин дефекти), 5q31.

Парҳез. Гиповитаминозли этиологияда – рационга А, В₁, В₂, РР витаминларига бой овқатларни киритиш.

ХКК- 10 ● Н16 Кератит

ИЛОВАЛАР

Интерстициал кератит – шоҳ парданинг чуқур қаватларида яра хо бўлмасдан сурункали инфильтрациянинг кузатилиши. **Этиологияси** ● Туғма ёки орттирилган захм ● касаллиги. **Клиник манзараси** ● Фотофобия ● Оғрик

● Кўз ёши оқиши ● Кўриш қобилятининг аста-секин пасайиши. **Даволаш**

● Этиотроп ● Антибиотиклар, кўз томчилари, малҳам шаклидаги ГК ва сульфаниламидлар. **ХКК- 10 ● Н16.3** Интерстициал кератит.

Баҳорги кератоконъюнктивит - конъюнктивит икки томонлама бўлиб унга шоҳ парда эпителиясининг ўзгариши қўшилади, баҳорда ва кузда пайдо бўлади, аллерген таъсири билан боғлиқ. Касаллик кўпинча 5-20 ёшдаги эркаклар орасида учрайди. **Клиник манзараси** ● Ёруғликдан кўрқиш ● Кўз ёши оқиши

● Блефароспазм ● Яққол сезиларли қичишиш ● Конъюнктиванинг қизариши ● Кўздан кўп миқдорда эозинофиллари бўлган куюқ шилимшиқ ажратма ● Конъюнктиванинг тош йўлни эслатувчи ўсиб кетишлари ● Қиш ойларида касаллик белгилари йўқолиши мумкин. **Даволаш** - ГК маҳаллий (0,1 % дексаметазон эритмаси кунда 3-4 марта, 0,5 % гидрокортизон мойи кунда 2 марта).

Эслатма. ГК бир неча ҳафта давомида қўлланилса баъзан КИБни аниқлаб туриш керак. **ХКК –10; Н16.2** Кератоконъюнктивит.

Фликтенулёзли кератоконъюнктивит – бу учбурчаксимон дискретли яллиғланиш тугунчалари бўлган кератит ва конъюнктивитдир. Атрофи шоҳлаган томирлар (фликтеналар) билан ўралган. **Этиопатогенези** – ноаниқ аллергенга,

эҳтимол стафилококк, микобактерия (касаллиги таёқчаси) ёки бошқа микроорганизмлар протеинига нисбатдан I типдаги аллергия реакция. **Клиник манзараси** • Блефароспазм • Кўп кўз ёши оқиши • Фотофобия • Оғриқ. **Даволаш** - ГК антибиотиклар билан кўшилган ҳолда, маҳаллий. **ХКК-10 • Н-16.2** Кератоконъюнктивит.

Лагофталъм («кўён кўзи») - қовоғнинг нотўлиқ ёпилиши, шоҳпарда ва конъюнктивани қуруқлашиши ва у ердаги дистрофик яллиғланиш жараёнлари билан биргаликда кечиши • Паралитик лагофталъм – кўз айлана мушагининг фалажлиги натижасида келиб чиқади • Ирсий формаси (*600990, В): улкан қовоғлар, икки қатор киприклар, пастки қовоғнинг ташқарига буралиб қолиши, лабнинг/танглайнинг ёриқлиги, гиподонтия.

Паннус (юзаки диффузли томирли кератит) – шоҳ парда юза қаватининг диффуз яллиғланишли хиралашиши, субэпителиал инфилтрат ҳо бўлиши ва қон томирларнинг ўсиб ботиб кетиши.

СУТ БЕЗЛАРИДАГИ ОҒРИҚ

Сут безларини текшириш, улардаги тугунлар ва оғриқларни аниқлаш

Дастлабки кўриш

- Аёл дастлаб қўлларини томонларга ёйган, сўнгра кўтариб, ўтирган ҳолда текширилади.
- Сут безларининг шакли тўғри бўлиши керак; қўлларни кўтарганда ундаги ўзгаришлар симметрик бўлиши лозим.
- Қуйидаги ўзгаришларни аниқлаш мумкин.
 - ◆ Битта кўкрак ҳажмининг патологик ўзгариши.
 - ◆ Тери бирор қисмининг ичкарига тортилиши. (тинч ҳолатда туриб бемор кўкрак мушакларини қисқартиради. Кўкрак мушаклари пайи билан чатишган ўсма бўлган тақдирда терининг озгина ичкарига тортилиши кузатилади.)
 - ◆ Тугунлар.
 - ◆ Терининг бир қисмини буришиб туриши («апельсин пўстлоғи»).
 - ◆ Терининг яра бўлиши.
 - ◆ Кўкрак учининг экземаси.
 - ◆ Кўкрак учининг ичкарига тортилиши.
 - ◆ Кўкрак учидан ажралмалар.

Пальпация

- Пальпация беморни орқасига ётқизган ҳолда, қўлларини бошини тагига қўйиб ва томонларга ёйиб ўтказилади.
- Кўкрак беги тахминий равишда ва кетма кетликда пальпация қилинадиган квадрантларга бўлиб чиқилади; беги айлана бўйича ҳам пальпация қилиш мумкин.

- Фақатгина қўл бармоқларининг учи билан пальпация қилиш ишончли эмас. Кўкракни II-IV бармоқларнинг бутун узунлиги ва кафт билан пальпация қилиш лозим. Пальпация даврида қўл билан айлана ёхуд тўлқинли ҳаракатлар қилиш текшириш сифатини оширади.
- Шубҳали соха икки бармоқ орасида сиқилиб тепага қараб кўтарилса терининг ичкарига тортилиши яхшироқ кўринади.
- Қўлтиқ ости бемор ўтирган ҳолда текширилади, бунда врач аёлнинг қўлини елкаси орқасидан қаттиқ ушлаб олиши керак. Ушбу ҳолда пайлар бўшашиб врач пальпацияси вақтида бемор қўли ҳолатини осон ўзгартириши мумкин. Шунингдек қўлтиқ остида чуқур жойлашган лимфа безларини текшириш учун қўлтиқ остини кўкрак қафаси йўналишига қараб пальпация қилиш зарур.
- Ҳайз келишидан олдин кўкрак безлари таранглашган ёхуд оғрийдиган бўлиши мумкин, шунинг учун ҳайз тугагач уларни қайта текширувдан ўтказиш керак.
- Ҳажми катта бўлган кўкрак безларини пальпация қилиш ишончли натижалар бермайди.

Кейинги текширув

- Пальпация вақтида тугунлар аниқланганда ёхуд текширув даврида шубҳали белгилар мавжуд бўлганда (масалан, терининг бир қисмини ичкарига тортилиши, ўзгариши) якуний диагноз қўйиш учун маммография ўтказиш (ёхуд пункцион биопсия қилиш яхшироқдир) ёки ўсмани олиб ташлаш зарур.
 - ◆ Агар ҳайз олди даврда кўкрак безларининг оғриши ва тугунлиги аниқланган бўлса, пальпацияни ҳайздан сўнг қайта ўтказиш лозим. Юқоридаги белгилар ҳамон сақланиб қолса беморни кейинги текширувга юбориш керак.
- Кўкрак учидан ажралмалар.
- Маммография ёрдамида скрининг ўтказиш.

Масталгия

(Мастодиния, кўкрак безларининг оғриб туриши)

- Масталгия бир тарафлама ёхуд икки тарафлама, циклик (тахминан 75% ҳолатларда) ёхуд доимий (тахминан 25% ҳолатларда) бўлиши мумкин. Тахминан 5% ҳолатларда кўкрак безлари проекциясидаги суяк тоғай оғриғи масталгия билан адаштирилади.
- Кўкрак беги ракида масталгия бир томонлама ва доимий бўлади.
- Масталгия 17% ҳолатларда кўкрак беги ракиннинг биринчи белгиси бўлиб ҳисобланади.

Текширув

- Синчиклаб анамнез йиғиш.
- Кўкрак безларининг клиник текшируви.
- 35 ёшдан юқори бўлган аёлларда маммография ва УТТ текшируви ўтказиш.
- 35 ёшдан ёшроқ булган аёлларда кўкрак безларини УТТ.

- Кўрсатмаларга қараб МРТ ва КТ буюрилади.

Даволаш

- Кўп аёллар кўкрак беши раки диагнози инкор этилгандан сўнг катта енгиллик сезишади.
- Мутахассис билан маслаҳатлашгандан сўнг эҳтиёж сезилганда синов тариқасида кунда 200-400 мг. даназол, у самарасиз бўлганда ҳайз циклининг 14-кунидан бошлаб кунда 2,5 мг. бромокриптин тайинлаш мумкин.

МАСТИТ

Мастит - сут безининг яллиғланиши. Перидуктал мастит (плазмоцитар мастит, субареоляр абсцесс) - ареола соҳасидаги қўшимча безларнинг яллиғланиши. Янги туғилган чақалоқлар мастити - чақалоқ ҳаётининг илк кунлариданок гиперплазияланган без элементларига инфекция тушиши натижасида юзага келадиган мастит.

Классификацияси • Кечишига кўра ♦ Ўткир мастит: серозли, йирингли, флегмонозли, гангренозли, абсцедирловчи ♦ Сурункали мастит: йирингли, йирингсиз • Жойлашишига кўра: субареоляр, интрамаммар, ретромаммар, тарқок (панмастит).

Этиологияси • Лактацион (туғруқдан кейинги даврда келиб чиқади) • Бактериал (стрептококк, стафилококк, гонококк ва бошқа кокк флораси, ичак таёкчаси, протей билан биргаликда) • Карциноматоз.

Хавфли омиллар • Эмизиш даврида: сут йўлларида сут оқшининг қийинлашуви, сўрғич ва сўрғич олди майдончасининг ёрилиши, сўрғичларни нотўғри парвариш қилиш ва шахсий гигиенага риоя қилмаслик • Сут беши терисининг йирингли касалликлари • Ревматоидли артрит • Сут безига сўнъий икон ёки парафинли имплантантлар қўйиш • Глюкокортикоидлар қабул қилиш • Сут беши ўсмасини олиб ташлаб сўнг рентгенотерапия ўтказиш • Узоқ муддат чекиш.

Клиник манзараси

• Ўткир серозли мастит (йирингли мастит ривожланиши билан кечиши мумкин) ♦ Тўсатдан бошланади ♦ Иситма 39-40⁰С га етади ♦ Сут безида қаттиқ оғриқ ♦ Сут беши катталашган, таранглашган, териси қизарган. Пайпаслаганда: аниқ чегараланмаган оғриқли инфилтрат ♦ Регионар лимфаденит.

• Ўткир йирингли абсцедирланувчи мастит ♦ Иситма, титраш ♦ Сут безидаги оғриқ ♦ Сут беши: яллиғланган ўчоқ устидаги терининг қизариши, пайпаслаганда қаттиқ оғриқ, инфилтрат марказида юмшоқ белги, флюктуация ♦ Регионар лимфаденит.

- Ўткир йирингли флегманоз мастит ♦ Беморнинг умумий аҳволи оғир, иситма
- ♦ Сут беzi жуда катталашган, оғрикли, таранглашган, аниқ чегараланмаган инфильтрат сут безини ёппасига эгаллайди, унинг устидаги тери қизарган, кўкимтир тусга эга ♦ Лимфангиит, регионар лимфаденит.

Лаборатор текширувлар ● Лейкоцитоз, ЭЧТ тезлашиши ● Микроорганизмларнинг антибиотикларга сезгирлигини аниқловчи бактериологик текширув ● Замбуруғли ва рак касаллигига шубҳа бўлганда бактериоскопия ўтказиш.

Махсус текширувлар ● УТТ ● Маммография (лактация бўлмаган маститга чалинган беморларда сут беzi раки тўлиқ инкор қилинмаганда) ● Сут беzi биопсияси.

Дифференциал диагностика: ● Сут беzi кисталарига микроблар тушиши (шу жумладан паразитар) ● Маститсимон рак ● ● Актиномикоз ● Йиринглаган атерома ● Захм.

ДАВОЛАШ:

Консерватив даволаш ● Онани ва болани бошқа тукқан аёллар ва янги туғилган чақалоқлардан ажратиш ● Сут безини ушлаб турувчи боғлам ёки сийна боғичи тақиш ● Зарарланган сут безини қуруқ иссиқ қилиш ● Зарарланган сут безининг қотиб қолишини камайтириш мақсадида сутни соғиш ● Йирингли маститда кўкракдан эмизишни тўхтатиш ● Агар соғишнинг иложи бўлмаса, сут келишини камайтириш учун пролактин ҳо бўлишини сустлаштирувчи препаратлар – каберголин - 2 кун давомида кунига 2 марта 0,25 мг.дан, бромокриптин - 4-8 кун давомида кунига 2 марта 0,005гр.дан ● Кўкрак билан овқатлантириш давом эттирилганда микробга қарши даво қўлланилади - полисинтетик пенициллинлар, цефалоспоринлар: цефалексин кунига 2 марта 500 мг.дан, цефаклор кунига 3 маҳал 250 мг.дан, амоксициллин+клавулан кислота кунига 3 марта 250мг.дан; анаэроб микрофлора хавфи бўлганда клиндамицин кунига 3 марта 300 мг.дан (кўкракдан эмизилмаганда исталган антибиотикни қўллаш мумкин) ● НЯҚВ ● Эмизиш тўхтатилган ҳолларда диметил сульфоксиднинг 1:5 нисбатдаги эритмаси маҳаллий қўлланилади.

Хирургик даволаш ● Тўпланган суюқлик ингичка игна орқали аспирация қилинади ● Пункция самарасиз бўлганда абсцесс очилиб, найча ёрдамида барча тўпланиб қолган тўсиқларни олиб ташлаш ● Операция кесмалари ♦ Субареоляр йирингда - сўргич атрофи бўйича ♦ Интрамаммар абсцессда – радиар ♦ Ретромаммар абсцессда - субмаммар бурмада ● Замбуруғли ёки этиологиясида кичик ҳажмдаги ўчоқларда, сурункали абсцессларда - шу ўчоқларни атрофидаги ўзгарган тўқималар билан бирга олиб ташлаш мумкин ● Панмастит ривожланиши билан кечувчи ҳолатларда – сут беzi олиб ташланади (оддий мастэктомия).

Асорати: Оқма ҳо бўлиши ● Субпекторал флегмона ● Сепсис.

Кечиши ва прогнози ● Тўғри найланганда 8-10 кунда тўлиқ тузалиш кузатилади.

Профилактикаси • Сут безини тўғри парвариши • Эмизиш гигиенасига риоя қилиш • Юмшатувчи суртмалардан фойдаланиш • Ортиқча сутни соғиш.

ХКК-10 • **091.2.** Бола туғилиши билан боғлиқ йирингсиз мастит • **P39.0** Неонатал инфекцияли мастит • **N61** Сут безининг шамоллаш касалликлари • **P83.4** Янги туғилган чақалоқларда сут безининг катталашиши.

СУТ БЕЗИ РАКИ

ХКК-10: • **C50.** Сут безининг хавфли ўсмаси • **C 50.0** Сўрғич ва ареолалар • **C50.1** Сут безининг марказий қисми • **C50.2** Сут безининг юқори ички квадрати • **C 50.3** Сут безининг пастки ички квадранти.

• **C 50.4** Сут безининг юқори ташқи квадранти • **C 50.5** Сут безининг пастки ташқи квадранти • **C 50.6** Сут безининг қўлтиқости орқа қисми • **C 50.8** Сут безининг юқорида кўрсатилган жойларнинг бирортаси ёки ундан ортиқроғида кўрсатилган жойлашишлардан ташқарига чикувчи ҳоллари • **C 50.9** Сут безининг аниқланмаган қисми.

ҚИСҚАРТИРИШ: ИАБ- ингичка игнали аспирацион биопсия.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯСИ.

Сут беzi раки билан касалланиш 40 ёшдан бошлаб кўпаяди ва 60-65 ёшларда энг кўп учрайди.

Қатор ривожланган мамлакатларда сут беzi раки туфайли ўлим ҳоллари камайишини эрта аниқлаш (маммологик скрининг) ва тамоксифен қўлланилиши билан боғлашади.

Сут беzi раки пайдо булишига ва ривожланишига ҳеч қайсиси облигат бўлмаган турли эндоген ва экзоген омиллар таъсир кўрсатади. Сут беzi кам учрайдиган раки этиологиясида асосан эстрогенлар таъсири ҳисобланади. Ирсий мойилликка боғлиқ раk тахминан 9% ташкил қилади (BRCA-1, BRCA-2 ва BRCA-3 генлар мутацияси; сут беzi раки қондош қариндошлар орасида пайдо бўлиши ҳоллари кузатилмокда, шу жумладан тухумдон ва йўғон ичакнинг ассоциациялашган раки ҳам).

Хавф даражасини баҳолаш учун энг муҳим омилларни ҳисобга олиш керак • Эрта ҳайз бошланиши (менархе 12 ёшгача) ва/ёки менопаузанинг кеч келиши (55 ёшдан кейин) • Биринчи болани кеч туғиш (30 ёшдан кейин) ва туғмаган аёллар • Ёшнинг элликдан ошиши • Биопсияда сут беzi тўқимасининг атипик гиперплазияси • Оилавий сут беzi ракининг мавжудлиги (айниқса яқин қариндошлари орасида менопаузадан олдинги даврда) • BRCA-1, BRCA-2 ва BRCA-3 генларнинг мутацияси • Анамнезида сут беzi ракининг мавжудлиги.

Гормонлар ўрнини босувчи давони ўтказиш ва перорал контрацептивларни қўллаш сут беzi раки ривожланиши хавфини бирмунча оширади.

Хавф омилларининг мавжудлиги касаллик пайдо бўлиши шартлигини англамайди – уларни аниқлаш профилактика усуллари ва скринингли текшириш оралиғини белгилаш учун керак. Хавф омилларининг йўқлиги шунингдек касаллик бўлмаслигига ҳам кафолат бўла олмайди.

СКРИНИНГИ МАММОГРАФИЯ

Сут беги ракини унинг клиник белгилари пайдо бўлгунча аниқлаш ўлимни 20-30% камайтириш, кўп беморларнинг аъзосини сақлаб қолган ҳолда даволаш ва бу билан ногиронликни ҳамда даволаш харажатларини камайтириш имконини беради.

Ёппасига маммографик скрининг ўтказиш ёрдамида кейинги йил давомида диагноз кўйилиши мумкин бўлган барча раklarнинг 77-95% аниқланиши мумкин. Маммографик скринингнинг умумий фойдали натижаси худуддаги касалланиш даражасига ва аёлларнинг кутилаётган умр кўриш давомийлигига боғлиқ.

Маммография ўтказиш 40 ёшдан бошлаб ҳамма аёлларга тавсия этилади. Текширишлар орасидаги оралиқ рентгенолог томонидан хавф омиллари, клиник кўрикнинг ва олдинги текширишнинг натижалари ҳисобга олинган ҳолда аниқланади. Ҳар йили текширувдан ўтиш мутациялашган BRCA генлари ташувчиларига, сут беги раки билан касалланганларнинг қариндошларига, биопсия пайтида эпителиясининг атипик гиперплазияси аниқланган хотин-қизларга тавсия қилиниши керак. Маммографик скрининг ўтказишни тўхтатиш учун юқори ёш чегараси аниқланмаган (75 ёшдан катта аёллар скрининг маммография борасида индивидуал қарор қабул қилишлари керак).

Усулнинг чекланганлиги. Тез ўсувчи ўсмалар аниқланмаслиги мумкин, без тўқимаси жуда зич бўлса диагноз кўйиш қийин. Маммографияда, шунингдек хавфли бўлмаган, кейинчалик яна текширувлардан ўтишни, шу жумладан биопсия ва жарроҳлик аралашувини, шифокорнинг олдига яна келишни талаб қиладиган ўсмалар ҳам аниқланади.

Клиник кўрик

Ҳамма аёлларга 30 ёшдан бошлаб ҳар йили кўкраklarини клиник текширтириш тавсия этилади. Рандомизлашган текширишлар маммографик ва малакали мутахассис томонидан ўтказилган клиник кўрик натижалари орасида сезиларли фарқни аниқламади. Бу эса маммография қилиш иложи бўлмаган шароитларда клиник текширишнинг аҳамиятини оширади. Шунингдек сут безининг рентген-негатив раки борлигини ҳам ҳисобга олиш керак.

Сут безини аёлни ўзи текшириб туриш усули.

Ҳамма аёлларга 20 ёшдан бошлаб ҳар ойда бир марта ўз сут безларини текшириб туриш тавсия этилади. Сут безини текшириб туришни раки эрта аниқлаш ва ундан бўладиган ўлимларни камайтиришдаги самараси аниқланмаган. Бу усулнинг мақсади-аёлларни кўкраklarи аҳволига эътиборини оширишдан ва ўз вақтида шифокорга мурожаат этишини таъминлашдан иборат (беморга ўзлари топган ўсмалар кўп ҳолларда хавфли бўлмаслигини уқтириб ўтиш керак).

TNM бўйича классификацияси

- Tis(DCIS)-сут йўллари раки in situ. Tis (LCIS) сут беги булакчалари раки in situ. Tis (Paget) - Педжет раки (сўрғич) ўсма белгиларисиз.
- То-бирламчи ўсма белгилари йўқ.

- T1mic-микрoинвазия (энг катта ўлчами 0,1 см.гача бўлган ўсма).
- T1a- энг катта ўлчами 0,5 см.гача бўлган ўсма
- T1b- энг катта ўлчами 1 см.гача бўлган ўсма
- T1c- энг катта ўлчами 2 см.гача бўлган ўсма
- T2- энг катта ўлчами 5 см.гача бўлган ўсма
- T3- энг катта ўлчами 5 см.дан катта ўсма
- T4- тўғридан-тўғри кукрак девори ёки терига тарқалган исталган ўлчамдаги ўсма
 - ◆ FT4a - кўкрак деворига тарқалган
 - ◆ FT4b – шиш (шу жумладан «лимон пўстлоғи белгиси» мавжудлиги), ёки сут бези терисининг яраланиши ёки ўша без терисида сателлетларнинг мавжудлиги ◆ T4c - 4a ва 4b да кўрсатилган белгилар ◆ T4d – раkning яллиғланган тури.
- NX- регионар лимфа тугунларини шикастланиши ҳақида маълумот етарли эмас.
- N0- регионар лимфа тугунларида метастазлар йўқ.
- N1- қўлтиқ остидаги ҳаракатланувчи лимфа тугунларида метастазлар (зарарланган томонда).
- N2- зарарланган томондаги қўлтиқ остида ҳаракатсиз лимфа тугунларида бирига уланган ёки маҳкамланган ёки қўлтиқ ости лимфа тугунлар зарарланганлигининг яққол белгилари бўлмаган шароитда кўкрак ичи лимфа тугунларига клиник аниқланувчи метастазлар.
- N3- зарарланган томонда ўмров ости лимфа тугунларига метастазлар ёки қўлтиқ ости лимфа тугунлар зарарланганлигининг яққол белгилари мавжудлиги шароитида кўкрак ичи лимфа тугунларига клиник аниқланувчи метастазлар ёки зарарланиш томонидаги ўмров усти лимфа тугунларига метастазлар (қўлтиқ ости ва кўкрак ичи лимфа тугунларининг ҳолатидан қатъи назар).
- pN1mic – микрометастазлар (0,2 мм. дан каттароқ, лекин 2,0 мм. дан кичик).
- pN1 – 1-3 қўлтиқ ости лимфа тугунларидаги метастазлар ва/ёки «қоровул» лимфа тугунларни тадқиқ қилиш услуби бўйича аниқланган кўкрак ичи лимфа тугунларининг микроскопик зарарланиши.
- pN2 – 4-9 қўлтиқ ости лимфа тугунларидаги метастазлар ёки қўлтиқ ости лимфа тугунлари зарарланмаган шароитда кўкрак ичи лимфа тугунларининг клиник аниқланувчи зарарланиши
- pN3 – 10 ва ундан кўпроқ қўлтиқ ости ёки ўмров ости лимфа тугунларига метастазлар ёки кўкрак ичи ва қўлтиқ ости лимфа тугунларининг клиник аниқланувчи зарарланиши, ёки клиник интакт кўкрак ичи лимфа тугунларининг микроскопик зарарланиши билан кечувчи кўкрак ичи ва қўлтиқ ости лимфа тугунларининг клиник аниқланувчи зарарланиши, ёки ўмров усти лимфа тугунларининг зарарланиши.
- M – узоқ аъзоларга метастазларнинг мавжудлиги ◆ Mx - узоқ аъзоларга метастазлар борлигини аниқлаш учун маълумотлар етишмаслиги ◆ M0 - узоқ метастазлар йўқ ◆ M1-узоқ метастазлар бор.

ДИАГНОЗ

Анамнез ва физикал текширишлар.

Сўров пайтида беморни анамнезида оиласида сут беши раки билан касалланганлар борлиги аниқланади, ҳайз кўриш функциясининг характери, акушерлик анамнези, лактация давомийлиги, гормонал препаратларни қабул қилганлиги (контрацептивлар ўрнини босувчи гормонал терапия), бачадон ва тухумдонларда, қалқонсимон безда касалликлар мавжудлиги, асаб, овқат ҳазм қилиш тизимларининг ҳолати аниқланади. Белгиларнинг ўзгаришини ҳайз кўриш фазасига, жисмоний юкламалар ёки руҳий стрессларга боғлиқлигига баҳо берилади.

Клиник кўрик пайтидаги топилмаларнинг кўпчилиги хавфли ўсмалар эмас, лекин кейинчалик аниқловчи текширувларни талаб этади (рентген-негатив рақ мавжудлигини ҳам ҳисобга олиш керак) ва бу ҳақда беморни хабардор қилиш керак.

Беморни кўздан кечириш яхши ёритилган хонада, қўллар туширилган, кейин эса кўтарилган ҳолатда ўтказилади. Ассиметрия, равоқлар деформацияси, сут беши терисида гиперемия ва шиш, ареола деформацияси мавжудлигига, сўрғич ҳолати ўзгарган -ўзгармаганлигига эътибор берилади.

Сут бешини пайпаслаш албатта бемор тик турган ва ётган ҳолатларида ўтказилади. Шикоятлари бор беморларни кўраётганда аввал қарама-қарши (соғ) томондаги сут безларини текшириш керак, бу яққол клиник топилмалар шифокорни ҳар иккала безни ҳам батаф текширишдан чалғитмаслиги учун қилинади.

Текширишни охирида, сўрғичдан чиқаётган ажратмалар ва уларнинг характерини аниқлаш учун, сўрғич ва ареола соҳасини салгина босиб кўриш керак. Сут йўллариининг биттасидан қон ёки кўп миқдорда тиниқ суюқлик ажралиши касалликка киради. Сўрғичдан озгина ажратма келса бу касаллик эмаслигини беморга дарҳол тушунтириш керак.

Регионар лимфа тугунларини албатта пайпаслаш лозим. Қўлтиқ ости лимфа тугунларининг алоҳида катталашиши кўпинча специфик бўлмаган яллиғланиш белгисидир, лекин сут беши ракиннинг ҳам дастлабки белгиси бўлиши мумкин (оккульт раки).

Клиник текширишларда ҳеч нарса топилмаса бу рақ йўқ дегани эмас, шунинг учун беморга яна текшириш ва/ёки сут беши раки скринингини ўтказиш мақсадга мувофиқ эканлигини тушунтириш керак.

ИНСТРУМЕНТАЛ ТЕКШИРИШЛАР

Маммография. Диагностик маммографиядан мақсад – рақни бошқа ўсма касалликлар билан таққослаш, рақдан зарарланган сут безининг бошқа бўлимларида ва (ёки) қарама-қарши безда пайпаслаб бўлмайдиган ўсмаларни топиш. Бу беморни даволаш тамойилига таъсир кўрсатади (аъзони сақлаб қоладиган даво чораларини кўриш, иккинчи безнинг ҳолатига аралашиш).

Сут беши рақига клиник шубҳа бўлмаган ҳолларда маммография скрининг текшириш сифатида амалга оширилади.

- Сўрғичлардан патологик ажратма келса- дуктография ўтказилади.

● Киста ичи папилломаларини аниқлаш учун (киста ичида консимон модданинг бўлиши, УТТ натижаларига кўра киста ичида ўсмаларнинг бўлиши) пневмоцистография ўтказилади.

Топилган ўзгаришлар рентгенолог томонидан қандай талқин қилинишига қараб аниқловчи текшириш ўтказиш (кўпинча биопсия) ёки касалликнинг характери ва жараённинг кечишини баҳолаш учун назорат текшириш муддатлари ҳақидаги масала ҳал қилинади.

УТТ – (7,5-10 Мгц.ли датчик) 40 ёшдан кичик аёлларни бирламчи текширишнинг танлов усули. Бу усул сут безидаги ўсмаларни таққослаш (киста ёки зич ўсма), дисгармонал касалликларнинг белгиларини топиш (кичик кисталар, сут йўллариининг кенгайиши), пайпасланмайдиган ўсмаларни биопсия қилишда игна ҳаракатини мувофиқлаштириш учун керак. УТТга йўлланма бераётганда тахминий диагнозни, тадқиқот мақсадини ёзиб юбориш керак, безни (терисида) пайпаслаганда шубҳали кўринган соҳага белги қўйилиб юборилса яхши бўлади. Сут беи ракиннинг скрининги мақсадида УТТ ўтказилмайди.

КТ ва МРТ- сут беи ракини топишда қўшимча текшириш усуллари бўлиб, жараён тарқалган босқичларида кўкрак қафаси ичи лимфа тугунларининг ҳолати, жигарни, ўпкани, скелет суякларини метастатик зарарланишини истисно қилиш учун керак. Онколог маслаҳатигача бу текширишларни ўтказиш мақсадга мувофиқ эмас.

Суякларни радиоизотоп сканерлаш касалликнинг 3 босқичида субклиник метастазларни аниқлаш учун ёки клиник белгилар (суяклардаги оғриқлар) бўлганда, шу жумладан сут беи ракини даволаб бўлган беморларда ҳам (3 клиник гуруҳ) ўтказилади.

ЛАБОРАТОРИЯ ТЕКШИРИШЛАРИ

Стандарт умумий клиник анализлар ўтказилади. Операция олдида қиёсий ташхислаш учун ўсмали-ассоциациялашган зардоб маркерларидан (рак-эмбрионал Аг, СА-15.3) фойдаланишнинг ҳожати йўқ (даволашни назорат қилиш учун фойдаланса бўлади).

Сўрғичдан патологик ажралма келса (битта сут йўлидан қонли ёки кўп миқдорда серозли ажралмалар) цитологик текшириш ўтказилади. Сут йўллари ички папилломасида папилляр тузилмалар ракида эса ўсма ҳужайраларини топиш мумкин. Кўпгина аёлларнинг сўрғичидан келадиган оз миқдордаги сероз ажратмаларни цитологик тадқиқ қилиш мақсадга мувофиқ эмас.

Ингичка игнали аспирацион биопсия (ИАБ) - ўсмадан ёки қаттиқ тўқимадан цитологик текшириш учун материал олиш усули. Киста мавжуд бўлса аспирация ташхисловчи ва даволовчи тадбирдир. Киста ичидагини цитологик тадқиқ қилиш агар у қонли бўлса ёки УТТ натижаларига кўра киста ичида ўсма бўлса кўрсатилган.

Трепан-биопсия - тўқима бўлагини олиш учун махсус игналар ёрдамида ўтказилади. У патологик жараённинг характери шу жумладан инвазив ўсмаларни *in situ* ракидан ажратиш, эстроген рецепторларининг борлиги, ўсмаларда прогестероннинг мавжудлиги, ўсма дифференцировкасининг даражаси ҳақида тўлиқ гистологик хулоса чиқариш имконини беради. Пайпасланмайдиган

ўсмаларда ёки микрокальцинатларда игна УТТ ёки маммография (стеротаксик биопсия) назорати остида киритилади.

Хирургик биопсияси сут беги ракига шубҳа бўлганда ИАБ ёки трепано-биопсия диагнозни тасдиқлай олмаган (инкор қила олмаган) ҳолларда ўтказилади. Ракни ташхислашда операция ҳажмини кенгайтиришни бемор билан муҳокама қилиш ва шифохонага ётқизишдан олдин ёзма равишда унинг розилигини олиш керак.

УЧЛИК СИНАМАСИ

Патологик жараёни комплекс баҳолаш учун ҳар хил турдаги текшириш натижаларига қараб баллар йиғиндиси сифатида ҳисобланадиган «учлик синамаси» қўлланилади (жадвалга қаранг).

Учлик синамаси натижаларини баҳолаш: ● 3-4 балл – яхши сифатли ўсма ● 5 балл – ноаниқ ўзгаришлар, биопсия тавсия этилади ● 6-9 балл – ёмон сифатли ўсма.

Текшириш усули	Натижалар	Баллар
Клиник текшириш	Яхши сифатли	1
	Ракка шубҳа	2
	Ёмон сифатли	3
Маммография	Яхши сифатли	1
	Ракка шубҳа	2
	Ёмон сифатли	3
ИАБ	Яхши сифатли	1
	Ракка шубҳа	2
	Ёмон сифатли	3

ДИФФЕРЕНЦИАЛ ДИАГНОСТИКАСИ

Сут беги ракининг дифференциал диагностикаси:

● **Дисгармонал касалликлар.** Без тўқимаси каттиқлиги ортади, безчалар ёки донадорлик бўлиши.

Белгилар кўпинча хайз олдидан кучаяди. Хирургик даво ўтказилмайди.

● **Фиброаденома.** Қаттиқ, чегаралари аниқ ўсма, одатда ҳаракатчан.

УТТ ва ИАБ маълумотларига кўра ўзига хос клиник манзарага эга бўлса кузатув ўтказиш мумкин (рак олди касаллиги эмас)

● **Киста.** Оғриқли, кўпинча «тўсатдан» пайдо бўлган ўсма.

Аксарият ҳолларда УТТда кўплаб кисталар аниқланади. Диагноз аниқлангандан кейин ингичка игнали аспирация бажарилади. Хирургик йўл билан даволаш тавсия этилмайди.

● **Сут йўллари папилломаси.** Бир сут йулидан қон ёки кўп сероз ажралма келиши.

Дуктография орқали папилломанинг жойлашган ўрни тасдиқлангандан кейин тезкор даволаш тавсия этилади.

- **Субареоляр абсцесс.** Ареола атрофида оғриқли ўсма бўлиши, унинг устидаги терининг қизариши.

ИАБ диагнозни тасдиқлайди. Яллиғланиш даволангандан кейин скрининг текшириш тавсия этилади.

- **Сут беги раки.** Қаттик, чегаралари ноаник, харакати чегараланган ўсма. Тери тортилган, шишган, қалинлашган, лимфа тугунлар катталашган бўлиши мумкин. 5-20% беморларда оғриқ кузатилади.

Маммография, УТТ ва ИАБ ўтказиш мажбурий ҳисобланади. Диагноз тўғри қўйилганига шубҳа қилинганда трепан- ёки хирургик биопсия тавсия этилади.

МУТАХАССИС МАСЛАҲАТИГА КЎРСАТМА

Сут беги ракига шубҳа қилинган барча беморлар тасдиқловчи текширишлардан ва (ёки) биопсия қилиниши учун хирург-онколог (маммолог) маслаҳатидан ўтишлари зарур.

Сут беги раки диагнози қўйилса, даво бошлангунга қадар унинг режасини тузиб олиш учун хирург-онколог, химиотерапевт ва радиолог маслаҳатлари керак.

Бемор маслаҳат олиш учун юборилгандан кейин ёки у ихтисослаштирилган марказда даволангандан сўнг даволаш учун мурожаат қилишини назорат қилиш лозим.

ДАВОЛАШ

ДАВОЛАШДАН МАҚСАД

- Касалликнинг илк босқичларида – беморнинг тўлиқ тузалишига эришиш (радикал даво).

- Жараён тарқалиб кетган ҳолларда ёки метастазлар пайдо бўлганда – умрни узайтириш (паллиатив даволаш) ва/ёки унинг сифатини яхшилаш (симптоматик даволаш).

ХИРУРГИК ДАВО

Касалликнинг 1-2 босқичларидаги кўпчилик беморларга аъзони сақлаб қолувчи даво таклиф қилиш мумкин, унинг натижалари мастэктомиядан фарқ қилмайди. Аъзони сақлаб қолувчи операцияларга қуйидагилар киради: лампэктомия, ўсмани кенг кесиб олиш, сегментар (секторал) резекция, квадрантэктомия. Қўлтиқ ости лимфоденэктомияси албатта ўтказилиши керак, ёки қўриқчи лимфа тугунда биопсия бажарилиши зарур. Беморлар аъзо сақланувчи операциядан кейин қолган сут беги тўқимаси учун нур терапиясини олишлари шарт.

Мастэктомиyani бир вақтнинг ўзида сут безини беморнинг ўз тўқимаси билан ёки протез ишлатиб реконструкция қилиш орқали амалга ошириш мумкин.

ДОРИЛАР БИЛАН ДАВОЛАШ

Ўсма тўқимасида эстроген ёки прогестерон рецепторлари топилганида гормонлар билан даволаш ўтказилади. Менопаузадан олдинги ёшлардаги беморларга

тухумдонлар фаолиятини тўхтатиш усулларидан бири (оварэктомия, тухумдонларни нурлантириш ёки люлиберин-гозерелин аналогларини қўллаш) қўлланилади, ундан кейин эса тамоксифен буюрилади. Менопаузадан кейинги даврда антиэстрогенларни (тамоксифен) 5 йил муддатга қўллаш- асосий усулдир.

Лимфа тугунларида метастатик шикастланишлар мавжуд бўлса ёки хавф юқори бўлганда (ўсма ўлчами 2 см. дан катта, бемор ёш, рецепторлар-манфий ёки паст дифференциалланган ўсма) албатта химиотерапия ўтказиш шарт.

Химиотерапия (адьювант) операциядан кейин ҳам, операциягача ҳам (ноадьювант) ўтказилиши мумкин. Антрациклинлардан фойдаланилган ҳолда ўтказиладиган тадбирларни ишлатиш мақсадга мувофиқ. Тарқалган ва метастазланган ракда химиотерапия даволаш курси ўтказилади.

НУР ТЕРАПИЯСИ

Нур терапияси операция олдида унинг апластиклигини ошириш мақсадида ёки ўсмани операция қилиш шаклга ўтказиш учун (химиотерапия мумкин бўлмаганда) бажарилади. Операциядан кейинги нур терапияси маҳаллий кайталанишларни камайтиради ва аъзо сақланиб қоладиган операцияларда ва 4 дан ортиқ лимфа тугунлари шикастланганда мастэктомия қилингандан кейин тавсия этилади. Операциядан кейин нур терапиясига эҳтиёж бўлса, у химиотерапия тугаганидан кейин ўтказилади. Паллиатив мақсадда нур терапияси ўсма маҳаллий тарқалган ҳолларда, суяк, бош мия метастазларида қўлланилади.

ШИФОХОНАГА ЁТҚИЗИШГА КЎРСАТМАЛАР

Хирургик даво ва айрим мураккаб диагностик текширишларни амалга ошириш ва химиотерапия ўтказиш учун бемор шифохонага ётқизилиши керак. Нур терапияси ва химиотерапия амбулатор шароитида ҳам ўтказилиши мумкин.

ДАВОЛАШ ТУРЛАРИ

Даво турлари касалликнинг қайси босқичда эканлигига, ўсманинг тузилишига ва унинг аъзода жойлашишига, беморнинг нимани маъқул кўришига боғлиқ бўлиб, у кўп ҳолларда комплекс усулда (хирургик, нур, химиотерапевтик даво ва гормонотерапия) олиб борилиши зарур.

ИНВАЗИВ БЎЛМАГАН РАК

• Сут йўллари раки *in situ* ✦ Аъзо сақланиб қолинадиган операция + нур терапияси ± тамоксифен ✦ Оддий мастэктомия ± тамоксифен ✦ Аъзо сақланиб қолинадиган операция.

Бўлакли рак *in situ* ✦ Фақат кузатилади (биопсиядан сўнг) ✦ Инвазив рак хавфини пасайтириш мақсадида тамоксифин ✦ Профилактика мақсадида лимфоденэктомиясиз билатерал мастэктомия .

ИНВАЗИВ РАК.

Маҳаллий-регионар даво:

- Аъзо сақланиб қолинадиган операция кўлтиқ ости лимфа тугунини биопсияси билан ёки лимфаденэктомия билан мастэктомия +/- сут беги реконструкцияси.

- Сут беги (аъзо сақланиб қолинадиган операциядан кейин) ва регионар метастаз соҳаларига (ўмров ости ва усти ҳамда тўш атрофи лимфа тугунларида) нур терапияси ўтказилади.

Адьювант тизимли терапия:

Ўсма тўқимасида эстроген/прогестерон рецепторлари бўлса гормонотерапия усулларида бири қўлланилади.

Химиотерапия қуйидаги ҳолларда тавсия этилади ● Регионар лимфа тугунларда метастаз бўлганда ● Ўсма тўқимасида эстроген-прогестерон рецепторлари бўлмаса ● Бемор ёш бўлса ● Ўсманинг ўлчами 2 см.дан катта бўлса ● Паст дифференциалли ўсмаларда.

Менопауза олди даврида беморларда тухумдонлар функциясини тўхтатиб қўйиш химиотерапияга альтернатива бўлиши мумкин, аммо химиотерапияни ўтказиш стандарт ҳолдир.

МАҲАЛЛИЙ ТАРҚАЛГАН РАК

Даво тизимли таъсир қилишдан бошланади (химиотерапия, гормонотерапия ва нур терапияси). Хирургик даво ўсма операбил ҳолатига келтирилганда ўтказилади ёки асоратларнинг (тарқалиб кетиши, қон кетиши) олдини олиш учун тавсия этилади.

МЕТАСТАЗЛИ РАК

Асосий даво усули – химия-гормонотерапия, нур терапияси.

Даво мақсади - қисман ремиссияга эришиш ёки жараённи мўтадил ҳолатда ушлаш, касаллик белгиларини камайтириш. Ўсма тўқимасида эстроген/прогестерон рецепторлари бўлса, тухумдонлар функциясини тўхтатиш, антиэстрогенлар қабул қилиш тавсия этилади. Гормонотерапияда иккинчи қатор препаратлари бўлиб ароматаз ингибиторлари, учинчиси - прогестинлар ҳисобланади. Химиотерапияни улардан бири, шунингдек уларни биргаликда қўллаган ҳолда ўтказиш мумкин. Суякни эриши билан кечувчи метастазларида бисфосфонатларни қўллаш асоратлар (оғриқ синдроми, патологик синишлар) сонини камайтиради.

БЕМОРНИ ЎРГАТИШ

Беморга касаллиги ҳақида, уни аниқлаб олиш учун қўшимча текшириш усуллари (биопсия, маммография) ўтказиш кераклиги (агар уларни ушбу тиббиёт муассасасида бажариш имкони бўлмаганда) тўғрисида тўлиқ маълумот бериш керак.

Сут беги рак диагнози қўйилганда:

- Хирург-онколог, химиотерапевт ва радиолог иштирокида даво режасини тузиш лозимлигини тушунтириш;
- Хирургик даволашнинг турли вариантлари борлигини, шу жумладан аъзо сақланиб қолинадиган операция ва сут беги реконструкцияси, биринчи босқичда

химиотерапевтик ва нур терапияси буюрилиши мумкинлиги ҳақида ахборот бериш;

- Даво билан боғлиқ бўлган афзалликлар ва асоратлар ҳақида маълумот бериш;
 - Касаллик, шунингдек даволаш усуллари ҳақида бошқа мутахассисларнинг ҳам фикрини билиш имконияти борлиги ҳақида айтиш;
 - Психологга ёки «қўллаб-қувватловчи гуруҳ» иштирокчиларига мурожаат этишни тавсия қилиш;
 - Беморнинг қариндошларини скринингда қатнашишга таклиф этиш.
- Юқумли асоратларнинг олдини олиш мақсадида операцияда қўлларга травматик таъсир кўрсатишни иложи борича чеклаш (АБни ўлчаш, анализ учун қон олиш, инъекция қилиш тавсия этилмайди), маиший шикастланишдан асраш.

КЕЙИНГИ ЧОРА-ТАДБИРЛАР

Беморлар узоқ вақт мобайнида даволанишлари лозим, бу эса функционал бузилишлар ва клиник-меҳнат прогнози мавжудлигини ҳисобга олган ҳолда тиббий экспертизадан ўтишни талаб этади. Прогноз ёмон бўлганда (касалликни тарқалган босқичида) ва меҳнатга лаёқатсизликнинг 4-ойи ўтгач ногиронлик гуруҳи расмийлаштирилиши мумкин.

Махсус даволаниш тугагандан кейин бемор мунтазам равишда текширувдан ўтиб туриши зарур.

- Беморга сут безини мустақил равишда ўзи текшириб туриши тавсия этилади.
 - Биринчи йил ҳар 3 ойда, иккинчи ва учинчи йил – ҳар 6 ойда, кейинчалик эса бир йилда бир марта клиник кўрикдан ўтказилади.
 - Иккинчи сут безини ёки аъзо сақланиб қолинадиган операцияда ҳар иккала безни ҳам йилда бир марта маммография қилиш (аъзо сақланиб қолинадиган операцияда биринчи текшириш 6 ойдан сунг ўтказилади).
 - Чуқур текшириш (скелет суяқларини сканирлаш, КТ, онкомаркерлар) касаллик тарқалиши ва метастазлар мавжудлигига шубҳа бўлмаганда тавсия этилмайди. Қайталаниш юз берганда ёки метастазлар пайдо бўлганда беморлар даволаш режасини ишлаб чиқиш учун онкологга юборилади.
- 3-клиник гуруҳ беморларига санатор-курорт шароитида даволаниш ман этилмайди.

ПРОГНОЗИ

Касалликни босқичи ошган сари (лимфа тугунларда шикастланишлар ёки узоқ аъзоларда метастаз бўлса); бемор ёш бўлса; паст дифференциаллашган ўсмаларда; ўсма тўқимасида эстроген/прогестерон рецепторлари бўлмаса ва/ёки Her-2-new онкоген гиперэкспрессия мавжуд бўлганда, даволаниш тўхтатилганда ёки бемор даводан бош тортганда прогноз ёмонлашади.

ПРОФИЛАКТИКАСИ

Ҳеч бир усул, шу жумладан маммография ҳам сут беги раки учун профилактика ҳисобланмайди.

Сут беги раки хавфи юқори бўлган аёлларга **тамоксифенни қўллаш**.

- Юқори хавф гуруҳига эпителия атипик гиперплазияси, (биопсия маълумотларига кўра), 40 ёшдан ошган, оилавий анамнезида сут беги раки бўлган ва BRCA гени мутациясини ташувчи аёллар киради. Тамоксифен сут безининг эстроген-рецептор мусбат ўсмалари пайдо бўлиш хавфини пасайтиради ва рецептор-манфий ўсмалар ривожланишига таъсир қилмайди.

- Тамоксифенни қўллаш билан боғлиқ бўлган асоратларга тромбоэмболик асоратлар, эндометрия раки (кўпроқ 50 дан ошган аёлларда) киради. Тамоксифенни қабул қилишдан олинмаган самара ва асорат нисбатига таъсир кўрсатадиган ҳамроҳ касалликларни (патологик ҳолатлар) ҳисобга олиш керак. Беморлар тамоксифенни профилактик қўллашнинг афзалликлари ва камчиликлари ҳақида маълумотга эга бўлишлари зарур.

Овариоэктомия BRCA гени мутациясини ташувчи аёлларга гормонал таъсир кўрсатиш усули сифатида қўлланилади.

Профилактик мастэктомия (сут безини реконструкция қилиш ёки қилмаслик билан) BRCA-1, BRCA-2, BRCA-3 гени мутациясини ташувчи аёлларга ёки яқин қариндошларида сут беги, тухумдон раки бир неча марта кузатилган ҳолатларда тавсия этилади. Агар аёлда ижобий натижаларда мастэктомия бажариш режалаштирилаётган бўлса генетик синамадан ўтказиш тавсия этилади.

АЁЛЛАР ҚОРНИНИНГ ПАСТКИ СОҲАСИДАГИ ОҒРИҚ

АЁЛЛАРДА ГИНЕКОЛОГИК КАСАЛЛИКЛАР БИЛАН БОҒЛИҚ БЎЛГАН ҚОРИН ПАСТКИ СОҲАСИДАГИ ОҒРИҚЛАР

АСОСИЙ ҚОИДАЛАР

- Аёлларда қориннинг пастки қисмидаги оғриқлар аксарият ҳолларда гинекологик касалликлар билан эмас балки ичакнинг ўткир патологияси билан боғлиқ.
- Циклик оғриқлар, жинсий йўллардан қонли ёки ёқимсиз ҳидли ажралмалар ушбу тизим касалликлари борлиги ҳақида гувоҳлик беради.

КИЧИК ЧАНОҚ АЪЗОЛАРИНИ ТЕКШИРИШ

- Қоринни пайпаслаш.
- Кичик чанок аъзоларини текширганда куйидаги белгиларга эътибор қилиш лозим.
 - ◆ Бачадон бўйнида йирингли ажралмалар борлиги.
 - ◆ Бачадон бўйни пайпасланганда оғриқ бўлиши.
 - ◆ Қин орқа гумбазининг таранглашиши.

ЛАБОРАТОР ТЕКШИРИШЛАР

- Ҳомиладорликка синама, сийдик анализи, қондаги лейкоцитлар ва С – реактив оқ концентрациясини аниқлаш.

БОШҚА ТЕКШИРИШЛАР

- УТТ.

ФЕРТИЛ ЁШИДАГИ АЁЛЛАР**ИНФЕКЦИЯЛАР**

- Кичик чаноқ аъзоларининг яллиғланиш касалликлари.
- Ўткир эндометрит.
 - ◆ Анамнезида яқинда туғруқни бошидан кечирганлиги, аборт ёки бачадон ичи спиралини қўйдирганлиги.
 - ◆ Қин нормал миклофлорасидаги касаллик қўзғатувчи микроблар.
 - ◆ Жинсий йўллاردан анаэроб инфекцияга хос бадбўй ажралмалар чиқиши.
 - ◆ Эндометрит белгилари.
- Туғруқдан бир неча кун ўтгач ва тиббий асбоблар бачадон бўшлиғига киритилгандан сўнг ўткир бошланиши.
- Эт увишиши.
- Қориннинг пастки қисмида оғриқ.
- Чарчоқ ҳисси.
- Тана ҳароратининг 39 – 40⁰ С гача кўтарилиши.
- Лоҳаслик.
- Бош ёки мушак оғриғи бўлиши мумкин.
 - ◆ Физикал белгилар.
- Қориннинг катталашган бачадон соҳаси пайпасланганда оғриқ борлиги.
- Қин орқали текширувда бачадон сезувчанлиги ошган, зичлашган, ҳаракатчан.
- Тухумдонлар катталашмаган.
 - ◆ Диагностикаси.
- Диагноз қўйиш учун анамнез ва типик клиник кўриниш муҳим аҳамиятга эга.
- Гонококкли инфекциядан фарқли ўлароқ суст белгилар билан кечувчи хламидияли жараёнда қориннинг пастки қисмида камдан – кам ҳолларда оғриқ кузатилади.
 - ◆ Давоси.
- Антибиотикотерапия (цефалоспоринлар, қўшимча метронидазол) – одатда шифохонада ўтказилади.

БАЧАДОНДАН ТАШҚАРИДАГИ ҲОМИЛАДОРЛИК

- Оғриқ ва қон кетишининг юзага чиқиши ўзгариб туради.
- Анамнезида ҳайзнинг кечикишига ишора бор, бироқ цикл мунтазам эмас ёки қон кетиши мумкин.
- Агар ҳомиладорликка синама мусбат бўлиб, ҳомила тухуми бачадон бўшлиғида аниқланмаса, ундан ташқаридаги ҳомиладорликни инкор қилиш керак.

ПАТОЛОГИК ОВУЛЯЦИЯ

- Ҳайз цикли ўртасида пайдо бўладиган оғрик. кўпинча бир томонлама кучли

ТУХУМДОН ЁКИ УНИНГ КИСТАСИНИ БУРАЛИБ ҚОЛИШИ ЁКИ ЁРИЛИШИ

- Анамнезида оғрик умуртқа поғонаси эгилганда (масалан, пол ювиш вақтида, рақсга тушганда) пайдо бўлса.
- Тухумдон сариқ танасининг ёрилиши.
 - ◆ Бачадондан ташқари ҳомиладорликдаги каби белгилар.
 - ◆ Қорин бўшлиғида қон бўлиши.
 - ◆ Кучли оғриқда хирургик йўл билан даволаш лозим.
- Эндометриал кистанинг ёрилиши.
 - ◆ Қорин парданинг яққол таъсирланиш белгилари.
 - ◆ Одатда зудлик билан хирургик даволаш керак.
- Дермоид кистанинг ёрилиши.
 - ◆ Камдан – кам кузатилади.
 - ◆ Киста маҳсулоти (ёғ) қорин пардани таъсирлантириб, жуда кучли оғрик пайдо бўлади.
- Тухумдон ёки бачадон найининг буралиши.
 - ◆ Одатда тухумдон кистаси билан боғлиқ.
 - ◆ Қин текширувида сезгир, баъзан ҳаракатчан ҳомила аниқланади.

ТУХУМДОНЛАР ГИПЕРСТИМУЛЯЦИЯСИ СИНДРОМИ

- Тухумдонлар гиперстимуляцияси синдроми – уларни бепуштликни даволашда қўлланиладиган гормонларга бўлган реакциясидир.
- Тухумдонлар гиперстимуляцияси синдроми овуляция индукцияси учун қўлланиладиган дорилар, шунингдек, кломифен, гонадотропин рилизинг гормон ва унинг аналоглари чақириши мумкин.
- Одатда белгилар дори юборилгандан 3 – 10 кундан сўнг ривожланади.
- Характерли белгилар – қоринда оғрик, шиш ва кўнгил айниши.
- Тухумдонлар гиперстимуляцияси синдроми учраш ёши 35 дан кичик, оғирлиги кам ва гонадотропин рилизинг гормони аналоги қўлланилган аёлларда кўпроқ кузатилади.
- Тухумдонлар гиперстимуляцияси синдромига шубҳа бўлганда асосий лаборатор текширувлар – қон умумий таҳлили, дифференциал диагностика мақсадида қон зардобиди С – реактив оқ миқдорини аниқлаш. УТТ ёрдамида тухумдонлар ўлчамига баҳо бериш.
- Юпқалашган тухумдон капсуласини шикастлантириш хавфи бўлганда қин орқали текшириш ўтказилмайди.
- Енгил кечганда амбулатор даволаш мумкин.
- Оғир даражадаги тухумдонлар гиперстимуляцияси белгилари:
 - ◆ Кучли кўнгил айниши, диарея ёки тана вазнининг ошиши.
 - ◆ Баъзан енгил ҳансираш.

- ◆ Лейкоцитлар миқдори қонда $10 \times 10^9/\text{л}$ дан ошган ёки гематокрит 0,45 дан кўп.
- ◆ Тухумдонлар ўлчами 10 см. дан катта (УТТ маълумотлари).
- Тухумдонлар гиперстимуляциясининг биронта белгиси аниқланса, аёлни шифохонага ётқизиш шарт.

ОЁҚЧАДАГИ МИОМАТОЗ БАЧАДОН ТУГУНИНИНГ УЗИЛИШИ ЁКИ НЕКРОЗИ

- Дардни эслатовчи циклик оғриқлар хос.
- Миома қин ичига ўсиб кириши ва уни тўлдириши мумкин.

ХАВФЛИ ЎСМАЛАР

- Ўсма ёрилганда ёки ундан қон кетганда қорин пастки қисмида кучли оғриқ.
- Кўпинча асцитнинг ўсма белгиси бўлиб хизмат қилиши.

ТУҒРУҚЛАР

- Қориннинг пастки қисмида тўсатдан ўткир кучли оғриқ бўлиши туғруқ бошланганлик белгиси бўлиши мумкин. Агар аёл ҳомиладорлигини ўзи билмаса ёки яширса диагноз қўйиш қийин бўлади (масалан, ўсмирлик ёшида).

ҚИН ПЕРФОРАЦИЯСИ

- Жинсий алоқа вақтида пайдо бўлиши мумкин (бунда аёл кўпинча мастлик ҳолатида бўлади).

МЕНАРХЕГАЧА БЎЛГАН ЎСПИРИН ЁШИДАГИ БЕМОР ҚОРИН БЎШЛИҒИГА ЎТКИР ҚОН КЕТИШИ

- Менструал қоннинг бачадон ичидан чиқишига қаршилик бўлганда пайдо бўлади.
- Белгилари.
 - ◆ Қорин пастки қисмида тўсатдан пайдо бўлган кучли оғриқ, қорин парданинг яққол таъсирланиши.
 - ◆ Оғриқдан олдин қориннинг пастки қисмида енгил оғриқнинг кузатилиши, баъзан вақти – вақти билан сийдик тутилиши.
- Сабаблари.
 - ◆ Қизлик пардаси атрезияси (энг кўп учрайдиган сабаби).
 - ◆ Бачадоннинг турли нуқсонлари (икки шохли бачадон).
- Давоси операция.

ТУХУМДОН КИСТАСИНИНГ БУРАЛИШИ ЁКИ ЁРИЛИШИ

- Тўсатдан оғриқ.
- Давоси оператив.

ПОСТМЕНОПАУЗАДАГИ АЁЛ ЙИРИНГЛИ ЭНДОМЕТРИТ (ПИОМЕТРА)

- Белгилари.
 - ◆ Аста – секин бошланади.
 - ◆ Жинсий йўллардан йирингли ва қон аралаш ажралмалар келганда аҳвол мураккаб ҳисобланади. Оғриқ ва иситма бўлади.
- Давоси.
 - ◆ Мутахассис тавсиясига боғлиқ.

БАЧАДОН ТАНАСИНИНГ ХАВФЛИ ЎСМАСИ

- Белгилари: қон кетиш ва қориннинг пастки қисмида оғриқ

ТУХУМДОННИНГ ХАВФЛИ ЎСМАСИ

- Белгилари: қоринда оғриқ, жинсий йўллардан қонли ажралма, ички қон кетиши ва дизурик ҳодисалар.

ҚОРИННИНГ ПАСТКИ ҚИСМИДА СУРУНКАЛИ ОҒРИҚ ЭНДОМЕТРИОЗ

- Белгилари.
 - ◆ Велосипед, машинада, яъни китиш ҳаракатларида оғриқнинг кучайиши.
 - ◆ Жинсий алоқа ва дефекация вақтида оғриқ.
 - ◆ Патологик жараёнга сийдик пуфаги ёки ичак қўшилганда юқоридаги белгилар кузатилади.

СУРУНКАЛИ ЦЕРВИЦИТ

- Қориннинг пастки қисмида номаълум тусдаги оғриқ пайдо бўлиши ва жинсий йўллардан оқимтир ажралмалар.
- Инфекция ва тано касалликларини истисно қилиш.

ТУХУМДОН ВЕНАЛАРИНИНГ ВАРИКОЗ КЕНГАЙИШИ

- Тик турганда ва кечаси кучаядиган номаълум тусдаги оғриқлар.

МЕНСТРУАЦИЯ ОЛДИ СИНДРОМ

- Менструация олди синдроми – ҳайз кўриш яқинлашганда пайдо бўладиган турли белгилар (таъсирчанлик, кўнгил айниши, оғриқ ва қорин дам бўлиши) йиғиндиси.

ҚЎШИМЧА МАЪЛУМОТЛАР

- Прогестинларни қўлланилиши қорин пастки қисмидаги сурункали оғриқларни пасайтириши ва врачнинг шунга хос тавсиялари ҳамда УТТ қўллаш оғриқнинг камайишига ва кайфиятнинг кўтарилишига олиб (кичик чанок аъзоларининг яллиғланиш касалликлари, бирламчи дисменорея ва эндометриоз истисно қилинган ҳолларда) келади.

БАЧАДОНДАН ТАШҚАРИДАГИ ҲОМИЛАДОРЛИК

Бачадондан ташкарида хо бўлган имплантация – эктопик ҳомиладорлик дейилади. 98 % ҳолларда имплантация бачадон найида, 2 % – тухумдонда, бачадон рудиментар шохида, қорин бўшлиғида, бачадон бўйнида хо бўлади. **Статистик маълумотлар:** 1:200 ҳомиладорларда учрайди.

Этиологияси • Жинсий аъзоларнинг яллиғланиши • Бачадон найидаги реконструктив – пластик операция • Найлар олдидаги битишмалар (аппендэктомиядан кейин, кичик чаноқ ёки қорин бўшлиғида қилинган операциялардан кейин) • Экстракорпорал уруғланиш • Бачадон ва тухумдон ўсмалари, ўсмасимон ҳоалар • Эндометриоз • Жинсий инфантилизм • Жинсий аъзоларнинг ривожланиш ва жойлашиш аномалияси • *Migratio ovi externim* – ҳомила тухуми миграцияси бузилиши • Эндокрин хасталиклар.

Классификацияси • Бачадон найи ҳомиладорлиги ♦ Найнинг ампуляр қисмида 43 % ♦ Найнинг интерстициал қисмида 3 % ♦ Найнинг истмик қисмида 54 % • Абдоминал ҳомиладорлик. Қорин бўшлиғининг чегаранган қисмида ривожланади. Бирламчи ва иккиламчи бўлиши мумкин ♦ Бирламчи – абдоминал ҳомиладорлик (камдан – кам) – уруғланган тухумдон ичак чарвисига, бачадон сербар бойламига ва бошқа аъзоларга имплантация бўлади ♦ Иккиламчи абдоминал ҳомиладорлик уруғланган тухумдонни найдан суриб ташлаганда ёки тирик эмбрионнинг бачадон найи ёрилиши натижасида иккиламчи имплантациясида учрайди. Камдан – кам ҳолларда абдоминал ҳомиладорлик туғруқ муддатигача боради • Бачадон бўйни ҳомиладорлиги • Бачадоннинг рудиментар шохида • Тухумдонда • Аралаш.

Бачадон найи ёрилиши клиникаси • Белгилар тўсатдан ва тез авж олади. Аёл қорнининг пастида жуда қаттиқ оғриқ тутади, оғриқ елкага, куракка, тўғри ичакка ўтади • Кўп учрайдиган белгилар: совуқ тер босиш, ҳушдан кетиш • Қон оқиши зўрайгани сабабли тери ва кўриниб турган шиллиқ пардалар оқариши, пульс тезлашиши, АБ пасйиши. Қорин дам, пальпацияда безиллаб туради. Шеткин – Блюмберг белгиси мусбат. Қорин перкуссия қилинганда бўғиқ товуш эшитилади • Қин орқали текшириш: бачадон бироз катталашган, юмшоқ, одатдагидан ҳаракатчан; унинг ортиқлари соҳасида шишлар; қин орқа гумбази ясаган ёки қабарик, пальпация қилинганда кучли оғриқли (Дуглас қичқириғи); бачадон бўйнини олдинга тўғрилаганда кучли оғриқ пайдо бўлади.

Найдаги аборт клиникаси • Қорин пасти соҳасида кучли оғриқ, жинсий йўллардан қонли ажралма келиши, ҳушдан кетиш ҳолатлари учрайди • Қин орқали текширганда бачадон юмшоқ, катталашган, унинг ёнида нотўғри шаклдаги ва ноаниқ контурли юмшоқроқ сезувчан тузилма пайпасланиб топилади. Бачадон бўйни олдинга сурилганда ва қиннинг орқа гумбази пайпасланганда оғриқ камроқ сезилади. Баъзан бачадондан децидуал парда яхлит чиқади • Гистологик текширилганда – децидуал тўқима аниқланади, лекин хорион қисмлари аниқланмайди.

Лаборатор маълумотлар • Қон зардобида ХГТ β – суббирлигини аниқлаш синамаси ҳамма ҳомиладорликларда мусбат бўлади (эктопик ҳомиладорликда ХГТ микдори камроқ бўлади) ♦ Қонда ХГТ нинг кўпайиш тезлиги нормал ва бу эктопик ҳомиладорликни фарқлашда ёрдам беради. Нормал ҳомиладорликда ХГТ микдори

хар 2 кунда икки баробар кўпаяди. ♦ Нуқсонли даражада 1500 – 2000 ММЕ/мл. бачадондаги ҳомиладорлик трансвагинал ва УТТ да аниқланади • Қоннинг умумий таҳлили: лейкоцитлар сони 10 – 15 x 10⁹/л. гача ошиши мумкин.

Инструментал маълумотлар

- УТТ. Агар бачадон ичида охириги хайздан 7 ҳафтадан кейин уруғланган тухум аниқланса, бу ҳомиладорлик муддатида ХГТ нинг қондаги миқдори 5000 – 6000 мМЕ/мл. бўлади. Агар бачадон ичида ҳомила аниқланмаса, эктопик ҳомиладорлик ҳақида ўйлаш мумкин. УТТ да катталашган бачадон ва тухумдонлар диагностик аҳамиятга эга эмас, чунки бу белгилар бачадондаги ҳомиладорлик ва сариқ тана мавжудлигига ҳам хосдир ♦ Трансвагинал УТТ ҳомилани трансабдоминал эхографияга қараганда эртароқ аниқлайди. ХГТ миқдори 1500 – 2000 мМЕ/мл бўлганда бачадон ичида 6 ҳафталик ҳомилани аниқлаш мумкин. Шундай қилиб, трансвагинал УТТ эктопик ҳомиладорликни трансабдоминал УТТ га қараганда 4 – 6 кун илгарироқ инкор этиши мумкин.
- Кульдоцентез (тўғри ичак билан бачадон ўртасидаги камгак пункцияси). Қорин пастида кучли оғриққа шикоят қилинганда, патологик қон кетганда, хушдан кетиш ва шок ҳолатларида қорин бўшлиғида эркин қонни аниқлаш учун қилинади ♦ 18 ўлчамли игнани орқа гумбаздан тўғри ичак билан бачадон ўртасидаги камгакка киритилади ♦ 3 – 5 мл. сариқсимон суюқлик нормал ҳисобланади. Қорин бўшлиғида қон бўлса, тўқ рангли қон олинади. Битишмалар ёки қон лахталари хо бўлганда шприц бўш бўлади.
- Агар диагноз тўғрилигига шубҳа бўлса, лапароскопия ўтказиш бачадон найлари ва тухумдонларни кўриш имконини беради. Аниқланмаган эктопик ҳомиладорлик жиддий оқибатидаги хатарга қараганда, лапароскопияни ўтказиш билан боғлиқ хатар анча кам.
- Эндометрийни гистологик текшириш. Эктопик ҳомиладорликда – олинган децидуал тўқима хорион ворсинкаларисиз бўлади. Суртмалар текширилганда Ариас – Стелла феноменини аниқлаш мумкин – эндометрийда атипик хужайралар шишган, протоплазма вакуолизацияси, гиперхромазия, ядролар гипертрофияси, ҳомиладорликдаги гормонал ўзгаришларга бўлган жавобдир.

ДАВОЛАШ

Хирургик • Сальпингэктомия – тўхтатилган эктопик ҳомиладорликда қулай усул, кўп қон кетиш билан кузатилади. Операция ва гемотрансфузия бир вақтда бошланади. • Найда авж оладиган ҳомиладорлик ♦ Сальпинготомия. Ҳомила найнинг ўртасида жойлашганда, имплантатланган бластоцисталарни олиш учун узунасига сальпинготомия қилинади (най бўшлиғини очиш – бачадон найини «кесарево қилиш»); ҳомила олингач, одатда кеган жой тикилмайди ♦ Бачадон найнинг сегментар резекцияси. Ҳомила жойлашган сегмент олиб ташланади ва анастомоз қўйилади. Оператив лапароскопия – даволашнинг янги усули, қулай томонлари: операция муддати қисқаради, ундан кейинги давр ва шифохонада бўлиш вақти камаяди • Термокоагуляция ва кесиш – қисман ва тотал сальпингэктомия сифатида қўлланиладиган усуллар • Кўндаланг сальпинготомия

турли аппаратлар ёрдамида бажарилиши мумкин – юқори қувватли электрокаутер, углеродли (CO₂) ёки оптиктолали лазер.

Дорилар билан даволаш • Эрта муддатда – **метотрексат** (асосий препарат) • Абдоминал ҳомиладорликда (ҳомила олиб ташлангандан кейин қолиб кетган йўлдошда) – метотрексат (кўшимча даволаш) ♦ Метотрексат – 1 мг/кг. м/о кунора, кальций фолинат 0,1 мг/кг. м/о (метотрексат 4 та инъекциядан кўп эмас) билан алмашилиб, ёки 50 мг/м² тана юзасига бир маротаба кальций фолинат буюрмасдан; • Псориазда мумкин эмас • Альтернатив препарат – лактиномицин.

Операциядан кейин беморни парваришлаш. Операциядан 4 – 5 кун кейин специфик бўлмаган терапия: умумий қувватловчи, гемостимуллайдиган, десенсибилизациялайдиган дорилар, физиотерапия. Санатория ва курортда даволаш. Даволаш вақтида – контрацепция.

Асоратлари • Қон кетиши ва гиповолемик шок • Инфекцияланиш • Бепуштлиқ • Ўткир постгеморрагик анемия.

Прогнози. 40 % аёлларда кейинчалик бепуштлиқ, 60 % қайта ҳомиладор бўлган аёлларда яна эктопик ҳомиладорлик ва 15 – 20 % холларда бола тушиш эҳтимоли. Қайта эктопик ҳомиладор бўлиш хавфи юқори бўлганлиги сабабли аёл менструация тўхтаганда янги ҳомиладорликнинг жойини аниқлаш учун тезлик билан врачга мурожаат қилиши кераклигини билиши зарур.

Синонимлари • Бачадондан ташқари ҳомиладорлик • Ўз ўрнида бўлмаган ҳомиладорлик.

ХКК - 10 • О00 Бачадондан ташқари (эктопик) ҳомиладорлик.

ТУХУМДОН ЎСМАЛАРИ

Тухумдон ўсмалари иккига булинади: бирламчи ва метастатик.

Тухумдон юза эпителийси ўсмалари. Юза эпителийсидан парамезонефрал (мюллер) йўлининг унумларига гистологик ўхшаш ўсмалар ривожланади. Буларга сероз, муциноз ва эндометриоид ўсмалар киради. Камроқ шаффоф хужайрали (мезонефроид) ва ўтувчи хужайрали (Бреннер) ўсма учрайди. Сероз ва муциноз ўсмалар кистоз характерга эга, шаффоф, ўтувчи хужайрали ва эндометриоид ўсмалар эса оғир ҳисобланади.

- Сероз ўсмалар кубсимон ва цилиндрсимон хужайралардан иборат. Бу хужайралар оқли секрет ажратади. Улар деярли ҳамма вақт кисталар ҳо қилади ва хавфсиз ҳамда хавфли турлари фарқланади. Шунга мувофиқ сероз аденокистома ва сероз кистали аденокарцинома деб аталади. Стромани минимал инвазияловчи сероз аденокарциномалар хавфли чегараси бўлган сероз аденокистома сифатида ажратилади.

- ♦ **Сероз аденокистома** полиморфизм ва митотик активлик белгилари бўлмаган кубсимон ёки цилиндрсимон хужайралардан кисталар ҳо қилади.

- ♦ **Сероз кистоз аденокарцинома.** Унинг эпителиал хужайралари плеоморф, ядроси атипик. Ўсмада киста бўшлиғига ўсиб қирувчи сўрғичлар шаклланиши (сўрғичли кистоз аденокарцинома) шунингдек ўсма стромасининг хавфли хужайралари бўлган инфильтрацияси келиб чиқади. Бу ўсмалар имплантацияли

метастазлар беришга мойил, қорин пардаси бўйлаб тарқалади. Асорати, кўп ҳолларда асцит.

- Муциноз ўсмалар ҳам киста ҳо қилади, бироқ бўшлиқлари шиллик ажратувчи эпителий билан қопланган бўлади
 - ◆ **Муциноз цистаденома** шиллик ажратадиган полиморфизм белгилари кузатилмайдиган хужайралардан ташкил топган.
 - ◆ **Муциноз кистоз аденокарцинома.**
- Эндометриоид карцинома – кўп безлар ҳо қилувчи нотўғри шаклга эга, кам секрет ажратиб чиқарувчи оғир ўсма ҳисобланади. Бу гистологик жиҳатдан бачадон карциномасини эслатади.
- Аденофиброма. Баъзи ўсмалар аниқ фиброз стромага эга бўлиб, буларга хавфли ўсма сифатида қараш керак.
- Шаффоф хужайрали карцинома тиниқ цитоплазмали кубсимон шаклдаги йирик хужайралардан ташкил топган. Хавфли хужайралар безсимон структуралар ва оғир уячалар ҳо қилади.
- Бреннер ўсмаси ўтувчи хужайра типдаги ўсма хужайраларини ўраб олувчи фиброз строма уячаларидан таркиб топган. Кўп ҳолларда ўсмалар хавфсиз бўлади.
- TNM классификацияси – фақат рақ учун қабул қилинган
 - ◆ Бирламчи жойлашиши
 - ★ Tx – бирламчи ўсмани баҳолаш учун маълумотлар етарли эмас
 - ★ T0 – бирламчи ўсма белгилари йўқ
 - ★ Tis – карцинома in situ (FIGO бўйича 0 босқич)
 - ★ T1 – ўсма 1 ёки 2 тухумдон билан чегараланган (FIGO бўйича 1 босқич)
 - ★ T1a – ўсма 1та тухумдон билан чегараланган капсуласи интакт, тухумдон юзасида ўсманинг ўсиши йўқ, ўсма хужайралари асцитда ёки қорин бўшлиғининг сувида топилмайди (FIGO бўйича IA босқичи)
 - ★ T1b – ўсма иккала тухумдон билан чегараланган, капсуласи зарарланмаган, тухумдон юзасида ўсма ўсиши кузатилмайди, ўсма хужайралари асцитда ёки қорин бўшлиғи сувида йўқ (FIGO бўйича Ib босқичи)
 - ★ T1c – ўсма битта ёки иккита тухумдон билан чегараланган, белгиларидан биттаси бор: капсула йиртилган, тухумдон юзасида ўсма аниқланади, асцит суюқлигида ва қорин бўшлиғи сувида хавфли хужайралар бор (FIGO бўйича IC босқичи)
 - ★ T2 – ўсма бир ёки иккита тухумдонни зарарлайди, чанокқа тарқалади (FIGO бўйича II босқичи)
 - ★ T2a – ўсма тарқалган ва /ёки метастаз берган бачадонга ва /ёки 1 та ёки 2 та найга, лекин ўсма хужайралари асцитда ёки қорин бўшлиғининг сувида йўқ (FIGO бўйича II A босқичи)
 - ★ T2b – чанокнинг бошқа тўқималарига тарқалган, лекин ўсма хужайралари асцитда ёки қорин бўшлиғининг сувида йўқ (FIGO бўйича II B босқичи)
 - ★ T2c – ўсма чанокқа тарқалган (2a ёки 2b) асцитик суюқликда ёки қорин бўшлиғининг ювинди сувида ўсма хужайралари борлиги (FIGO бўйича II C босқичи)
 - ★ T3 Тухумдон ўсмаларига шубҳа бўлганда умумий амалиёт врачлари беморни зудлик билан акушер – гинеколог ва онколог маслаҳатига юбориши лозим. Ташҳис тасдиқланган тақдирда ундан кейинги даво чоралари ихтисослаштирилган бўлимларда амалга оширилади. Сўнгра беморлар доимий равишда мутахассис врач ва умумий амалиёт врачлари назоратида бўладилар. – ўсма бир ёки икки томонлама тухумдонларни

жароҳатлайди, метастазлар чанокдан ташқари тўқималарда, қорин бўшлиғи аъзоларида аниқланади (FIGO бўйича III босқич) ✦ T3a – қорин бўшлиғи, чанокдан ташқари, аъзоларида микроскопик текширувда тасдиқланган метастазлар (FIGO бўйича IIIA босқичи) ✦ T3b – қорин бўшлиғининг, чанокдан ташқари, аъзоларида катталиги 2 см. гача бўлган кўзга кўринарли метастазлар (FIGO бўйича IIIB босқичи) ✦ T3c – қорин бўшлиғининг, чанокдан ташқари, аъзоларида катталиги 2 см. дан ортиқ бўлган кўзга кўринарли ўсмалар (FIGO бўйича IIIC босқич) ✦ T4 – ўсма тўғри ичак ёки қовуқ шиллиқ қаватини қамраб олади ва / ёки кичик чанокдан ташқарига тарқалади, бунда буллёз шиш мавжудлиги ўсманинг T4 босқичга тегишли эканлигидан далолат бермайди (FIGO бўйича IVA босқич) ◆ Регионар лимфа тугунлар (N): N1 – регионар лимфа тугунларида метастазлар бор ◆ Узоқдаги метастазлар (M): M1 – чет аъзоларда метастазлар бор (перитонеал метастазлардан ташқари) ◆ Эслатма изоҳ. Асцитнинг мавжудлиги (унинг хавfli хусусиятли эканлиги цитологик тасдиқсиз) классификацияга таъсир кўрсатмайди. Жигар капсуласига метастазлар T3, жигар тўқимасидаги метастазлар эса – M1 деб классификацияланади.

◆ **Босқичлар бўйича гуруҳларга ажратиш** ✦ Босқич 0: TisNOMO ✦ Босқич IA: T1a NOMO ✦ Босқич IB: T1b NOMO ✦ Босқич IC : T1c NOMO ✦ Босқич IIA: T2A NOMO ✦ Босқич IIB T3a NOMO ✦ Босқич IIB: T2b NOMO ✦ Босқич IIIA T3a NOMO ✦ Босқич IIIB T3b NOMO ✦ Босқич IIIC: T3c NOMO ; T1 – 4N1 ✦ Босқич IV: T1 – 4N0 – 1M1.

Жинсий битишма тўқимасидан ривожланган ўсмалар

Гранулёз – тека хужайрали, гранулёз хужайрали ва тўқима хужайраларидан вужудга келган ўсмалар тухумдонлар қобиғининг ўзак хужайраларидан ривожланади, улар тухумдон ўсмаларининг 3 % ни ташкил этади. Бу ўсмалар эстрогенлар ишлаб чиқариш қобилятига эга. Мазкур ўсмалар билан касалланган беморларнинг 50 % дан ортиғида эндометрий гиперплазияси, 5 – 10 % да эса – эндометрий раки аниқланади.

- Тека хужайрали ўсмалар – гормонал фаол (эстрогенлар ишлаб чиқарадилар) хавфсиз ўсмалар, зич тўқима ҳо қилувчи, узун шаклли ва ўзида ёғларни тутувчи хужайралардан иборат.
- Гранулёз – тека хужайрали ўсмалар аёлларда биринчи хайзгача бўлган давр, шунингдек менопауза ва постменопауза даврларида ҳам юзага келиши мумкин; кўп ҳолларда патологик қон кетишлар ва сут безларининг эрта ривожланишига олиб келади. Ўсма тухумдонлар тўқимаси хужайраси ва атрезияга учраган фолликулнинг гранулёз хужайраларидан иборат, эстрогенлар ишлаб чиқаради.
- Гранулёз хужайрали ўсмаларни хавфсиз ва хавфлилик даражаси жуда оз бўлиши мумкин ◆ Икки томонлама фақатгина 10 % ҳолларда; асосан постменопаузада, 5 % ҳолларда – жинсий етилиш давригача ривожланади ◆ Ўлчами – микроскопикдан, қорин бўшлиғи аъзоларини сиқиб қўйиш катталиги даражасигача бўлиши мумкин ◆ Неопластик хужайралар тухумдоннинг фолликуляр хужайраларига ўхшаш ва кўп ҳолларда улар бўшлиқларни ўраб олади. Бўндай ҳоллар фон Кал – Экснер таначалари деб аталади ◆ Рецидив:

одатда бирламчи ўсма олиб ташлангандан сўнг 5 йилдан кўпроқ муддатда тахминан 30 % беморларда юзага келади; баъзида 30 йилдан сўнг ҳам қайталаниши мумкин.

Андробластома ва арренобластома – мезенхима тўқимасидан келиб чиққан жуда кам учрайдиган ўсмалар • Одатда андроген фаолликка эга • Андрогенлар ишлаб чиқарувчи ўсмаларга хос белгилар – дефеминизация, сут безлари ва бачадон атрофияси, маскулинизация (гирсутизм, хуснбузарларнинг пайдо бўлиши, тикланиш турининг ўзгариши, клитор катталашуви ва овознинг дағаллашуви).

Тухумдон тўқимаси ўсмалари. Фиброма – тухумдон тўқимасининг энг кўп учрайдиган хавфсиз ўсмаси. Тухумдон фибромасида (баъзан кичик чанок ўсмаларида) асцит ва гидроторакс ривожланиши эҳтимоли бор (Мейгс синдроми [тухумдон жароҳатланиши сабабли келиб чиққан асцит – плевра бўшлиғига суяқлик тўпланиш синдроми]).

Тухумдон чиқиш қисми ўсмалари – ўта кам учрайди. Бу одатда лютеин хужайраларидан кичик оролчалар ҳо қилувчи хавфсиз ўсмалар. Ўсма кўпинча лютеин хужайралар тўпланадиган соҳа – тухумдоннинг чиқиш қисмида жойлашади.

ДАВОЛАШ

- Эпителиал ўсмалар ♦ Юқори дифференциаллашган IA босқичдаги ўсмалари бўлган беморлар фақат хирургик даволанади, IB – II босқичли беморларда тухумдон ўсмасида кўпинча монанд кимётерапия қўлланилади. Стандарт операция – пангистерэктомия катта чарви экстирпацияси билан. Чегарали ва юқори дифференциаллашган ўсмаларда ёш аёлларда фертиллиқни сақлаб қолиш учун фақат бачадон ортиқларини бир томонлама олиб ташлаб, иккинчи тухумдонни албатта биопсия қилиш шарт ♦ Адьювант кимётерапия ✦ Кимётерапия ўртача ва паст дифференциаллашган ўсмаларда ✦ Шаффоф хужайрали раklarда ✦ Анеуплоид ўсмаларда ўтказилади. Чегара ва юқори дифференциаллашган ўсмаларда кимётерапия ўтказилмайди. Платина препаратларининг антрациклинлар ёки таксанлар билан бирга қўллаш оптимал ҳисобланади. Даволаш муддати 4 – 6 цикл ♦ Ракнинг III ва IV босқичи бўлган беморларда даволаш ўсмани кўриниб турган қисмини хирургик қирқишдан бошланади (циторедуктив операция, жигар ва ўпкага метастаз берганда қилинмайди). 2 – 3 кимётерапия курсидан сўнг, кўрсатмалар бўйича, оралик циторедуктив операцияси ўтказилади. Ўсманинг қолган қисми ва метастазларни даволаш учун кимётерапия давом эттирилади (одатда 6 – 8 цикл) ♦ Касалликнинг клиник белгилари бўлмаган беморларда кимётерепиядан кейин такрорий диагностик лапаротомия ўтказиш тавсия қилинади.
 - ♦ 5 йил яшовчанлик ✦ I босқичи: 66,4 5 % ✦ II босқичи: 45,0 % ✦ III босқичи: 13,3 % ✦ IV босқичи: 4,1 %.
- Жинсий тортма стромасидан ўсмалар ♦ Кўпчилик аёлларда босқични тегишлича хирургик аниқлашдан кейин тотал абдоминал гистерэктомия ва икки томонлама сальпингоофорэктомия қўлланилади ♦ Кейинги хомиладорликдан

умиди бўлган касалликнинг IА босқичи бўлган ёш аёлларда бачадон ва қарама – қарши томондаги бачадон ортиқларини сақлаб қолинадиган консерватив ёндошув талаб қилинади ♦ Касаллик улғайиб кетган ёки такрорланадиган беморларда кўриниб турган ўсманнинг қисмини қирқиб ташлаш зарур. Агар қолдиқ ўсма ўлчами 2 см. дан кичик бўлса, қорин – чаноқ нур терапияси яхши таъсир қилади. Бошқа ҳолларда ва касаллик қайталанганда винкристин, дактиномицин ва циклофосфамид билан кимётерапия ўтказилади.

- Пушт хужайраларидан ўсмалар ♦ Дисгерминома ✦ IА босқичи: хирургик даво ✦ IА дан катта босқич ♦ Бутун қорин ва чаноқ бўшлиқларини парааортал соҳани жадал нурлантириш терапияси ўтказиш ♦ Кимётерапия: винбластин, цисплатин ва блеомицин билан 3 – 4 жадал курслар ♦ Пушт хужайраларидан нодисгерминомали ўсмалар ✦ IА босқичи: хирургик даво ✦ Ҳамма бошқа ҳолларда: дисгерминомадаги каби кимётерапия.

ХКК – 10 • С56 Тухумдоннинг хавfli ўсмаси • **С79.6** Тухумдоннинг иккиламчи хавfli ўсмаси • **D07.3** Бошқа аёллар жинсий аъзоларининг in situ раки • **D27** Тухумдоннинг хавфсиз ўсмаси • **D39.1** Тухумдоннинг характери номаълум ёки ноаниқ ўсмаси.

КИЧИК ЧАНОҚ АЪЗОЛАРИНИНГ ЯЛЛИҒЛАНИШ КАСАЛЛИКЛАРИ

Аёллар жинсий аъзолари юқори бўлими – кичик чаноқ аъзоларининг яллиғланиш касалликларига (КЧАЯК) • Эндометрит • Сальпингит • Оофорит • Миоетрит • Пельвиоперитонитлар киради.

Статистик маълумотлар. Учраши – жинсий фаол аёлларнинг 1 – 2 % ида. **Этиологияси** • Жинсий йўл билан юкадиган касалликлар (ЖЙБЮК) • Бачадон ичи воситалари (БИВ) • КЧАЯК – полимикроб инфекциялар ♦ *Neisseria gonorrhoeae* ♦ *Cladial trachomatis* ♦ Эндоген аэроб бактериялар: *Esherichia coli*, *Proteus*, *Klebseilla*, *Streptococcus* ♦ Эндоген анаэроб бактериялар: *Bacteriodes*, *Peptostreptococcus*, *Peptococcus* ♦ *Mycoplasma hominis* ва *Ureaplasma urealyticum*, *Actinomyces israelii* ♦ Гранулематоз сальпингит ♦ сальпингити – КЧАЯК билан огриган беморларнинг 10 – 11 % ида учрайди ♦ Мохов сальпингити ♦ Актиномикоз ўткир аппендицит, ошқозон – ичак йўли касалликлари ёки БИВ дан кейин иккиламчи ривожланади ♦ Ёт жисм туфайли келиб чиққан сальпингит (гистеросальпингография учун гидрофоб контраст модда қўлланиш, қинга крахмал, тальк ва минерал мой киритиш) ривожланади • Гранулематоз бўлмаган сальпингит қорин бўшлиғининг бошқа ҳар қандай бактериал инфекцияси заманида, масалан, ўткир аппендицит, дивертикулит, Крон касаллиги, холециститда иккиламчи келиб чиқади.

Патогенези • КЧАЯК ривожланишидан олдин одатда қинга ва бачадон бўйнига шартли – патоген флора тушади • Белгисиз бактерия ташувчилик бир неча ой ёки йил давом этиши мумкин • Туртки бўладиган омил таъсири остида бактериялар бачадон орқали найлар бўшлиғига ўтади • Одатда жараён икки томонлама бўлади.

Туртки бўладиган омиллар • Хайз кўриш. Қон ва ажралиб тушган эндометрий – микроблар учун яхши озик муҳити ҳисобланади. 60 % ҳолларда ўткир КЧАЯК дарҳол хайздан кейин ривожланади • Жинсий алоқа. Миометрий қисқариши инфекциянинг кўтарилишига сабаб бўлади • Ятроген сабаблар(тиббий аборт, бачадон бўйнини кенгайтириш ва кюретаж, БИВ қўйиш, гистеросальпингография, бачадон бўшлиғига радиоактив моддаларни даволаш мақсадида киритиш).

Патоморфологияси • Эндосальпингит ♦ Гиперемия, шиш, микроциркуляция бузилиши. Улар бачадон бўшлиғида шиллиқ парда хужайралари ва уларнинг шокилаларининг токсинлар таъсирида емирилишига олиб келади ♦ Жараён одатда икки томонлама, баъзан бир томонлама бўлиши ҳам мумкин ♦ Яллиғланиш мушак ва сероз қаватларга ҳам тарқалади ♦ Бачадон найининг қорин учи орқали инфекция қорин бўшлиғига тушиши ҳам мумкин, бунда тухумдонларни қоплаб турувчи эпителий ва қорин парданинг бир қисми зарарланади • Оофорит ♦ Яллиғланиш жараёни тухумдонлар юзасида бўлади ♦ Кейинчалик фолликулларнинг дондор пардаси инфекцияланади ва тухумдон ичида микроабсцесслар шаклланади • Пельвиоперитонит инфекцияли жараённинг бутун қорин бўшлиғига тўғридан – тўғри ёки лимфоген йўл билан тарқалиши натижасида ривожланади • Перигепатит қориннинг ўнг юқори квадрантида битишмалар ҳо бўлиши билан кечади (Фитц – Хью – Кёртис синдроми) • Туберкулёздан зарарланиш ♦ Макроскопик кўриниши: бачадон найи «кисет» (ёнчик) кўринишида, катталашган, шишган, кенгайган, бачадон учи ёпилган, шокилалар шишган ва катталашган ♦ Микроскопда кўриниши: туберкулёз дўмбоқларида эпителиоид реакция, продуктив яллиғланиб, гигант хужайралар борлиги, чандикланиш • Мохов: Лангерханс гигант хужайралари, эпителиоид хужайралар • Актиномикоз ♦ Макроскоп кўриниши: яллиғланиш, ортикларнинг некрози ♦ Микроскопда кўриниши: актиномикоз олтингугурт гранулалар, учи қалинлашган радиал тўғноғичсимон ипчалар (актиномицетлар), моноцитлардан инфилтрация, гигант хужайралар • Шистосомоз ♦ Макроскопик: найлар, тухумдонларнинг специфик бўлмаган яллиғланиши ♦ Микроскопда: гранулематоз тузилмалар, гигант хужайралар.

Клиник кўриниши

- КЧАЯК белгилари нисбатан носпецифик, бу эса кўпинча диагностик хатоларга олиб келади.
- Белгилар аксарият ҳолларда хайз вақтида ёки ундан кейин ўткирлашади ♦ Қорин пастида оғриқ ♦ Ортиклар соҳасида оғриқ ♦ Иситма ♦ Кўнгил айнаши ва қайт қилиш ♦ Дизурия ♦ Қиндан ёмон ҳидли ажралма келиши ♦ Бачадон ортиклари соҳасида ўсмасимон тузилма пайпасланиши.
- Сил сальпингитида ♦ Анамнезда ўпка и ♦ Оиласида касаллиги билан оғриган беморлар ♦ Қорин пастида кучли бўлмаган оғриқлар ♦ Бепуштлик ♦ Аменорея ♦ Бачадон, унинг бўйни ва қин олди соҳаларида зичлашган тузилмалар топилиши.

Лаборатор текширишлар • Ўткир

КЧАЯК билан касалланган

аёлларнинг 50 % ида лейкоцитлар $10 \times 10^9/\text{л}$ гача кўпаяди • КЧАЯК аниқланган аёлларнинг 75 % ЭЧТ ошади.

Махсус текширишлар • Бачадон бўйни шиллиғини Грам усулида бўйаш • Торпид ва сурункали кечганда олдин кузатилиб, 24, 48 ва 72 соатлардан кейин барча шубҳали ўчоқлардан суртма олинади • УТТ бачадон найларининг халтали тузилмаларини, нормал ёки эктопик ҳомиладорликни аниқлашда қўлланилади • β – хориал гонадотропин концентрациясини аниқлаш эктопик ҳомиладорликни истисно қилишга ёрдам беради • Кульдоцентез • Лапароскопия.

Дифференциал диагностикаси • Эктопик ҳомиладорлик • Тухумдон кистаси ёрилиши • Ўткир аппендицит • Эндометриоз • Ичакларнинг яллиғланиш касалликлари • Фибромиома некрози • Ўз – ўзидан бола тушиши • Дивертикулит.

ДАВОЛАШ

Шифохонага ётқизишга кўрсатмалар • Ўткир хирургик касалликни истисно қилиш заруриятида • Бемор оғир аҳволда бўлганда (қайт қилиш, сувсизланиш, гипертермия, перитонит белгилари) • Ҳомиладорлик • Амбулатор даво самарасизлигида.

Оилавий поликлиника ва ҚВПларда даволаш. Микрофлоранинг сезгирлигини ҳисобга олган ҳолда антибактериал даво ўтказиш. Кўпинча қуйидаги препаратлар қўлланилади • Бензилпенициллин (натрийли тузи) 4 800 000 ТБ. м/о икки марта • Ампициллин 3,5 г/кунига м/о.

Шифохонада даволаш • Бошланғич босқичларда – консерватив даво ўтказилади ♦ Юқори дозаларда антибиотиклар ✦ Доксициклин 100 мг. дан вена ичига томчилаб, кунига 2 маҳал ✦ Клиндамицин 600 мг. дан вена ичига томчилаб, кунига 4 маҳал ✦ Гентамицин 2,0 мг/кг/кунига вена ичига ✦ Метронидазол – 1,0 г. вена ичига кунига 2 марта ♦ Клиник яхшиланишда даволаш гентамицин билан қувватлаб турилади (1,5 мг/кг. в/и кунига 3 маҳал) ♦ Даволаш касаллик белгилари йўқолгунча давом эттирилади (7 – 14 кун) ♦ Сўзакнинг тузалганлик мезони – комплекс даволаш ва кўзғатишдан кейин 3 ҳайз цикли давомида суртмада гонококкларнинг мутлақо бўлмаслиги • 48 – 72 соат давомида антибиотиклар билан ўтказилган терапия самара бермаганда хирургик даво буюрилади ♦ Кольпотомия ва чанок абсцессларини дренажлаш ♦ Лапаротомия бир томонлама сальпингофорэктомия, тотал абдоминал гистерэктомия, икки томонлама сальпингофорэктомия ва кичик чанок бўшлиғини дренажлаш.

Асоратлари. Ўткир КЧАЯК бўлган аёлларнинг 25 % асоратлар учрайди

Гидросальпинкс • Пиосальпинкс • Бачадон найларининг қисман тутилиши • Бачадон найларининг тўла тутилиши ва бепуштлиқ • Эктопик ҳомиладорлик •

Най олди ва тухумдон олди битишмалари • Най – тухумдон абсцесслари • Абсцесс ёрилишлари ва улар натижасида сепсис ва перитонитлар ривожланиши.

Прогнози • Ўлим кўрсаткичи паст • Оғир ҳолларда септик шок ва ўлим кузатилиши мумкин • Туберкулёзда прогноз яхши, аммо кўпинча бепуштлик рўй беради.

Профилактикаси • Перорал контрацептивлар (масалан, этинилэстрадиол + диенөгест, этинилэстрадиол + ципротерон) куйидаги сабабларга кўра КЧАЯК дан ҳимоя қилади ♦ Ҳайз пайтида қон йўқотишни камайтиради ♦ Бачадон бўйни шиллиғининг ҳолати ўзгаради, бу эса бактериялар тушишига тўсқинлик қилади ♦ Контрацепциянинг барьер усуллари (диафрагма, презерватив, губкалар) ♦ Спермицидлар ҳам бактерицид хусусиятга эга ♦ БИВ КЧАЯК ривожланиш хавфини оширади (йилига ҳар 100 аёлга 5,21 ходиса).

ХКК – 10 • **N70** Сальпингит ва оофорит • **N71** Бачадоннинг яллиғланиш касалликлари, бачадон бўйнидан ташқари • **N72** Бачадон бўйни яллиғланиш касалликлари • **N73** Аёл кичик чаноғ аъзоларининг бошқа яллиғланиш касалликлари • **N74*** Аёл чаноқ аъзоларининг бошқа бобларда таснифланган яллиғланиш касалликлари.

МЕНСТРУАЦИЯ ОЛДИ СИНДРОМИ

Менструация олди синдроми – турли хил белгилар йиғиндиси бўлиб, менструация даврида бирдан қон келишининг тўхташидир.

Этиологияси. Менструация олди синдроми прогестерон, эстрогенлар, пролактин, альдостерон ва минералокортикоидлар ўртасидаги мувозанатнинг бузилишига, шунингдек MAO активлиги ўзгаришига боғлиқ.

Хавфли омиллар • Депрессия, стресс • Кофеин ва кўп суюқлик қабул қилганда менструация олди синдроми белгилари кучаяди • Менструация олди синдроми ёшга боғлиқ ҳолда ўсиб боради • Асаб тизимининг барқарорлигига боғлиқ бўлмаган ҳолда келиб чиқиши мумкин.

Клиник манзараси турли хил • Қорин дам бўлиши • Безовталиқ • Сут безининг қаттиқланиши • Бош оғриши • Уйқу бузилиши • Депрессия ҳолати • Ҳолсизлик • Қўзғалувчанлик • Тана вазнининг ортиши • Шишлар • Инжиқлик.

Диагностикаси. Клиник белгилари кучайиши ва фолликуляр босқичдаги менструал – овариал циклнинг йўқлигини тасдиқлаш зарур. Бунинг учун бемор икки ва бундан ортиқ ой мобайнида сўраб суриштирилади.

ДАВОЛАШ

Умумий тадбирлар • Мунтазам жисмоний машқлар • Психотерапия.

Парҳез. Умумий рационда туз, суюқликлар ва кофеин миқдори камайтирилади, калий сақловчи (карам, майиз, картошка, туршак) маҳсулотлар истеъмоли кўпайтирилади.

Дорилар билан даволаш • Диуретиклар (масалан гидрохлортиазид кунда 50–100 мг.) менструация олди синдроми клиник белгилари пайдо бўлишидан бир неча кун олдин • Гормонал терапия ♦ Перорал контрацептивлар (этинилэстрадиол + гестоден, этинилэстрадиол – диеногест) ♦ Прогестерон 200 – 400 мг. кунда қин ичига ёки 5 – 10 мг. м/о менструациядан 10 – 12 кун олдин ♦ Узоқ таъсирга эга прогестинлар, масалан, медроксипрогестерон 200 мг. м/о ҳар 2 – 3 ойда • Қўзғалувчанлик ошганда транквилизаторлар уйқудан олдин • Пиридоксин 200 мг. м/о га ҳар куни • Магний препаратлари кунда 300 – 500 мг. • Оғриқ қолдириш учун – ЯҚНДВ.

Синоним. Менструация олди зўриқиши.

ХКК – 10 • N94.3 Менструация олди зўриқиши синдроми.

ЁРҒОҚДАГИ ОҒРИҚ

СИЙДИК-ТАНО ТИЗИМИ АЪЗОЛАРИНИНГ ЖАРОҲАТЛАРИ

Сийдик тано аъзолари жароҳатлари камдан – кам ҳолларда чегараланган бўлади. Мураккаб ва қўшма жароҳатларда урологик патологияни истисно қилиш лозим. Энг кўп сабабларидан бири қорин аъзоларининг ёпиқ жароҳатлари. Буйрак жароҳатларининг турлари: контузиялар, миясимон қават ва жомларнинг ёрилиши, буйракнинг бутунлай узилиши ёки қон – томир тутамини зарарланиши. Чегараланган мураккаб ва қўшма жароҳатларнинг асосий сабаблари кўча – транспорт ҳодисалари, баландликдан йиқилиш, кам ҳолларда ўқотар қуролдан ва пичоқдан жароҳатланишлар.

БУЙРАКНИНГ ЗАРАРЛАНИШИ

- **Классификацияси** ♦ I даражаси: буйрак лат ейиши (кўп паренхиматоз қон қуйилиши), чегараланган капсула ости гематомаси (паренхима ёрилишисиз) ♦ II даражаси: чегараланган буйрак атрофи гематомаси, буйрак паренхимаси ёрилиши – <1см. (буйрак бўшлиқ тизимига кирмаган) ♦ III даражаси: буйрак паренхимаси ёрилиши – >1 см. (буйрак бўшлиқларига кирмаган) ♦ IV даражаси: буйрак паренхимасининг буйрак бўшлиқларига ёриб кирувчи ёрилиши, буйрак катта артериялари ва веналари зарарланиши билан ♦ V даражаси: буйракни бутунлай мажакланиши ва оёқчасидан бутунлай узилиб кетиши.
- **Клиник манзараси.** Гематурия – жараённинг оғир-енгиллигига ва кечишига кўра ҳар хил бўлади. Қориндаги оғриқ, ҳолсизлик, шок ва бошқа белгилар ўткир қорин ва буйрак санчиғини намоён қилади. Бел соҳасида маҳаллий шиш кузатилиши мумкин. Буйрак оғир жароҳатининг энг ёрқин белгилари - сохта ўткир қорин, макрогематурия, УТТ да ёки пайпаслаганда аниқланадиган

урогематома. Буйрак узилиб кетганда фақат гематуриядан ташқари ушбу барча белгилар кузатилади.

- **Диагностикаси** ♦ Буйракнинг жароҳат туфайли зарарланганлигига тахминий белгилар (субкапсуляр гематома, буйрак атрофи урогематомаси ёки аъзо фрагментацияси) ни УТТ да аниқлаш мумкин ♦ Экскретор урография энг маълумотли, лекин АБ 80 мм. сим.уст. га тенг бўлиши бундай текширув ўтказишга қарши кўрсатма ♦ Буйракнинг қон томирлари ангиографияси улардаги жароҳатларни текширишнинг энг самаралиси ҳисобланади ♦ КТ (айниқса контрастли текшириш) паренхиманинг жароҳатларини ишончли аниқлайди.
- **Асоратлари.** Кечки кон кетиши, уринома (сийдик сақловчи киста), паранефрал абсцесс, уретра обструкцияси (ивинди ёки чандиқ пайдо бўлиши билан боғлиқ бўлади) ва артериал гипертензия.
- **Даволаш ва прогнози.** Консерватив – қон томирлар зарарланиши ва кўп қон кетишни истисно қилган ҳолда. Оғир ҳолларда хирургик даволаш талаб қилинади. Экскретор урография натижасида буйрак контраст моддасининг сийдик йўлларида ташқарига чиқиб кетиши ва ўсиб борувчи урогематома аниқланганда хирургик даволаш кўрсатилган. Бундай ҳолда буйрак ва қорин парда орти бўшлиғида тафтиш ўтказилади. Операциянинг ҳажми унинг натижасига боғлиқ бўлади – буйрак жароҳатини тикиш, буйрак резекцияси ёки нефрэктомия.

Буйракнинг очик жароҳати – ўқотар қуролдан жароҳат, тешиб ўтувчи ва кеган жароҳатлар • **Клиник кўриниши:** кўпинча шок ҳолати, гематурия ва жароҳатда сийдик бўлиши • **Диагностикаси:** экскретор урография, УТТ • **Даволаш** – хирургик: жароҳатга бирламчи ишлов бериш, қорин парда орти бўшлиғини тафтиш қилиш. Операция ҳажми аниқланган жароҳатнинг даражасига боғлиқ.

Сийдик пуфаги (қовуқ) зарарланишлари • Классификацияси. Сийдик пуфаги жароҳатларининг очик ва ёпиқ турлари фарқланади. Шунингдек, ёпиқ жароҳатлар қорин парда ичи ва ундан ташқари бўлган жароҳатларга бўлинади. Қорин парда ичи зарарланишлари тўла ёки тўлиб кетган сийдик пуфаги соҳасининг боиши, эзилиши натижасида юзага келади, бунда сийдик пуфаги ичи босими ошади ва пуфак ёрилади • Қорин пардадан ташқари зарарланиши фақатгина чаноқ суякларининг синганда юзага келади. Бунда сийдик пуфаги унча тўла бўлмаган ҳолатда бўлади • Очик жароҳатларга асосан ўқотар қуролдан шикастланиш ёки тешилган – йиртилган жароҳатлар сабаб бўлади • **Клиник манзараси** ♦ Анурия ♦ Гематурия ♦ Сийдик пуфаги зарарланиши кўпинча чаноқ суяклар синиши билан бирга келади ♦ Обьектив текширишда қорин пайпасланганда оғриқ, қорин мушаклари таранглиги аниқланади ♦ **Диагностикаси.** Кенг кўламли рентгенографияда кўшилиб келган чаноқ суякларининг синиши. Сийдик пуфаги ёрилганлигини ретроград цистография энг ишончли аниқлаб беради ♦ Сийдик пуфаги контраст модда билан тўлдирилади (тахминан 300 мл.) ♦ Рентгенография сийдик пуфаги тўла бўлганда ва у бўшатиладигач бажарилади. Бунда аъзодан ташқарида (қорин бўшлиғида, кичик тос соҳасида) контраст модда излари аниқланади • **Даволаш** • Шокка қарши чора-

тадбирлар ♦ Хирургик даволаш: лапаротомия амалга оширилади, сийдик пуфаги ёриғи тикилади, эпицистостомия ўтказилади.

Уретра шикастланиши (чавандозлар жароҳати) • **Клиник манзараси.** Классик белгилари: ♦ Сийдик чиқарув каналидан қон ажралиши ♦ Оралиқ юмшоқ тўқимасида қонталаш бўлиши ♦ Сийишнинг қийинлашуви ♦ Қорин пасти соҳасида инфильтрат, гематома аниқланиши ♦ Қўшилиб келувчи тос суякларининг синиши ♦ **Диагностикаси.** Ретроград уретрография афзалроқ. Уретрани катетерлашда унинг тўлиқ ёрилиши хавфи бор • **Даволаш.** Агар уретранинг шикастланиши қайд қилинган бўлса, даволашнинг биринчи ва кечиктириб бўлмас босқичи сифатида кейинчалик уретра ўтказувчанлигини тиклаш билан эпицистостомия ўтказиш лозим. Жароҳатли ёрилишни даволашнинг афзалроқ усули – сийдик чиқариш каналига бирламчи чок қўйишдир.

Жинсий олат шикастланишлари • Ёпиқ шикастланишлар: лат ейиш (турган эркаклик олатига жароҳатловчи омил таъсири натижасида), оқ қобикнинг ёрилиши, синиш, чиқиш, (турган эркаклик олатига таъсир натижасида) эркаклик олатининг (олатни ип, сим, халқасимон мосламалар билан тортиш натижасида) сиқилиши. ♦ **Клиник манзараси** Лат ейишда: кескин шиш, тери ва тери ости тўқимаси гематомаси. Синишда ўзига хос қисирлашнинг эшитилиши, кучли оғриқ, эрекциянинг тугаши, мабодо бир вақтнинг ўзида уретра ҳам шикастланган бўлса – сийдик ажралишининг бузилиши, уретрагагия. Чиқишларда: жинсий олат томирининг оралиқ тўқима томон жиши, веноз чуқурча атрофидаги олат терисининг унинг бошчасидан узилиши ♦ **Диагностикаси** анамнезга ва клиник манзарага асосланади Оқ қобикнинг узилганлигини тасдиқлаш учун кавернозография ўтказилади. • **Даволаш** ♦ Лат ейишда – тинчлик маҳаллий совуқ. Оқ қобик узилишида, синишда, чиқишда – хирургик даволаш ♦ **Жинсий олат эзилишида** – уни эзувчи нарсдан озод қилиш • **Очиқ шикастланишлар:** кеган ва ўқ отиш қуроллари таъсиридаги яралар. **Даволаш** доимо хирургик: яраларга бирламчи хирургик ишлов бериш, имкони бўлганда – аъзони сақловчи операция. Кейинчалик заруратдан келиб чиқиб пластик операциялар.

Ёрғоқ ва моякларнинг зарарланиши. Шикастланиш аксарият ҳолларда тешиб кировчи ёки тўмтоқ • **Клиник кўриниши.** Шикастланган соҳада оғриқ. Кўрилганда шиш, тери гиперемияси, гематоманинг аниқланиши. • **Диагностикаси** – УТТ • **Даволаш** ♦ Консерватив даво одатда мояклар сақланганда ва клиник кечишида салбий ҳолат кузатилмаганда амалга оширилади • **Хирургик ишлов бериш:** ёрғоқ териси тикланади, жароҳатлар тикилади ва дренаж қўйилади. Кўрсатмалар: ♦ кучайиб борувчи гематома ♦ ёрғоқнинг ўта эзилиши ёрғоқ жароҳатининг чуқур, мушак тўқимасигача кириб бориши.

ХКК-10 • **S30.2** Ташқи жинсий аъзоларнинг шикастланиши • **S31** Қорин, бел пастки қисми ва чаноқ аъзоларининг очик жароҳатланиши • **S37** Чаноқ аъзоларининг шикастланиши • **S38.0** Ташқи жинсий аъзоларнинг ўта эзилиши **S38.2** Ташқи жинсий аъзоларнинг шикастланиши натижасидаги ампутацияси.

**МОЯКДАГИ ОҒРИҚ
АСОСИЙ ҚОИДАЛАР**

Уролог маслахатига зарурат.

- Уруғдон буралиб қолишини зудлик билан аниқлаш ва даволаш (уруғдон буралиб қолишини доим болалар ва сексуал фаол бўлмаган ёш эркакларда келиб чиқиши эҳтимолини тахмин қилиш).
- Эпидидимитни антибиотиклар тавсия қилиб даволаш.
- Моякда узоқ давом этувчи ва қайталанувчи оғриқнинг сабаби варикоцеле бўлиши мумкин.
- Шунингдек оғриқ узатилиши простатитда ҳам кузатилади.

ОРХИТ

- Шиш бевосита моякда жойлашади.
- Эмлаш (вакцинация) натижасида эпидемик паротит билан касалланиш кўрсаткичи паст бўлган мамлакатларда орхит ниҳоятда кам учрайди.
- Орхит ва моякнинг буралиб қолишини дифференциал диагностикаси мураккаб (диагноз қўйишда ҳатто арзимаган шубҳа бўлса ҳам беморларни зудлик билан шифохонага ётқизиш лозим).
- Текширув.
- ◆ Эпидемик паротит қўзғатувчисига серологик текширув (жуфт зардоблар).
- ◆ Даволаш.
- Оғриқ синдромини камайтириш.

ВАРИКОЦЕЛЕ

- Ёш эркаклардаги асосий белгилари – оғриқ ва фертил фаолиятнинг бузилиши.

МОЯКНИНГ БУРАЛИБ ҚОЛИШИ

Моякнинг буралиб қолиши – патологик ҳолат бўлиб унинг жуда ҳаракатчанлиги билан боғлиқдир.

Учраши Урологик клиникаларда касалларнинг 500 тадан биттасида учрайди. Ҳаётнинг биринчи 10-йиллигида 20% ҳолатларда, 50% эса жинсий балоғат ёшигача учрайди.

Классификацияси: ● Моякнинг қиндан (қорин пардаси қини) ташқари буралиб қолиши. Кўпинча бир ёшгача бўлган болаларда учрайди.

Этиологияси ● Моякнинг ёрғоқ тубига нормал мустаҳкамланмаганлиги.

- Моякнинг буралиб қолиши, унинг чов каналида қолиб кетиши, ёки ёрғоққа кеч тушиши (ёрғоқ нормал жойлашган ҳолатларда ҳам кузатилиши мумкин).
- Қўзғатувчи омиллар: сакраш, кескин ҳаракатлар, қорин мушаклари таранглигининг зўрайиши, лат ейиши.

Патогенези: ● Моякнинг вертикал ўқи бўйлаб буралиши натижасида кузатилади. Мояк уруғ тизимчаси билан >180 градус буралса унда қон айланиши бузилади, қўп сонли қон қуйилишлар, уруғ тизимчаси веналари тромбози, мояк хусусий қобик бўшлиғида сероз – геморрагик трансудат йиғилиши кузатилади.

Клиник манзараси ва диагностикаси ● Асосий белгиси – ёрғоқ ярмига мос келувчи моякда тўсатдан кучли оғриқ (баъзан кўнгил айнаши ва қусиш билан кечади). Уруғ тизимчаси канали калталаниши сабабли мояк ёрғоқнинг юқори қисмида пайпасланади. Баъзан буралган ортиқ мояк олдида жойлашади. Уруғ

тизимчаси буралган жойда қалинлашади, натижада ёрғоқда шиш ва гиперемия кузатилади.

Дифференциал диагностикаси. Мояк ва ортиқларининг яллиғланиш касалликлари.

Даволаш: Шошилинч хирургик даволаш: скрототомия, моякни яланғочлаш, уруғ тизимчасини қайта бураш, моякни нормал ҳолатга келтириш ва ёрғоққа мустаҳкамлаш. Мояк тўлиқ некрозга учраган ҳолларда олиб ташланади.

Прогнози:

Агар хирургик операция мояк буралишидан 3-6 соат ўтгандан сўнг бажарилса, унинг инфаркти ривожланади ва кейинчалик тўлиқ атрофияга учрайди.

ХКК - 10 • N 44 Моякнинг буралиб қолиши.

ЭПИДИДИМИТ

Эпидидимит –мояк ортиғининг яллиғланиши. У алоҳида ёки моякнинг яллиғланиши – орхоэпидидимит ҳолида учраши мумкин.

Классификацияси: • Носпецефик ♦ Инфекцияли ♦ Бактериал ♦ Вирусли ♦ Микоплазмали ♦ Хламидияли ♦ Некротик – инфекцияли ♦ Гидатидларнинг буралиб қолиши ва некрози ♦ Моякнинг чала буралиб қолиши ♦ Гранулематозли ♦ Шикастланиш натижасида ♦ Димланган ♦ Специфик ♦ Гонореяли ♦ Трихомонозли ♦ ли.

Хавф омиллари: • Уретрит ва простатит ♦ Сексуал кутилмаган ҳолатлар ва кучли қабзиятлар ♦ Геморрой ♦ Ёрғоқнинг жароҳатлари.

Клиник манзараси касалликнинг кечиши билан боғлиқ • Ўткир ♦ Моякда тўсатдан оғриқ пайдо бўлиши; ортиқ катталашган, таранглашган, кескин оғриқли. Абцесслашган ҳолларда юмшоқ ўчоқ пайдо бўлиши • Тана ҳароратининг 40° С.гача кўтарилиши • Сурункали. Моякда жисмоний зўриқишда кучаювчи доимий бўлмаган оғриқлар • Мояк ортиғи бироз катталашган ва оғриқли.

Лаборотор текширишлар • Қоннинг умумий анализи-ўткир эпидидимитда: лейкоцитоз, лейкоцитлар формуласининг чапга жиши • ЭЧТ ошиши. Умумий сийдик анализида - лейкоцитурия, гематурия, ҳақиқий бактериурия.

Махсус текширишлар • Ёрғоқни УТТ ♦ Мояк ортиғи катталаниши • Абцесслар аниқланиши ♦ Мояк ортиғи биопсияси.

Дифференциал диагностикаси Мояк ортиғининг захм касаллиги натижасида зарарланиши (кўпинча учламчи захмда ортиқнинг бир томонлама зарарланиши кузатилади) Мояк ортиғининг ўсмаси.

ДАВОЛАШ

Олиб бориш тамойиллари

Ўткир эпидидимит ♦ Тўшак режими ♦ Инфекцион эпидидимитда этиотроп даво ♦ Хламидиозли эпидидимитда (одатда 35 ёшгача бўлган эркеклар) – доксациллин 100 мг. дан кунига 2 марта ёки тетрациклин 500 мг. дан кунига 4 марта ичиш учун 10 кун давомида • Бактериал эпидидимитда – ко-тримоксазол 1 таблеткадан кунига 2 марта ёки ципрофлоксацин 500 мг. дан кунига 2 марта 10-14 кун давомида ♦ Сепсисга шубҳа бўлганда (бактериологик текширув натижаси олингунча) 3 чи авлод цефалоспоринлари (масалан, цефтриаксон 1,0-2,0 гр.дан вена ичига ёки

мушак орасига ҳар 24 соатда) ёки аминогликозидлар (масалан, гентамицин 2мг/кг., кейин 1мг/кг.дан вена ичига ёки мушак орасига ҳар 8 соатда; дозаси бўйрак функциясига боғлиқ ҳолда танланади ♦ Оғрикни қолдириш учун – ЯҚНДВ (напроксен ёки ибупрофен), парацетамол кодеин билан, кун ора уруғ тизимчасига новокаинли блокада.

• Сурункали эпидидимит. Жинсий алоқадан сақланиш Суспензория тақиб юриш • Антибактериал терапия.

Хирургик даволаш • Мояк ортиғи абцессини дренажлаш ♦ Тарқалган ўткир йирингли эпидидимитда ва унинг қари кишиларда қатъий сурункали кечишида ♦ Эпидидимэктомия.

Асоратлари • Сепсис • Орхит • Бепуштлик.

Прогнози ижобий.

ХКК -10 • N45 Орхит ва эпидидимит.

ГИДРОЦЕЛЕ

Гидроцеле – моякнинг париетал ва висцерал қорин пардаси қин қобиклари оралиғида сероз суюқлигининг йиғилиши.

Классификацияси • Туғма (қорин бўшлиғи билан битмаган қорин пардаси ортиғи орқали алоқа бўлиши) ♦ Ўткир ♦ Сурункали ♦ Орттирилган (қорин бўшлиғи билан алоқадор бўлмаган) ♦ Ўткир Сурункали.

Этиологияси ва патогенези

Туғма гидроцеле. Қорин пардаси ортиғи битмаганлиги туфайли мояк ёки унинг ортиғининг хусусий қобиклари орасида сероз суюқлиги йиғила бошлайди. Одатда алоқали гидроцеле аста – секинлик билан сезилмай ривожланади. • Туғма гидроцеленинг бошқа бир сабаби - мояк қобиклари лимфа тизимининг яхши ривожланмаганлиги бўлиши мумкин. • Ўткир гидроцеле қорин пардаси қин тор ортиғининг кутилмаганда қииб қолиши натижасида юзага келади.

• Орттирилган гидроцеле. ♦ Ўткир гидроцеле шикастланишдан сўнг ёрғок аъзоларининг ўткир яллиғланишлари ёки ўткир респиратор вирусли инфекцияларидан кейин пайдо бўлади • Қобикларида сероз - йирингли ёки сероз - геморрагик экссудат йиғилади. Сурункали гидроцеле сездирмасдан ривожланади, субъектив сезгилар кузатилмайди. Бунинг замирида - моякнинг хусусий қин ортиғи қаватлари орасида пайдо бўлган сезилмас сероз ёки сероз - фибриноз характерли яллиғланиш ётади. Склеротик ўзгаришлар натижасида мояк қобиклари қалинлашиши мумкин • Яллиғланиш жараёни хусусий қин қобиғи бўшлиғида экссудатив суюқлиги пайдо бўлишига шароит туғдиради ва қобиклардан суюқликнинг қайта сўрилишини бузади. • Агар қин ўсимтаси бутун бошли бўлиб облитерацияга учрамай алоҳида жойларида битса, уруғ тизимчаси бўйлаб, тиниқ суюқлик билан тўлиб турган бўшлиқлар пайдо бўлади – фуникулоцеле.

Клиник манзараси • Моякнинг ўткир гидроцелеси - юқори ҳарорат, мояк ва унинг ортиғида кескин оғрик ♦ Ёрғокнинг тегишли ярмида қизариш ва шиш ♦ Ёрғокнинг катталашиши ♦ Моякнинг сурункали гидроцелеси ♦ Ёрғокнинг бир

ёки иккала томонининг катталашиши • Ноксимон шаклидаги шиш ♦ Моякнинг орқага ёки пастга қиши • Ёрғоқнинг ҳажми катталашиб борган сари уруғ тизимчаси бўйлаб симилловчи оғриқ пайдо бўлади, у юришга ва жинсий алоқага халақит беради • Гидроцеле анча ривожланса тери таранглашади, пайпаслаш пайтида флюктуация аниқланади, перкуссия қилинганда буғиқ товуш эшитилади • Қоринга алоқадор гидроцеледа бемор горизонтал ҳолатда ётганда ёки ёрғоқ босиб кўрилганда ундаги шиш қайтади.

Текшириш усуллари • Диафаноскопия – ўтаётган нурлар ёрдамида гидроцеле аниқ кўринади. • УТТ – қоринга алоқадор гидроцеле ва чов-ёрғоқ чурраси дифференциал диагноз қилинади.

Дифференциал диагностикаси • Чурра • Ўсма ва мояк гуммаси.

Даволаш. Оператив даволаш усули устувор ҳисобланади Пункция ва инъекция усуллари билан даолаш радикал хирургик даволашга монеликлар бўлганда кўлланилади (тез-тез кайталаниши ва асоратларнинг кўпайиши) •

Монеликлар – юрак қон-томир, нафас ва бошқа тизимларнинг оғир йўлдош касалликлари • Бундай беморларда гидроцелени пункция усули билан даволаш кўлланилади • Операция турлари: Бергман операцияси – моякни қин қобиғининг ташқи варағини кесиш. Винкельман усули – мояк қобиқларини тикиш ♦ Мояк қобиқлари тўнкарилиб, уларнинг чаккалари мояк ортиғи ортида тикилади ♦ Операциядан кейин одатда тўлиқ соғайиш кузатилади.

ХКК – 10 N43 Гидроцеле ва сперматоцеле.

МОЯК РАКИ

Учраши: мояк раки эркакларда учрайдиган зарарли ўсмаларнинг 1% ни ташкил қилиб, кўпинча ёшларда кузатилади. Касаллик: 2001 йилда ҳар 100 000 эркакка 1,9 та тўғри келган. Унга олиб келувчи омиллар крипторхизм, гипоплазия ва жароҳатланиш.

Классификацияси • Патогисталогик: ♦ Герменоген келиб чиққан ўсмалар (92-95%) ✦ Интратубуляр эмбрионал хужайралар неоплазмаси ✦ Семинома ✦ Сперматоцитар семинома ✦ Эмбрионал рак ✦ Сарик халта ўсмаси ✦ Хорикарцинома ✦ Тератома ✦ Полиэмбриома • Жинсий тутам стромаси ўсмалари ✦ Ляйдиг хужайралар ўсмаси ✦ Сертоли хужайралари ўсмаси ✦ Гранулез хужайрали ўсма ♦ Аралаш ўсмалар ♦ Дифференциаллашмаган ўсмалар • **TNM классификацияни** фақат герменоген мояк ўсмалари учун қўллаш мумкин. Диагноз гистологик жиҳатдан тасдиқланган ва ўсманинг морфологик турлари аниқланган бўлиши керак. TNM аниқлаш учун клиник текшириш ва радикал орхидэктомия бажарилиши лозим. Орхидэктомия қилингандан кейин патоморфологик босқич аниқланади (p TNM) ва ўсманинг энг катта ўлчамлари кўрсатилади ♦ Бирламчи ўчоқ ✦ T_x - бирламчи ўсмани аниқлаш учун маълумотлар етарли эмас (орхидэктомия ўтказилмаган) ✦ T₀- бирламчи ўсма аниқланмайди (биопсиядан кейин чандиқ гистологик аниқланади) ✦ T_{is} – рак in situ ✦ T₁- ўсма мояк ва ўсимта билан чегараланган, қон томир/ лимфа инвазияси йўқ, ўсма моякнинг оқ қобиғига ўсиб кириши мумкин, аммо қин қобиғига эмас ✦ T₂ - ўсма мояк ва ўсимта билан чегараланган, қон томир/лимфа инвазияси мавжуд,

Ўсма мойкнинг оқ қобиғи орқали ўсиб ўтиб, қин қобиғига ўсиб киради ✦
 T_3 - ўсма уруғ тизмасига ўсиб киради ✦ T_4 - ўсма ёрғоққа ўсиб киради ✦ Регионар
 лимфа тугунлар ✦ N_x - регионар лимфа тугунларни баҳолаш мумкин эмас ✦ N_0
 - регионар лимфа тугунларда метастаз йўқ ✦ N_1 -метастатик ўчоқ диаметри 2 см.
 дан катта эмас; pN_1 - 5 тагача тугун шикастланган, энг катта ўлчовлари 2 см.гача
 бўлган метастазлар ✦ N_2 -метастатик ўчоқ диаметри 2-5 см. ёки лимфатик
 тугунлар чегарасигача ўсиб кирган; pN_2 -метастазларнинг энг катта ўлчови 5 см.
 гача ёки 5 тадан ортиқ тугун шикастланган ёхуд ўсма лимфа тугунидан ташқарига
 тарқалган ✦ N_3 -метастатик ўчоқ диаметри 5 см. дан катта ✦ Олис метастазлар ✦
 M_x - олис метастазлар баҳоланмаган ✦ M_0 - олис метастазлар аниқланмаган ✦
 M_1 - олис метастазлар мавжуд ✦ M_{1a} - регионар бўлмаган лимфа тугунларига
 метастазлар ✦ M_{1b} - олис суяк тўқимасига метастазлар ✦ M_{1c} - бошқа аъзоларга
 олис метастазлар ✦ Ўсма зардоб маркерлари (S) ✦ S_x -зардоб маркерлари сатҳи
 ✦ S_1 –ЛДГ нормадан 1,5 баробар юқори, β –ХГТ 5000 МЕ/мл.дан кам, ЛДГ 1
 нг/мл. дан кам ✦ S_2 –ЛДГ нормадан 1,5-10 баробар юқори, β –ХГТ 5000-50 000
 МЕ/мл, ЛДГ 1-10 нг/мл. ✦ S_3 –ЛДГ нормадан 10 баробар юқори, β –ХГТ 50 000
 МЕ/мл дан юқори, ЛДГ 10 нг/мл.дан кўп • Босқичлар бўйича гуруҳларга ажратиш
 ✦ 0-босқич: $TisN0M0$ ✦ IA-босқич: $T1N0M0S0$ ✦ IB-босқич: $T2-4N0M0S0$ ✦ IS-
 босқич: $T0-4N0M0S1-3$ ✦ IIA-босқич: $T0-4N1M0S0-1$ ✦ IIB-босқич: $T0-4N2M0S0-1$ ✦
 IIC-босқич: $T0-4N3M0S0-1$ ✦ IIIA-босқич: $T0-4N3M1aS0-1$ ✦ IIIB-босқич: $T0-4N0-3M0-1aS2$ ✦
 IIIC-босқич: ✦ $T0-4N1-3M0S3$ ✦ $T0-4N0-3M1aS3$ ✦ $T0-4N0-3M1bS-3$

Клиник манзараси: Рак белгилари, мойк катталашуви, унинг ғадир-будирлиги, консистенцияси ўзгариши, аниқ бўлмаган оғриқлар (мойк, бел соҳасида) ва узок сақланиб турувчи эпидидимитни ўз ичига олади. Баъзан гинекомастия ривожланади • Крипторхизмнинг абдоминал шакли билан оғриган беморларда касаллик қоринда ҳажмли жараён, оёқларда шиш билан намоён бўлади.

Диагностикаси • Диагноз физикал текширилишдан кейин тахмин қилиниши мумкин • Мойк раки шубҳа қилинганда ёрғоқ УТТ ўтказилади • Мойк тўқимасини патогистологик текшириш • Онкомаркерлар даражаси (АФП, β -ХГТ, ЛДГ). Ўсманинг зардоб маркерлари (S)ни мойк олиб ташлангандан кейин дарҳол аниқланади. Уларнинг миқдори ошганда маркерлар кўрсаткичи ошиш даражасини баҳолаш мақсадида АФП (ярим емирилиш даври – 7 кун) ва ХГТ (ярим емирилиш даври – 3 кун) пасайиши нормал тезлигига мувофиқ қатор текширишлар ўтказилади. Тасниф мойк олиб ташлангандан кейин ХГТ ва АФП нинг энг пастки кўрсаткичига асосланган. Зардобдаги ЛДГ миқдори (лекин ярим емирилиш даражаси эмас) метастаз пайдо бўлган беморларда прогностик аҳамиятга эга • Қориндаги, умров ости ва медиастенал лимфа тугунларни, ўпка туқимасини ва суякларни метастазларга текшириш.

Даволаш орхофуникулэктомиядан бошланади ва у диагностик жараённинг бир қисми ҳисобланади. Кейинги тактика ўсманинг гистологик турига қараб аниқланади • Семинома: I, IIA, IIB босқичдаги беморларнинг регионар метастаз соҳаларига нур терапияси ўтказилади. IIC босқичдаги беморларни даволаш

полихимиотерапиядан бошланади ва платина дорилари қўшилади • Семинома эмасларда: нур терапиясининг самараси кам, шу сабабли асосий даволаш усули – полихимиотерапия, шу жумладан I-босқичдаги ўсмаларда адъювант даво. Даволаш самарадорлиги ва касалликнинг қайталаниши – ўсма маркёрлари даражасига қараб белгиланади. Қисман ремиссия вақтида (қорин парда орти лимфа тугунлари зарарланиши, ўпкалардаги алоҳида метастазларда) циторедуктив операциялар қилинади.

Прогнози. Ҳозирги вақтда I-босқичдаги беморларни 95-100% ҳолларда даволаш мумкин. Семинома бўлмаган, III босқичдаги ва зардобиди маркёрлар микдори юқори бўлган беморларда прогноз ёмон.

Профилактикаси: Крипторхизмни ўз вақтида аниқлаш ва даволаш: мойкни ёрғоққа тушириш • Тўлиқ бўлмаган мойкни олиб ташлаш • Хавфли гуруҳга кирувчи беморларга мунтазам равишда ўзларини ўзлари текшириб туришларини тавсия қилиш.

ХКК-10 • С62 Мойкнинг зарарли ҳоаси • **D 07.6** Карцинома in situ.

БЕЛДАГИ ОҒРИҚЛАР

БЕЛ СОҲАСИДАГИ ОҒРИҚЛАР

БЕЛ СОҲАСИДА ОҒРИҚ БЎЛГАН БЕМОРЛАРНИ ДАВОЛАШНИНГ АСОСИЙ ТАМОЙИЛЛАРИ

Муваффақиятли даволаш учун бемордан батаф анамнез тўплаш ва уни клиник текширувдан ўтказиш лозим.

- Оғриқларни мунтазам равишда бартараф этиш.
- Беморга етарлича тўлиқ маълумотлар бериш.
- Беморга ётоқ режимдан чекинишни тавсия этиш.
- Одатдаги ҳаёт тарзини иложи борича давом эттиришни маслаҳат бериш.
- Беморга касаллик характери ва ижобий прогнози тўғрисида тушунтириш.
- Беморни назорат қилиб туриш; кундалик фаоллик ва меҳнат қобилятини тиклашга интилиш.
- Даволаш усуллари танлашда беморга иштирок этиш имконини бериш.
- Иложи борича беморни мунтазирлигини қониқтиришга ҳаракат қилиш. Одатда бемор касаллиги тўғрисида қуйидаги маълумотларга эга бўлишни истайди:
 - ◆ Касалликнинг қанчалик жиддийлиги;
 - ◆ Касаллик номи ва унинг ривожланиш сабаблари;
 - ◆ Оғриқнинг давомийлиги;
 - ◆ Организмни тикловчи ва оғриқни камайтирувчи даволаш усуллари ҳақида.

БЕЛ СОҲАСИДА ОҒРИҚЛАРНИ ТАРҚАЛИШИ

Бел соҳасидаги оғриқ жуда кенг тарқалган бўлиб, қарийиб 80 % инсонлар ҳаёт давомида иш фаолиятига таъсир этувчи бел оғриғини ҳис қиладилар.

- Бел соҳасидаги оғриқ – умумий амалиёт врачига мурожаат этувчи, ишга ярқли 5 – 7 % эркалар, 4 – 6 % аёлларнинг асосий шикоятидир.
- Финландия жамоат соғлиғи Миллий институти томонидан 1996 йилда ўтказилган анкета маълумотларига кўра, 15 ёшдан 64 ёшгача 29 % эркалар ва 33 % аёллар бел соҳасидаги оғриқни тадқиқотдан олдинги 1 ой давомида ҳис қилишган. Бундай маълумотлар Ўзбекистонда бўлмаса ҳам, лекин умумий амалиёт врачига мурожаат қилувчи кўпчилик беморлар бел оғриғи безовта қилишига шикоят қиладилар.

КЛИНИК ТЕКШИРИШ

АНАМНЕЗ

- Анамнез йиғиш – бел соҳасида оғриқ бўлган беморларни клиник текширишнинг энг муҳим қисмидир. Мақсадлари:
 - ◆ Оғир касалликка шубҳа туғдирган клиник манзарани аниқлаш;
 - ◆ Орқа мия илдизлари зарарланиши белгиларини аниқлаш;
 - ◆ Оғриқ кучи, организмдаги функционал бузилишлар, бемор вазиятининг ноқулайлик даражаси ва ҳаёт тарзини баҳолаш;
- Анамнез маълумотлари куйидаги тарзда тартибга солинади.
 - ◆ Бел соҳасидаги дастлабки оғриқни аниқлаш (касалликнинг бошланиши, шифокорга борганлиги, текшириш натижалари, даволаш ва ишга лаёқатлик варақаси берилганлиги).
 - ◆ Ҳозирги вақтда бел соҳасидаги оғриқ тавсифи (пайдо бўлиши, характери, оғриқ кучи, оёқларда тарқалиши, ҳар кунги фаолиятнинг бузилиш даражаси, текшириш, даволаш ва унинг самарадорлиги).
 - ◆ Бошқа касалликлар (суяк–мушак касалликлари, қандли диабет, оёқ томирлари атеросклерози, сийдик тано тизими касалликлари), шикастланишлар, жарроҳлик муолажалари; аллергия; ҳозирда қабул қилинаётган ДВ.
 - ◆ Ижтимоий анамнез (оилавий шароити, маълумоти, касбий фаолияти ва дам олиши).
 - ◆ Турмуш тарзи (жисмоний тарбия билан шуғулланиши, чекиш, спиртли ичимликлар истеъмол қилиши, парҳез).

ФИЗИКАЛ ТЕКШИРИШ:

- Физикал текширишда асосан, орқа мия илдизларининг эзилиш белгилари ва функционал имкониятлари ҳолатига эътибор бериш лозим. Беморни текширишда уни ечинтириш керак.
 1. Умуртқа поғонасини кўздан кечириш. Ўткир оғриқ туфайли бел лордоз ва сколиозни лиқланиши.
 2. Умуртқа поғонаси ва куймич нерви бўйлаб пайпаслаш.
- Бир томонлама думба ва сон бўйлаб оғриқ, асосан куймич нервини ҳо қилувчи орқа мия илдизчаларининг ўткир эзилишида учрайди.

3. Бел умуртқалари ҳаракатчанлигига қараб функционал ҳолати баҳоланади. Кейинчалик мунтазам бел умуртқалари ҳаракатчанлигини назорат қилиш муҳимдир.

- Умуртқа поғонаси ҳаракатини баҳолаш учун, Шобер синамаси қўлланилади. Бемор турган ҳолда, оёқ товонлари оралиғи 15 см. ни ташкил этади. Унинг умуртқа поғонасига урта белги қўйилади: биринчи белги ўрта чизик бўйлаб юқори орқа ёнбош оралиғидаги чизикнинг ўртасига, иккинчи белги – биринчи белгидан 10 см. юқорида, учинчи белги – биринчи белгидан 5 см. пастда (шундай қилиб, иккинчи ва учинчи белгилар оралиғи 15 см га тенг). Беморга тиззаларни букмаган ҳолда олдинга энгашиш тавсия этилади. Бу ҳолатда иккинчи ва учинчи белгилар оралиғи 6 – 7 см. га чўзилиши керак (тўлик олдинга энгашганда эса, бу оралиқ 21 – 22 см. тенг бўлади).
- Иккала томонга энгашишни баҳолаш: Бемор тик турганда қўлининг бармоқ учлари етган жойга сонга белги қўйилади. Сўнг, беморга ён томонга максимал букилиш сўралади (орқа ёки олдга оғмасдан) ва иккинчи белги қўйилади (қўлнинг бармоқ учлари даражасида). Иккала томонга энгашиш баҳоланади. Соғлом одамда икки белги орасидаги масофа тахминан 20 см.га тенг. Чап ва ўнг томондаги ҳар хил масофа бел соҳасидаги оғриқ учун характерлидир.

- Бел илдизчалари эзилиши бўлган беморларда ва бел қисмида умуртқа канали стенозида орқага энгашишнинг чекланиши кузатилади.
- Узоқ давом этувчи оғриқларда, қорин, орқа ва оёқ мушаклари кучини баҳолаш керак.

4. Орқа мия илдизчалари эзилиши белгиларини баҳолаш.

- Ласер белгиси (тиззани букмасдан оёқни кўтариш) S_1 ва L_5 илдизлари эзилганлигини тасдиқловчи энг сезгир усул.
 - ◆ Бу усулни ўтказганда агар белдаги оғриқ оёқларга тарқалса, белги мусбат ҳисобланади. Оғриқ фақат бел соҳасида бўлиб ёки тизза бўғими остида таранглик сезилса, белги мусбат деб ҳисобланмайди.
 - ◆ Орқа мия илдизчаси эзилишида товон пассив букилганда оғриқ кучаяди ва оёққа узатилади.
 - ◆ Кўндаланг кесишган Ласер белгиси: оёқлар контралатерал кўтарилганда узатилган оғриқни кучайиши; орқа мия илдизчалари эзилиши учун характерли.
- Оёқ мушаклари кучи.
 - ◆ Оёқ катта бармоғини ёзувчи мушаклар кучи (L_5).
 - ◆ Товонда (L_5) ёки оёқ бармоқларида юриш (S_1).
- Пай рефлекслари.
 - ◆ Тизза (L_4). Ахилл (S_1).
- Оёқлари зарарланган беморларда, албатта тизза бўғими ички юзаси (L_4), шунингдек товоннинг ички (L_5), юқори (L_5) ва ташқи юзаси (S_1) сезгирлигини аниқлаш лозим.
- Иккала оёқ мушаклари кучи пасайган (парапарез), пай рефлекслари кучайган ва Бабинский белгиси мусбат бўлган беморларни невропатолог ёки нейрохирургга

юбориш лозим. Парапарез – мутахассисга тезлик билан юбориш учун кўрсатма ҳисобланади.

- «От думи» синдромига гумон қилинганда анал тешик ташқи сфинктери тонуси ва чов соҳаси сезгирлигини текшириш зарур (тезлик билан мутахассисга юбориш учун кўрсатма).

5. Бошқа текширишлар анамнез маълумотларига асосан ўтказилади.

- 50 ёшдан ошган беморларга навбатлашиб турадиган оқсаш бўлса, оёқ артериясини пайпаслаш ва доплер – текшируви ўтказиш керак.
- Кўкрак қафасида ҳаракатнинг чекланиши, шунингдек умуртқада ротация ва томонларга оғиш – анкилозловчи спондилоартритнинг эрта белгисидир.

КЛИНИК КЛАССИФИКАЦИЯСИ

- Бел соҳасида оғриқ билан кечадиган ва кам учрайдиган оғир касалликлар шунингдек ишиалгик синдром белгиларини эрта босқичларда аниқлаш зарур.
- Анамнез маълумотлари ва клиник текширишларга асосан тананинг орқа соҳасида оғриқ билан кечувчи касалликларни учта гуруҳга бўлиш мумкин.

1. Потенциал оғир ва специфик касалликлар (ўсмалар, юқумли касалликлар, синишлар, «от думи» синдроми, анкилозловчи спондилоартрит). Бел соҳасидаги оғриқлар метастазлар, бундан ташқари белдаги акс этган оғриқлар ички аъзолар ўсмаси туфайли келиб чиқиши мумкин.

2. Ишиалгик синдром: орқа мия илдизчалари касалликларида оёқларни зарарланиш белгилари хос.

3. Бел соҳасидаги ноаниқ оғриқлар: белгилари асосан бел соҳасига жойлашган ва орқа мия илдизчалари зарарланиши ёки оғир касалликларда учрайдиган кўринишлар билан ўтмайди.

Бел соҳасида оғриқ билан кечувчи айниқса кўп тарқалган оғир ёки специфик касалликлар қуйида жадвалда келтирилган. Кўп ҳолларда беморни тезликда ихтисослаштирилган бўлимга юбориш зарур. Унга бундан кейинги текширувлар зарурлигини тушунтириш, лекин бунда касалликнинг бўлиши мумкин бўлган сабабларини ўринсиз муҳокама қилишдан ўзни тийиш керак. Рентгенограммада ўзгариш йўқлиги, хавфли касалликни инкор этмайди.

ОҒИР ВА СПЕЦИФИК КАСАЛЛИКЛАР

- Специфик даволаш керак бўлган касалликлар ёки оғир касалликлар белгиларини аниқлаш зарур (жадвалга қаралсин).
- Нормал рентгенограмма жиддий касаллик борлигини истисно қилмайди. Оғир касалликка шубҳа қилинганда беморларни мутахассисга бундан кейинги текшириш учун юбориш керак.

ИШИАЛГИК СИНДРОМ

- Ўткир ишиалгик синдромга олиб келувчи кўп тарқалган сабаблардан бири – умуртқалараро диск чурраси. Прогнози одатда яхши, оператив даволашга зарурат йўқ. Тикланиш 50 % беморларда 6 ҳафта, 90 % беморларда – 90 кун мобайнида кузатилади.

КОНСЕРВАТИВ ДАВОЛАШ

- Умуртқалараро диск чуррасида ётоқ режимига риоя қилиш яхши натижа беришини баҳолашда рандомизирловчи текшириш ўтказилмаган.

Ётоқ режимига амал қилишга фақатгина кучли оғриқ вақтида зарурат бўлади, чунки сон – чанок бўғимида оёқ букилганда кўпинча оғриқ сусаяди.

Қатъий ётоқ режимига риоя қилишнинг самарадорлиги ҳақида ишончли маълумотлар (шунингдек, унинг салбий таъсири) йўқ. Беморлар кундалик фаолиятларини имкон даражасида давом эттиришлари ва оғриқни кучайтирадиган ҳаракатларни чеклашлари лозим.

- Анальгетиклар сифатида ЯҚНДВ ёки уларни суст опиоид анальгетиклар билан бирга қўллаш мумкин.

Декстропропосифен жуда эҳтиётлик билан ва кучли оғриқларда бупренорфин тавсия этилади.

Мануал муолажалар, махсус машқлар ёки физиотерапиянинг самарадорлиги ҳақида ҳеч қандай далиллар йўқ; даволашда бу усулларни қўллаш мақсадга мувофиқ эмас.

ХИРУРГИК ДАВОЛАШ

- Хирургик даволашга мутлоқ кўрсатма – «от думи» синдроми (сийдик тутилиши, аҳлат тутолмаслик, чов соҳасида увушишни сезиш).
 - ◆ Беморни операция қилиш учун хирургия бўлимига юборилади (белгилар ривожлангандан кейин 6 соатдан кечикмай уни ўтказиш зарур).
 - ◆ «От думи» синдроми, фақат 2 % ҳолларда умуртқалараро диск чуррасида учрайди.
- Эрта хирургик даволаш ўтказишга кўрсатма: чидаб бўлмайдиган оғриқ, товон мушаклари парези.
- Агар беморда оғриқ 6 ой мобайнида сақланиб, оёқларига берилса, унда у билан даволаш усулларининг имкониятларини, шу жумладан, оператив даволашни муҳокама қилиш лозим. Хирургик усул билан даволаш учун якуний қарорга келишдан олдин, умуртқалараро диск чуррасини тасдиқлаш лозим (нейровизуализирловчи текширув ёрдамида).

БЕЛ СОҲАСИДАГИ СПЕЦИФИК БЎЛМАГАН ОҒРИҚЛАР

Бел соҳасидаги оғриқни давомийлиги, иш фаолияти бузилишига қараб 3 тоифага бўлинади.

- ◆ Ўткир оғриқ (давом этиш муддати 6 ҳафтадан кам).
- ◆ Ўртача ўткир оғриқ (давом этиш муддати 6 ҳафтадан – 12 ҳафтагача).
- ◆ Сурункали оғриқ (давом этиш муддати 12 ҳафтадан ортиқ).

Жадвал. Бел соҳасида оғриқ билан кечувчи кенг тарқалган оғир ёки специфик касалликлар.

Касаллик	Клиник кўриниши, текшириш.
----------	----------------------------

«От думи» синдроми	Сийдик тутилиши, ахлатни ушлай олмаслик, чов соҳасидаги сезгини пасайиши, ишиалгия синдроми. Шошилинч операция ўтказиш имкони бўлса бемор ихтисослаштирилган бўлимга тезлик билан ётқизилиши керак.
Аорта аневризмасининг ёрилиши, аортанинг ўткир қаватма – қаватма аневризмаси	Тўсатдан чидаб бўлмайдиган оғрик. Беморнинг ёши 50 дан юқори. Беқарор гемодинамика. Тезлик билан ихтисослаштирилган бўлимга ётқизилиши керак.
Хавфли ўсмалар	Ёши 50 дан юқори, анамнезида ўсмалар, сабабсиз озиш, горизонтал ҳолатда касаллик белгилари сусаймайди, оғриқни давомийлиги 1 ойдан кўп. Текширишлар: синчиклаб клиник текшириш, қоннинг шаклли элементларини санаш, ЭЧТ ни аниқлаш, рентгенологик текшириш. Беморни ихтисослашган бўлимга юбориш.
Юқумли спондилит	Тери ёки сийдик тано аъзолари юқумли касалликлари, иммуносупрессия, глюкокортикоидлар билан даволаш, вена ичига юборилган препаратларга наркотик қарамлик, ОИТС. Текшириш: қон таҳлили, С – реактив оқни аниқлаш, сийдик таҳлили, радиологик текшириш. Беморни ихтисослашган бўлимга юбориш.
Эзилиш натижасида синиш	Ёши 50 дан юқори, анамнезида йиқилиш, глюкокортикоидлар қабул қилган беморлар. Текшириш: рентген.
Спондилолистез	Ўсмирлик ёши (8 – 15 ёш). Текшириш: ёнбош проекцияда бел умуртқалари рентгенографияси
Умуртқа канали стенози	Ёши 50 дан юқори, невроген навбатланиб турадиган оқсаш. Текшириш: қон таҳлили, рентген текшириш. Кейинчалик зарурат бўлса, ихтисослашган бўлимда МРТ ёки КТ ўтказиш.
Анкилозловчи спондилоартрит	40 ёшгача белгиларни пайдо бўлиши, горизонтал ҳолатда оғриқ камаймайди,

	<p>эрталабки ҳаракатнинг чекланиши.</p> <p>Текшириш: қон, сийдик таҳлили, рентген текшириш (шу жумладан думгаза – ёнбош бўғимини). Махсус текширувни ревматолог ўтказди.</p>
--	--

БЕЛ СОҲАСИДАГИ ЎТКИР ОҒРИҚДА ДАВОЛАШ (давомийлиги 6 ҳафтадан кам)

- Бел соҳасидаги ўткир оғриқда, тикланиш асосан бир неча кунга чўзилади (бир неча ҳафтадан кўп эмас). Қайталаниш кўп учрайди, одатда шу ҳолатда ҳам тикланиш яхши бўлишини кутиш керак. Белдаги қайталанувчи қисқа оғриқ кўринишлари бошқа қисқа оғриқлардаги каби даволанади.
- Белдаги ўткир оғриқда даволаш (давомийлиги 6 ҳафтадан кам) анамнез маълумотлари ва клиник текширувларга асосланади; оғир касалликка (ёки специфик даво талаб қилинса) гумон қилишга асос бўлмаса, лаборатор ва рентген текширув ўтказиш шарт эмас.

ИШ ВА ДАМ ОЛИШ ТАРТИБИ

- Беморни касаллик хавфли эмаслиги ва прогнози яхши эканлиги ҳақида ҳабардор қилиш керак.
- Беморга кундалик иш фаолиятини давом эттириш ёки уни тезроқ тиклаш тавсия этилади. Белга тушадиган оғирлик меъёр чегарасида бўлиб, бемор енгилроқ жисмоний ишларни бажариб юриши лозим.
- Беморга ётоқ режимини чеклаш тушунтирилади.
- Касалликнинг эрта босқичида енгил, умумий қувватловчи жисмоний машқларни тоза ҳавода бажаришни бошлаш мумкин (масалан сайр этиш).
- Бел соҳасидаги ўткир оғриқда, фаол машқларни касалликнинг дастлабки 2 ҳафтаси мобайнида бажариш яхши натижа бермайди.
- Агар касаллик белгилари 2 ҳафтадан кўп сақланса, унда тана ва оёқ мушакларини мустаҳкамловчи машқларни, гарчи уларнинг наф бериши чекланган бўлса ҳам бошлаш лозим.
- Зарур бўлганда вақтинчалик ишга лаёқатсизлик варақаси берилади (шунинг ўзи етарли); даволашдан мақсад – касбий фаолиятни қандай бўлмасин тезроқ тиклаш.
- Корсет тақишнинг фойдалилигини тасдиқловчи далиллар йўқ.

АНАЛЬГЕТИКЛАР

- Бел соҳасидаги ўткир оғриқларда ЯҚНДВ таъсирчанлиги исботланган.
- ЯҚНДВни тавсия этишда уларнинг аллергия бериш эҳтимоли ва ошқозон ичак тизимига салбий таъсири эътиборга олинади. Дори воситаларининг кунлик дозасини кўпайтириш барчада, лекин кўпроқ катта ёшдаги беморларда яра хо қилиш хавфини оширади.

- Нисбатан хавфсиз дори – бу парацетамол, чунки фақат аналгетик таъсирга эга.
- ЯҚНДВларни қўллаганда яра хо қилиш хавфи ҳар хил. Улар ичида, ибупрофен нисбатан хавфсизроқ ҳисобланади.
- Анальгетик самарадорликни ЯҚНДВ ёки парацетамолни кучсиз опиоид аналгетиклар билан биргаликда қўллаш орқали кучайтириш мумкин.
- Декстропропоксифен қўллашда эҳтиёт бўлиш лозим, ундан спиртли ичимликлар ичиб фойдаланиш ёки дозасини ошириб юбориш ҳалокатга олиб келади (бундай маълумотлар бор). Трамадолнинг ножўя таъсири кам, аммо таъсир давомийлиги қисқа. Зарур бўлганда кучли опиод аналгетиклардан бупренорфин қўллаш мумкин.

МАРКАЗИЙ МИОРЕЛАКСАНТЛАР • Миорелаксантлар плацибога нисбатан самарали, аммо ЯҚНДВ таъсири улардан устунроқ, уларни биргаликда қўллаш қўшимча устунликка эга эмас.

- Миорелаксантларнинг тез – тез учрайдиган ножўя таъсири – уйқучанлик.

МУОЛАЖАЛАР

- Агар беморда бел соҳасидаги ўткир оғриқ (6 ойдан кам давом этиб) белгилари сақланиб, кундалик фаолликка ҳалақит берса, унда сертификатга эга, мануал терапевтга (умумий амалиёт вақти ёки мануал терапия бўйича тайёргарликдан ўтган физиотерапевт, хиропрактик, остеопат) мурожаат қилиш мумкин.
- Муолажалар оғриқ давомийлигини камайтиради, аммо қайталаниши ва сурункали кечишини бартараф этмайди.
- Муолажа бошлагандан олдин бел умуртқасини рентгенологик текшириш лозим, аммо беморда кўрсатмага гумон бўлса, уни ўтказмаса ҳам бўлади.

МУОЛАЖАГА МОНЕЛИКЛАР

- ◆ Умуртқа поғонаси мустаҳкамлигини камайтирувчи жараён (яққол остеопороз, ўсмалар, юқумли касалликлар);
- ◆ Анкилозловчи спондилоартрит;
- ◆ Беқарорлик, спондилолистез;
- ◆ Яққол спондилоартроз;
- ◆ Яқиндаги жароҳат;
- ◆ Геморрагик синдромлар;
- ◆ Бел соҳасидаги умуртқалараро диск чуррасига гумон.

БЕЛ СОҲАСИДАГИ ЎРТАЧА ЎТКИР ОҒРИҚЛАРНИ ДАВОЛАШ (давомийлиги 6 – 12 ҳафта)

- Бел соҳасида чўзилувчан оғриқлари бўлган беморларни у юзага чиққандан 6 ҳафта ичида касаллик сабабини аниқлаш, оператив даволаш эҳтимоли заруриятини баҳолаш, шунингдек, комплекс реабилитация ўтказиш тадбирлари режасини тузиш учун кейинги текширишларга юбориш керак.

- Агар беморда оператив аралашин талаб қиладиган касаллик бўлмаса, уни даволаш билан бир неча мухассис врачлар шуғулланадилар.
- ◆ Бел – думғаза умуртқасини рентген текшириш, сийдик таҳлили, қоннинг шакли элементлари ва ЭЧТ аниқланади. Лозим бўлса бошқа қўшимча лаборатор текширишлар ўтказилади.
- ◆ Физиотерапевт, ортопед ёки нейрохирурглар билан диагноз (махсус текширувлар ўтказиб) ва даволаш тактикасини аниқлаш, иш фаолиятини баҳолаш ва реабилитация тадбирларининг зарурлиги тўғрисида маслаҳатлашиш.
- ◆ Умуртқалараро диск чурраси бўлган беморлар 6 ҳафта мобайнида консерватив даволанади; бундай даволаш кўпинча етарлича самаралидир, акс ҳолда бемор нейрохирург ёки ортопед билан оператив аралашувнинг зарурати тўғрисида маслаҳатлашиш лозим. Оператив даволаш белгилар пайдо бўлгач 3 ой ичида ўтказилса, натижаси анча яхши бўлади.
- ◆ Касаллик вақтида беморнинг хулқи баҳоланиши керак, кескин руҳий чарчаш ва депрессия борлиги анкета тўлдириш ва бемор билан суҳбатлашиш орқали аниқланади (беморлар, одатда, анкетани мустақил тўлдирадилар, масалан депрессияни аниқлаш учун).
- ◆ Клиник текширувда оғриқли феъл – атворга шубҳа туғилса, жиддий касаллик борлиги истисно эмаслигини назарда тутиш керак.
- ◆ Беморга вазиятни идрок этиши учун ёрдам бериш керак, бунинг учун бел соҳасидаги оғриқ билан боғлиқ муаммолар ҳақида суҳбат ўтказилади.
- Физиотерапевт томонидан текширув ўтказилиб, беморга керакли бўлган кўникмалар ўргатилиши лозим (иш жойини унумли ташкил этиш, релаксация ва хоказо).
- ◆ Мушакларнинг жисмоний зўриқишга бардошини (чидамини) ва кучини ошириш мақсадида махсус машқлар бажариш тавсия этилади. Бундан мақсад – беморни функционал имкониятларини яхшилаш ва иш фаолиятини тиклаш.

ДОРИЛАР БИЛАН ДАВОЛАШ

- Оғриқ характери ва кучига қараб, вақти – вақти билан анальгетиклар тавсия этилади.
- Оғриқнинг интенсивлигига эътибор берган ҳолда, парацетамол, ЯҚНДВ ёки улар кучсиз опиоид анальгетиклар билан биргаликда буюрилади.
- Ёши улғайиб қолган беморларга ЯҚНДВ эҳтиётлик билан тавсия этилади, чунки уларда пептик яралардан қон кетиш ёки перфорациянинг юзага келиш хавфи юқори.
- Антидепрессантлар сурункали ва узоқ вақт давом этувчи бел соҳасидаги оғриқларда плацебога қараганда унчалик фойдали эмас, аммо амитриптилин сурункали оғриқлар ва фибромиалгияда самаралидир. Бел соҳасидаги узоқ давом этувчи оғриқларда антидепрессантларни қўшимча даво сифатида қўллаш мумкин.
- Нейролептиклар бел соҳасидаги оғриқларда тавсия этилмайди.

- Бензодиазепинларни қўллаш мумкин эмас.

ЙЎЛДОШ РУҲИЙ-ИЖТИМОЙ МУАММОЛАРНИ МУТАДИЛЛАШТИРИШ

- Доимий даволанишни таъминлаш зарур (беморни битта врач даволаши керак).
- Даволашда қатнашган барча мутахассислар беморни соғайишига бўлган умидини қўллаб – қувватлашлари лозим.
- Шахсий руҳий-ижтимоий муаммоларни ечишдаги изланишларида беморга нажот бериш керак.
- Баъзан йўлдош муаммоларни бартараф этиш, ҳатто касалликка йўналтирилган давони олмаётган бўлсада, бемор аҳволининг энгиллашишига ёрдам беради.

ПСИХОТЕРАПИЯ

- Тадқиқотлардан бирида фаол физиотерапияни англаш – психик усуллардан фойдаланиб, иш жойига қатнаш билан биргаликда олиб боришнинг самарали эканлиги исботланган.
- Специфик муаммоларни психотерапевтик усуллардан фойдаланиб, бемор руҳига асосланиб бартараф этишга ҳаракат қилиш мумкин. Хулқий терапия бел соҳасидаги ўткир ва сурункали оғриқларда самарали (агар натижалар бевосита даволаш ўтказилгандан сўнг баҳоланса).
- Бошқа даволаш усулларига нисбатан, руҳий терапиянинг самарадорлиги пастроқ.
- Беморга оғриқ, стресс ва эмоционал омилларни бартараф этиш усуллари ўргатиш лозим (масалан, релаксация ва реорганизация).
- Беморни атроф дунёга нисбатан ижобий муносабат кўникмаларини хо қилиш ёки ўзининг ҳаракатлари, унинг сабаблари ва оқибатларини таҳлил қилишга ўргатиш мумкин. Терапия одатда гуруҳларда ўтказилади.
- Психотерапия кўрқув, безовталиқ ва депрессияни камайтиради.

ИШ ФАОЛИЯТИНИ ТИКЛАШГА ИМКОН БЕРАДИГАН ТАДБИРЛАР

- Касб касаллиги бўйича мутахассис – ҳамшира, ёки физиотерапевт беморнинг иш жойига бориши мақсадга мувофиқ. Бу яхши ўйланган даволаш курсининг мажбурий таркибий қисмидир.
- Касбий патология бўйича мутахассис иш берувчи билан биргаликда иложи борича беморнинг касбий зўриқишини мўтадиллаштириш муносабати билан иш шароитини баҳолаш лозим.
- Касаллик сурункали тус олмаслиги учун ишга лаёқатсизлик варақасини аниқ кўрсатма бўлмаса бериш керак эмас.
- Иш жойини унумли ташкил қилиш билан ишчининг жисмоний имконияти ва касбий талаблари ўртасидаги ижобий муносабатга эришиш мумкин.

БЕЛ СОҲАСИДАГИ СУРУНКАЛИ ОҒРИҚ (давомийлиги 12 ҳафтадан кўп)

- Беморга бел соҳасидаги ўртача ўткир оғриқлардаги тавсиялар берилади.
- Бемордаги оғриқларни бартараф қилиш мақсадида, ихтисослашган бўлимда мутахассислардан маслаҳат олиш лозим.
- Беморга даволаш ва тиббий тиклаш тадбирларга таъаллуқли бўлган масалалар муҳокамасида иштирок этиш имконини бериш керак.
- Бел соҳасида сурункали оғриқларни камайтириш, мушаклар кучини, чидамини ва функционал фаолиятни ошириш мақсадида – узоқ вақт давомида махсус машқларни бажариш тавсия этилади.
- Аммо ДФК машғулоти билан шуғулланиш сурункали бел соҳасидаги оғриқли беморларда ишга лаёқатсизлик ҳақида берилаётган варақалар ва иш жойидан бўшатиш сонини камайтирмайди. Тиббий ва иш қобилиятини тиклаш бўйича тадбирлар қуйида берилган.
- Корсет тақиш самарасиз бўлсада, аммо беморларга маъқул келади.
- Триггер нуқталари ёки бўғим юзаси соҳасига маҳаллий инъекция йўли билан даволаш фойда бермайди.

РЕАБИЛИТАЦИЯ ТАДБИРЛАРИ ВА ИШ ФАОЛИЯТИНИ ТИКЛАШ

Умумий қоидалар

- Реабилитация тадбирлари касаллик ва жароҳат туфайли бузилган функционал имкониятлар ва иш фаолиятини тиклашга қаратилган.
- Реабилитация тадбирларига, жисмоний ва ижтимоий омилларга таъсир этиш ҳам қиради.

РЕАБИЛИТАЦИЯНИ БОШЛАШ ВАҚТИНИ ТАНЛАШ

- Агар бемор 6 ҳафта ва ундан ортиқ ишдан озод этилган бўлса, ишга қайтганида қийинчиликларга дуч келади. 6 ой мобайнида ишдан вақтинча озод қилинган беморларнинг 50 % касбий фаолиятига, меҳнатга лаёқатсизлик даври 1 йилга чўзилган беморларнинг 10 – 20 % ўз касбига қайтади.
- Реабилитация–умумий даволаш курсининг муҳим қисми бўлиб, кундалик ҳаёт ва иш фаолиятини тиклашда асосий ўрин тутди. Агар белдаги оғриқ 6 ҳафта ва ундан ортиқ давом қилса, актив реабилитация тадбирлари тавсия этилади.

РЕАБИЛИТАЦИЯ ТАДБИРЛАРИНИ ЎТКАЗИШ

- Реабилитация тадбирларини ўтказиш режаси индивидуал, беморларнинг ҳаёт шароитига қараб тузилади.
- Реабилитация тадбирини ўтказувчи гуруҳнинг сони ва таркиби даволашда ҳал қилувчи аҳамиятга эга (бемор ҳам реабилитация гуруҳи аъзоси).
- Эрта реабилитация тадбирларини, бирламчи тиббий муассаса ходимлари: умумий амалиёт шифокори, физиотерапевт ва / ёки касб касалликлари бўйича ихтисослашган ҳамшира ўтказди. Реабилитация тадбирлари тикланишни баҳолашдан бошланади.

- Бел соҳасида оғриқ бўлган беморлар билан машғулотлар ўтказиш баъзан фақат оғриққа чидашга маълум даражада таъсир кўрсатиб, ишга лаёқатсизлик варақаларининг камайишига олиб келмайди.
- Шифохона шароитида ўтказилган реабилитация тадбирлари, амбулатор шароитга нисбатан самарадорлиги жиҳатидан афзалдир.

ИШ ФАОЛИЯТИНИ ТИКЛАШГА ИМКОН БERAДИГАН ТАДБИРЛАР

- Белда сурункали оғриқ бўлган беморларни иш қобилиятини тиклаш учун, иш шароитини яхшилаш тадбирлари зарур. Ишда жисмоний зўриқишни камайтиришга қаратилган тадбирлар иш қобилиятини сақлашга имкон беради ва бемор ўз вазифаларини бажара олади.
- Беморга нисбатан ҳамкасбларининг муносабати ва уларнинг кўмаги муҳим аҳамиятга эга.
- Умумий амалиёт врачлари ва иккиламчи тиббий ёрдам муассасаси мутахассислари корхона тиббий пунктлари ходимлари билан ўз ҳаракатларини мувофиқлаштиришлари лозим.

ҚЎШИМЧА МАЪЛУМОТЛАР

- Акупунктура, эҳтимол, самарасиз.
- Бел соҳасидаги оғриқларни олдини олиш мақсадида жисмоний машқлар тавсия этиш учун маълумотлар етарли эмас.
- Бел соҳасидаги оғриқ вақтида муолажа ёки тери орқали нервни электростимуляция қилиш, массаждан кўра афзаллиги ҳақида маълумотлар бор.
- Психик терапия самарали.
- Консерватив ва плацебо даволаш усулига нисбатан хирургик йўл билан даволашнинг афзаллигини тасдиқловчи маълумотлар йўқ.
- Бел соҳасидаги касбий жароҳатларни олдини олиш бўйича дастурлар (масалан, эгиловчанликни ривожлантирувчи машқлар), эҳтимол маълум самарага эга.

ОСТЕОАРТРОЗ

Остеоартроз – артрозлар гуруҳининг турли этиологияли биологик, морфологик ва клиник белгиларига ва унинг асосида бўғимларнинг турли хил яллиғланиши, асосан тоғайларининг юпқалашиб кетиши, толаларга ажралиши, бойламларининг ўзгариши, бир неча бўғимларнинг зарарланиши билан кечадиган касалликларнинг гетероген гуруҳидир.

ХКК – 10: М15 – М19 Артрозлар.

ҚИСҚАРТМАСИ: ОА – остеоартроз.

Эпидемиологияси • Касаллик 100 минг аҳолидан 8,2 фоизида учрайди • **Тарқалганлиги:** ер шари аҳолисининг 20 фоизи • Бу касаллик ўлимга олиб келмайди • 40 – 60 ёшларда кўпроқ учрайди • Аёлларда кўпроқ остеоартрознинг тизза бўғимининг, эркакларда эса чанок – сон бўғимининг зарарланиши кузатилади.

ПРОФИЛАКТИКАСИ

Унинг профилактикасида бўғим тоғайига ҳаракатни камайтириш, тана оғирлигини нормада тутиб туриш (20 – 25 мг/м²).

- Тана оғирлигини 10 йил ичида 2 бирликка камайтириш, ОА ривожланиш хавфини 50 % га туширади.
- Оғир нарсаларни кўтармаслик, бўғимларда кучли ҳаракат килмаслик керак, чунки бу бўғим тоғайига кучли босим бериб, ОА хавфини 30 % кучайтиради (эркакларда).
- Тўрт шохли сон мушагини машқ қилиш натижасида аёлларнинг тизза соҳасида ОА нинг рентген кўриниши ва клиник белгилари камаяди.
- Тизза ва сон соҳаси шикастланишидан эҳтиёт бўлиш керак. Бу асосан спортчиларга тегишли. Агар илгари оёқ шикастланган бўлса, нормал тана вазнини сақлаб туриш ва тўрт шохли мушак машқ қилдирилиши зарур.

СКРИНИНГИ

Остеоартрозда скрининг қўлланилмайди, чунки унинг рентгенологик кўриниши ёшга боғлиқ • Асосан катта ёшдаги қарияларда 100 % кузатилиши мумкин. Айни вақтда қарияларда клиник кўринишлар бўлмайди • Рентгенологик белгилар мавжуд, аммо клиник белгиларсиз кечадиган ОА да профилактик чоралар кўриш учун ишончли маълумот йўқ.

КЛАССИФИКАЦИЯСИ

КЛИНИК КЛАССИФИКАЦИЯСИ

Бирламчи (идиопатик) остеоартроз • Локал яллиғланганида 3 ёки кўп сонли бўғимлар, яъни кафт, товон, тизза, чанок – сон, умуртқа ва бошқа бўғимларнинг зарарланиши кузатилади • 3 ёки ундан кўпроқ, дистал ва проксимал фалангалараро ва йирик бўғимларнинг эрозив яллиғланиши аниқланади.

Иккиламчи остеоартроз • Посттравматик • Туғма, эндемик касалликлар (Пертес касаллиги, гипермобиллик синдроми) • Метаболик касалликлар: охроноз, гемохроматоз, Вильсон – Коновалов, Гоше касаллиги • Эндокринопатиялар, ҚД, акромегалия, гиперпаратиреоз, гипотиреоз • Кальций моддасининг тўпланиши (кальций фосфат, кальций гидроксиапатит) • Невропатия (Шарко касаллиги) • Бошқа касалликлар: аваскуляр некроз, ревматоид артрит, Педжет касаллигида пайдо бўлади.

РЕНТГЕНОЛОГИК КЛАССИФИКАЦИЯСИ

Келлгрэн ва Лоуренс классификацияси остеоартрознинг рентгенологик даражасини аниқлашда ишлатилади.

0. Ўзгаришлар йўқ.

I. Рентгенологик белгиларнинг аниқ эмаслиги.

II. Минимал ўзгаришлар мавжудлиги (бўғим ёриғи торайганлиги, бирламчи остеофитлар).

III. Ўртача ўзгаришлар кузатилиши (бўғим ёриғининг кам торайганлиги, остеофитларнинг кўпайиши).

IV. Аниқ ўзгаришлар мавжудлиги (бўғим ёриғи умуман кўринмайди, дағал остеофитлар топилади).

ДИАГНОСТИКАСИ

Анамнез ва физикал текширув.

Экспертлар кониуми ОА даги бўғим синдромининг куйидаги хусусиятларини ҳисобга олишни тавсия қилганлар:

- Чуқур жойлашган ўтмас оғриқ. Бўғим ҳаракат қилганда ўтмас ва чуқур жойлашган оғриқ пайдо бўлиши. Тинч ҳолатда оғриқ борлиги яллиғланишдан далолат беради.
- Эрталабки бўғимлар оғриғи 30 дақиқа мобайнида давом этади. Яллиғланишнинг кўшилиши эрталабки оғриқ кучайишига сабаб бўлади.
- Ҳаракатланганда крепитация эшитилади.
- Бўғимда оғриқ туфайли синовит ва ҳаракат чегараланган.
- Секин – аста тизза, билак, қўл, бармоқлараро фалангаларнинг дистал ва проксимал соҳасида бўғимларнинг деформацияси кузатилади.

ЛАБОРАТОР ТЕКШИРУВЛАР

Остеоартрознинг патогномик белгилари кузатилмайди. Шу сабабли куйидаги мақсадларда лаборатория текшируви ўтказилади.

- Дифференциал ташхис қўйиш учун, ОА да қон умумий таҳлилида ўзгариш ва ревматоид омил топилмайди ҳамда сийдик кислотаси миқдори ўзгармайди.
- Даволаш олдида қон ва сийдик таркиби ва креатинин, трансaminaзалар миқдорини аниқлашдан мақсад, учрайдиган салбий омилларни бартараф этишдир.

Синовиал суюқликни текшириш фақат синовит касаллигига шубҳа бўлганда дифференциал диагноз учун амалга оширилади. Остеоартрозда синовиал суюқлигида яллиғланиш белгилари топилмайди, у тиниқ, чўзилувчан бўлиб лейкоцитлар миқдори 2000 мм. дан кам бўлади.

ИНСТРУМЕНТАЛ ТЕКШИРУВЛАР

Рентгенологик текширувда бўғим ёриғининг торайганлиги, остеосклероз, чекка остеофитлар кузатилиши мумкин. Остеоартрознинг клиник ташхисини қўйиш учун фақат рентгенологик текширувдаги ўзгаришлар етарли эмас.

ДИАГНОСТИК МЕЗОНЛАР

Остеоартрознинг диагностик мезонлари.

Клиник мезонлар

- Тизза бўғими остеоартрозида (сезувчанлиги 89 %, спецификлик 88 %) 38 ёшдан ошган шахсларда оғриқ, крепитация, эрталабки ҳаракатнинг чекланиши (30

дақиқа мобайнида) ёки оғриқ + эрталабки ҳаракатнинг чекланиши + бўғим ҳажмининг шиши ёки оғриқ + бўғим ҳажмининг шиши кузатилиши мумкин.

- Бармоқлар остеоартрозида (сезгирлиги 92 %, спецификлиги 98 %) ♦ Оғриқ ва бармоқларда ҳаракатнинг сустлиги, икки ёки ундан кўпроқ сонли бўғимларнинг шиши (улар 2 ёки 3 – суяк охирининг ўнг ва чап бармоқ бўғим фалангаларининг, 2-3 – суяк охирининг проксимал ўнг ва чап қўл бармоқлари бўғимлари) + товон панжа фалангалари 3 ёки ундан кўпроқ сонли бўғимларининг шиши + қўл бармоқ бўғимлари дистал қисми ҳажмининг шиши ♦ Оғриқ ва қўл бармоқлари ҳаракатининг сусайиши + 2 ёки 3 дан ортиқ бўғимларнинг шиши + 3 ёки ундан кўпроқ товон – панжа фалангалари бўғимларининг шиши + 2 ёки ундан кўпроқ қўл бармоқлари фалангалари орасидаги бўғимлар ҳажмининг шиши + 2 ёки ундан ортиқ қўл бўғимларининг деформацияси кузатилиши мумкин.

Клиник, лаборатор ва рентгенологик текширув мезонлари

- ОА тизза бўғимларида (сезгирлиги 94 %, спецификлиги 88 %) ♦ Оғриқ + остеофитлар мавжудлиги ёки ♦ Оғриқ + синовиал суюқлик борлиги. ОА да эрталаб + бўғимларда ҳаракатнинг чекланганлиги 30 дақиқа мобайнида + крепитация ёки ♦ Оғриқ + 40 ёшдан ошган шахсларда + эрталаб бўғим ҳаракатининг чекланганлиги 30 дақиқа мобайнида + крепитация кузатилиши мумкин.
- ОА болдир – сон бўғимларида (сезгирлиги 91 %, спецификлиги 89 %) ♦ Оғриқ + остеофитлар ёки ♦ Оғриқ + ЭЧТ <20 мм/соат + бўғим ёриқларининг торайиши кузатилади.

ДИФФЕРЕНЦИАЛ ДИАГНОСТИКАСИ

Касалликка ташхис қўйишда диагностик мезонлар эътиборга олинганда ҳеч қандай қийинчилик бўлмайди, унинг барча клиник белгиларини, иккиламчи остеоартроз келиб чиқиши мумкинлигини таҳлил қилиб бориш зарур.

ДАВОЛАШ

ДАВОЛАШДАН МАҚСАД

- Оғриқни бартараф этиш.
- Бўғим тоғайи емирилишининг олдини олиш.
- Таянч – ҳаракат тизими функциясини тиклашдан иборат.

Шифохонага ётқизишга кўрсатмалар. Даволашга ётқизишдан аввал ОА ни амбулатор шароитида даволаш керак. Хирургик аралашув ёки оғриқнинг зўрайиши бундан мустасно.

ДОРИЛАРСИЗ ДАВОЛАШ

Режим ва жисмоний фаоллик. ОА билан касалланган беморларнинг жисмоний машқларни бажариши билан оғриқни қолдиришга, бўғимларда ҳаракат активлигини оширишга ёрдам беради. Жисмоний машқлар юрак – томир тизими

касалликларининг ҳам олдини олади. Велосипедда юриш, сувда сузиш, сайр қилиш ҳам фойдали. Югуриш ва зинага чиқиш мумкин эмас. ОА нинг тизза бўғимлари касалликларида тўрт шохли болдир мушаклари учун машқлар тавсия этилади, чунки бу ўз навбатида оғриқнинг боишига олиб келади. Жисмоний машқларни изометрик машқлардан бошлаб, уларга қаршилик қилувчи машқлар билан якунлаш лозим. Беморнинг шахсий имкониятларига қараб, жисмоний дастур тузиш керак.

Парҳез. Тана вазнини камайтириш учун ОА ни бирламчи профилактикасида алоҳида текширувлар ўтказилмаган. Бунда ОА да беморлар ўз истакларига кўра бўғимларини механик жиҳатдан авайлашлари ва юрак – томир тизими патологиясини профилактика қилишлари керак.

Махсус мосламаларни қўллаш. Махсус мосламаларни қўллашда тизза соҳасини ушлаб турувчи боғлам, товон бўғимларига оғирлик туширмаслик учун оёқ кийим ичига ортопедик таглик қўйиб юриш керак. Бундай усуллар оғриқни камайтириб, бўғим функциясини тиклайди. 1 – кафт бўғимига шина қўйиш қўл бармоқлари фаолиятини оширади.

Физиотерапия. Касал бўғимларга муз ёки иссиқлик билан таъсир қилиш оғриқ камайишига олиб келади. ОА да ультратовуш терапияси қўлланилса, ўртача оғриқсизлантирувчи таъсир этади. Тери устидан нервлар электр стимуляция қилинганда узоқ давом этмайдиган оғриқсизлантириш таъсири кузатилади. Рефлексотерапия билан даволашни беморлар асосан ноанъанавий усулда даволанганда қўллаш мумкин.

ДОРИЛАР БИЛАН ДАВОЛАШ

Тез таъсир этувчи симптоматик дори воситалари

- Парацетамол ОА яллиғланиш белгилари бўлмаганда оғриқни енгиллаштириш мақсадида тавсия этилади. Унинг дозаси индивидуал танланади, лекин кунига 2,6 г. дан кўп бўлмаслиги керак. Чунки юқори доза меъда – ичак йўлида асоратлар ривожланишига сабаб бўлиши мумкин. Бу танланган доза миқдори билан 2 йил давомида ОА ни даволаш хавфсиз эканлиги исботланган.
- Агар ОА да парацетамол қўллаш самара бермаса ва яллиғланиш белгилари бўлса, ЯҚНДВ тавсия этилади.
 - ◆ Юзлаб клиник синовлар ўтказилган, лекин бир ЯҚНДВ нинг оғриқсизлантирувчи хусусиятининг иккинчисидан устунлиги ҳақида маълумот олинмаган. Шунинг учун ЯҚНДВ ни танлаш уларнинг зарарсизлиги ва нарҳи билан белгиланади. Масалан, индометациннинг клиник – фармакологик таъсирида бўғим тоғайларининг метаболизмига салбий таъсир кўрсатишини назарда тутиш лозим.
 - ◆ Меъда – ичак йўли асоратлари – асосан ЯҚНДВ дори воситаларининг ножўя таъсири натижасида пайдо бўлади. Меъда – ичак ярасидан қон кетиши кам ҳолларда селектив ингибиторлар таъсирида ҳам юзага келиши мумкин. Улар қуйидаги хавфли омиллар мавжуд бўлганда бунорилади: ёши 65 ёшдан катта беморларга, анамнезида ошқозон – ичак яраси ёки меъда – ичакдан қон кетиш, бир вақтда ГКС ва антикоагулянтлар қабул қилиш.

- ◆ Шуни таъкидлаш лозимки, селектив бўлмаган ЯҚНДВ ни синтетик простагландин мизопростолом билан биргаликда кунда 200 – 800 мг. дан қўллаш меъда – ичак тизимининг ҳимоясидан қатъи назар даволаниш жуда қимматга тушиб кетади.
- ◆ Артритдан фарқли равишда ЯҚНДВ ОА да фақатгина оғриқ кучайганида қўлланилади. Унинг дозаси ОА да артритдагидан кам ✦ Носелектив ингибиторлар: ибупрофен кунда 400 – 600 мг. 3 маҳал, кетопрофен кунда 100 мг., диклофенак кунда 50 мг. дан 2 маҳал, набуметон кунда 1000 – 1500 мг. дан бир маҳал, лорноксикам кунда 12 – 16 мг. ✦ Селектив ингибиторлар: мелоксикам кунда 7.5 мг., нимесулид кунда 100 мг. дан 2 маҳал, целекоксиб кунда 100 мг. дан 2 маҳал буюрилади.
- Опиоид қаторидаги марказий таъсир этувчи оғриқни қолдирувчи ДВ лар парацетамол ёки ЯҚНДВ таъсири бўлмаганда қисқа муддатга кучли оғриқни қолдириш учун қўлланилади. ОА да кенг қўлланиладиган кучсиз таъсирга эга бўлган опиатга трамадол киради. Трамадол биринчи куни 50 мг дан берилиб, кейинчалик дозаси секин – аста 200 – 300 мг. гача кўпайтирилади.

Секин таъсир этувчи симптоматик ДВ

Уларнинг таркиби бўғим тоғайининг табиий компонентларидан иборат. ОА да бу препаратлар оғриқни босувчи таъсир қилади. Уларнинг фойдали таъсири тўхтатилгандан кейин ҳам давом этади. Беморлар бу дори таъсирини яхши қабул қилади, лекин ундан узоқ ва давомли фойдаланиш ҳамон мунозарали ҳисобланади.

- Хондроитин – кунда 750 мг. дан 2 маҳал 3 ҳафта мобайнида, кейинчалик эса кунда 500 мг. дан 2 маҳал, даволаниш курси 6 ой.
- Глюкозамин – кунда 1500 мг. дан 4 – 12 ҳафта мобайнида, йил давомида унинг даволаш курсини 2 марта такрорлаш керак.
- Гиалуронат унумлари – бўғим ораллиғига юборишда ишлатилади. У асосан оғриқни босувчи ва ОА ни функциясини тиклашга қаратилган.

Колхицин. Бу дори кўп сонли бўғимлар яллиғланганда, оғриқ кучайганда кунда 1 мг. дан буюрилади. ОА нинг синовиал суюқлигида кристаллсифат кальций пирофосфатни аниқлашда ишлатилади. Шу тариха колхицин нейтрофилларнинг кристаллар орқали дегрануляциясини камайтиради ва кунда 1 мг. дан буюрилади.

Гидроксихлорохин. ОА нинг яллиғланиш ва эрозияларида кунда 200 мг. дан қўлланилади. Ҳозирги вақтда бу препарат таъсирини назорат қилувчи текшириш усуллари йўқ.

ГКС ни бўғим бўшлиғига юбориш. ОА да яллиғланиш белгилари бўлганда қўллаш мумкин. Фақат тизза бўғимига юборилади. Бу дорининг таъсири 1 ҳафтадан 1 ойгача давом этади. Триамцинолон (20 – 40 мг.), метилпреднизолон (20 – 40 мг.), бетаметазон (2 – 4 мг.) препаратларини қўллаш мумкин. Уларни юборишни йилига 2 – 3 мартадан оширмаслик керак. Тез – тез буюриш натижасида бўғим тоғайида емирилиш кучаяди.

ХИРУРГИК ДАВО

- Бўғимларда кучли оғриқ бўлиши, терапевтик даво қилмаслиги, бўғимлар функциясининг жиддий бузилиш ҳолларида бўғимларни эндопротезлаш

мумкин. Бу протезни бўғимлардаги деформация, контрактурали ўзгаришлар ва мушаклар атрофиясидан аввал қилиш керак бўлади.

- ◆ Тос – сон бўғимлари эндопротез қилинганда оғриқ боади, ҳаракат функцияси тикланади ва беморнинг ҳаётга қизиқиши ошади. Инфекцион касалликлар асорати оқибатида қайта операция қилиш йилига 0,2 – 2 % ни ташкил қилади. Операция 45 – 75 ёш атрофидаги шахсларда яхши натижа беради. Айрим ҳолларда ёши ўтган қарияларда ҳам бу амалиёт ижобий самара берган, лекин бундай беморларни узок муддат давомида касалхонада ётиши, даволанишнинг қимматга тушиб кетишига олиб келиши мумкин.
- ◆ Кўп сонли тизза бўғимларини протез қилиш оғриқнинг боишига ва унинг ҳаракат функциясини тиклашга олиб келади. Текширувларнинг қарама – қарши натижалари туфайли тана вазнининг ошиб кетиши бундай операцияга тўсқинлик қилиши аниқланмаган.
- Артроскопик муолажалар
 - ◆ Тизза бўғимларини лаваж қилиш артроскопияда бажарилади, детрит ва қон қуйқасини олиб ташлаш оғриқсизлантиришга олиб келади. Бу ўрта ҳисобда 3 ой давом этади. Лаважнинг синовиал суюқлигида пирофосфат кальций кристалларини аниқлаш яхши натижа беради. ОА да тизза бўғими соҳасини лаваж қилишни консерватив ва бўғим оралиғига суюқлик юбориб қўллаш мумкин. Бироқ “сохта артроскопия” нинг мусбат самараси ҳақида маълумотлар бор (тешиш + муолажа йўқлиги, яъни плацебо самарасини яратиш), бу ОА ни даволашда лаваж ўрнини аниқлаб олиш кераклигини кўрсатади.
 - ◆ Артроскопияда “бўғим сичқони” ни олиб ташлаш бўғим ҳаракатининг тикланишига олиб келади.
- Остеотомия – ОА ни жарроҳлик билан даволашнинг янги тури. Сон суягининг юқори остеотомиясини тизза бўғимини эндопротезлаш билан солиштиришда клиник тажрибаларнинг яқка ҳолдаги натижалари мавжуд. Улардан бири оғриқни даволашда ва бўғим фаолиятини тиклашда остеотомиянинг қулайликлари ҳақида гувоҳлик беради. Бошқа текширувда эса юқорида айтилган ОА ни даволаш турлари орасида клиник натижа бўйича фарқ деярли аниқланмаган. Шундай қилиб, ОА ни даволашда остеотомиянинг ўрнини аниқлаш давом этмоқда.

БЕМОРНИ ЎРГАТИШ

Беморлар учун ўргатиш дастурини қўллаш даволанишда юқори натижа беради. ОА ли беморларга тиббиёт мутахассислардан бошқаларини мунтазам кўнғироқлари, шунингдек уларнинг ўзини ёки оила аъзоларини кундалик машқларга ўргатиш оғриқ белгисини бирмунча камайтириш ва бўғимлар фаолиятини яхшилаши мумкин деган фикрлар бўлса ҳам, аммо бу қўшимча текширувлар талаб қилади.

ДАВОМЛИ КУЗАТУВ

Узок кузатув даврида қуйидагилар бажарилади • Зарарланган бўғимлар сони ва динамикасини баҳолаш • Оғриқнинг интенсивлигини баҳолаш • Бўғимлар

фаолиятини, уй ва касб вазифаларини бажариш имконияти, даво воситаларининг қўшимча таъсирини баҳолаш • Лозим топилганда даво воситаларини коррекция қилиш • Дори воситасини бекор қилиш ёки алмаштириш • Беморларнинг берилган тавсияларга тўғри риоя қилишлари, шунингдек парҳез ва режимни нечоғлик бажаришларини кузатиб бориш.

ПРОГНОЗИ

Ҳаёт кечиришга нисбатан – таҳдид солмайди, шунга қарамай ОА кўп мамлакатларда ногиронликка олиб келувчи сабаблар ичида олдинги ўринлардан бирида туради. Бу касалликнинг ижтимоий аҳамиятини белгилайди. ОА сабабли операциялардан сўнг ўлим 1 % ни ташкил этади.

ҚОРИН АОРТАСИ АНЕВРИЗМАСИ

Қорин аортаси аневризмаси – бу деворлардан бирининг локал (қопсимон) шишиши ёки томирнинг бутун айланаси бўйлаб диффуз кенгайиши туфайли аорта диаметрининг 3 сантиметрдан кўпроққа кенгайишидир.

ХКК-10: • **171.1** Аорта кўкрак қисмининг ёрилган аневризмаси • **171.2** Аорта кўкрак қисми аневризмаси ёрилиш хавфсиз • **171.3** Қорин аортасининг ёрилган аневризмаси • **171.4** Қорин аортасининг аневризмаси ёрилиш хавфсиз • **171.5** Кўкрак ва қорин аортасининг ёрилган аневризмаси • **171.6** Кўкрак ва қорин аортасининг аневризмаси ёрилиш хавфсиз • **171.8** Аортанинг жойлашуви аниқланмаган ёрилган аневризмаси • **171.9** Аортанинг жойлашуви аниқланмаган ва ёрилиш хавфи бўлмаган аневризмаси.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯСИ

Сабаблари: атеросклероз (кўпинча), носпецифик аортоартериит, специфик артериит (, захм), шикастланишлар (кўпроқ ятроген жароҳатлар – аортадаги реконструктив операция, ангиография, баллон ангиопластикадан кейин), туғма бириктирувчи тўқима дисплазияси.

Учраши: катта ёшдаги аҳолининг 2-4% ини ташкил этади. 65 ёшдан ошган эркакларда – 11% ҳолларда учрайди. Барча аорта аневризмаларининг орасида қорин аортаси аневризмасининг улуши 80% дир.

Жинси: Эркак ва аёлларда учраш нисбати 5:1-7:1.

Кўпроқ учрайдиган ёш: Беморларнинг тўртдан уч қисми 60 ёшдан қаттарок.

Ўлим ҳолатлари: Ҳар йили диаметри 4 см. бўлган аневризмаларнинг 1% ва диаметри 6 см. дан катталарда эса 10% да ёрилиш кузатилади. Аневризма ёрилиши 90% ҳолатларда ўлим билан тугайди. АҚШда қорин аортаси аневризмаси ёрилиши оқибатида ҳар йили 15000 киши ҳалок бўлади.

ПРОФИЛАКТИКАСИ

Чекишдан тийилиш, чунки бу энг асосий хавфли омилдир. 4 см. дан катта бўлган аневризмаларнинг 78% чекиш билан боғлиқдир. АГ ва сурункали обструктив бронхитни даволаш.

СКРИНИНГИ

65 ёшдан ошган эркакларда, айниқса хавфли омиллар (АГ, чекиш) мавжуд бўлганда, қорин аортасининг «симптомсиз» аневризмасини бартараф қилиш учун қорин бўшлиғини УТТ қилиш тавсия этилади. УТТ қилишнинг иложи бўлмаган тақдирда унга нисбатан анча самарасизроқ усул – қоринни пайпаслашни ўтказишни унутмаслик керак.

КЛАССИФИКАЦИЯСИ

Патологоанатомик

- **Ҳақиқий** аневризмалар: шишиб чиққан жой интим қават билан қопланган (бириктирувчи тўқимали дисплазияда, аортитда).
- **Ёлғон** аневризмалар: томир девори чандикли бириктирувчи тўқимадан ташкил топган. Бу ўрта қобикнинг интимаси ва эластик каркаси бузилиши натижасида (кўпинча жароҳатланишлар туфайли) пайдо бўлади.

Хирургик (хирургик тактикани аниқлайди):

- Супраренал ♦ Изоляциялашган ♦ Диффуз қорин аортаси бифуркациясининг шикастланмаслиги билан кечадиган ♦ Қорин аортаси бифуркациясининг жараёнга кўшилиши билан кечадиган;
- Инфраренал ♦ Қорин аортаси бифуркациясининг шикастланмаслиги билан кечадиган ♦ Қорин аортаси бифуркациясининг жараёнга кўшилиши билан кечадиган.

Ўлчами бўйича классификацияси: • Кичик – диаметри 5 см. гача бўлган • ўрта – диаметри 7 см. гача бўлган • Катта - диаметри 7 см. дан катта (76 % ҳолларда бундай аневризмалар ёрилади).

ДИАГНОСТИКАСИ

Анамнези

Одатда аорта аневризмаси билан оғриган беморлар – оёқлари облитерацияловчи атеросклероз билан хасталанган, ёши 65 ёшдан ошган эркаклардир. Кўпинча улар ашаддий чекувчи ёки сурункали обструктив бронхит ёки АГ билан касалланган кишилардир.

Жуда кам ҳолларда аорта аневризмалари Марфан ёки Элерса – Данло синдромида ва коллагенозларда учрайди.

24 % ҳолатларда қорин аортаси аневризмаси белгисиз кечиб, профилактик кўрик пайтида қорин пайпасланаётганда, шунингдек, қорин бўшлиғи рентгенографиясида (аневризма деворини кальцификация қилишда) ёки бошқа бир сабабларга кўра лапаротомия қилинганда аниқланиши ҳам мумкин.

Қолган 76 % беморларда юзага чиқадиган **хос белгилар:**

- Мезогастрияда ёки киндикдан чапда оғриқ. Оғриқ одатда зиркираб турадиган, қаттиқ санчмайдиган характерга эга. Аневризма тезлик билан кенгайиб, ёрилиш хавфи пайдо бўлганда, беҳосдан ўткир оғриқ бошланади, бундай ҳолатларда наркотик анальгетиклар қўллаш талаб этилади. Оғриқ белга, орқага, думғаза соҳаларига тарқалиши мумкин.
- Қоринда қисқариб турадиган ҳоанинг пайдо бўлиши.

Билвосита (қўшимча) белгилар

- **Абдоминал синдром** (анорексия, қайт қилиш, ич қотиши) қорин аортаси висцерал тармоқларининг (шоҳларининг) жалб қилиниши ёки ўн икки бармоқли ичакнинг сиқилиши натижасида келиб чиқади.
- **Урологик синдром** (бўйрак санчиғи, гематурия, мойдаги оғриқлар) бўйракнинг ўз жойидан жиши, сийдик йўлининг, мойк артерияларининг ва веналарнинг сиқилиши билан боғлиқ.
- **Ишиорадикуляр синдром** (белдаги оғриқлар, оёқлардаги ҳаракатланиш ва сезгирликнинг бузилишлари) умуртқа поғонасининг, орқа миянинг бел соҳасидаги асаб тугунчаларининг сиқилишида ривожланади.
- **Оёқларнинг сурункали ишемияси синдроми** (вақти-вақти билан пайдо бўладиган оқсоқланиш, оёқлардаги трофик бузилишлар) оёқ артерияларининг окклюзияси билан боғлиқ.

Аорта аневризмаси ёрилиши билан оғриган беморлар касалхонага шок ҳолатида тушиши мумкин (цианоз кўринишлари, тери қопламасининг мармарсимон тусда бўлиши, эс-ҳушнинг бузилиши, тахикардия, гипотензия). Уларнинг тахминан 65% махсус тиббий ёрдам кўрсатилмасиданоқ ҳалок бўлади. Аммо кўп ҳолларда ўлимдан олдин улар ҳолатининг вақтинча барқарорлашиш даври кузатилади ва (аневризма қорин орти бўшлиғига ёрилган ҳолларда барқарорлашув содир бўлиши мумкин) бу давр шошилишч хирургик амалиётга тайёргарлик кўриш имкониятини беради. Бундай ҳолат тромбоз туфайли қон кетишининг тўхташи, артериал гипотензия, аорта девори ёрилган жойнинг тампонадаси туфайли юзага келади.

ФИЗИКАЛ ТЕКШИРУВ

Қориндаги уриб турувчи ҳоа (ўрта чизик бўйлаб ёки ундан чапроқда мезо- ёки эпигастрал соҳада).

Аневризма супраренал жойлашганда одатда шишнинг юқори чегарасини аниқлаб бўлмайди. Инфраренал жойлашган аневризмаларда қовурға ёйи билан аневризма ўртасида кафт қиррасини жойлаштириш мумкин. Ҳоа эластик консистенцияли, овал шаклда, кўп ҳолларда ҳаракати чекланган бўлади. Пайпаслаганда оғриқ сезилади.

Аневризма устида 50 – 60% ҳолларда **систолик шовқин** эшитилади.

Оёқлар ўткир ишемиясининг клиник манзараси (аорта бифуркацияси ёки ёнбош артериянинг аневризма ичидаги томирда ивиб қолган қон билан ёпилишида): оёқларда ўткир оғриқ, парестезия, сон артериясида пульсация йўқолиши, оёқ терисининг мармарсимон тусда бўлиши, терининг совуб кетиши.

Қорин парданинг таъсирланиш белгилари ва паралитик ичак тутилиши ҳамда циркулятор коллапс билан бирга (аневризманинг қорин бўшлиғи ёки қорин парда ортида ёрилишида).

Ўткир ривожланувчи ўнг қоринча етишмовчилиги клиникаси (аневризманинг пастки ковак вена ҳовузида ёрилишида): хансираш, юракнинг тез – тез уриши, асцит, жигарнинг катталашиши.

Ошқозон-ичакдан қон кетиши белгилари (аневризманинг ўн икки бармоқли ичакда, ошқозонда ёки ингичка ичак бўлимида ёрилишида): “кофе қуйқаси” рангида қайт қилиш, қора ахлат.

ЛАБОРАТОРИЯ ТЕКШИРУВЛАРИ

Қорин бўшлиғининг обзорли рентгенографияси кальцификацияланган аневризматик қопни аниқлаш имконини беради. 50 % дан кам ҳолларда кальцификация жараёни кечишини ҳисобга олсак, текшириш усулининг унчалик аниқ эмаслиги аён бўлади. Одатда рентгенологик топилмалар – тасодифан, улар бошқа бир касалликни (масалан, сийдик – тош) аниқлаш жараёнида топилади ва аорта аневризмалари диагностикасида махсус қўлланилмайди.

Қорин бўшлиғини УТТ – бу ноинвазив текширув бўлиб, 100% аниқликка эга ва уни бемор тўшагининг олдида ўтказиш мумкин. Аневризма ўлчамларини ва қорин бўшлиғидаги эркин суюқлик (қон) борлигини аниқлаш имконини беради. Бундан ташқари, **ультратовушли рангли дуплекс сканерлаш** ёрдамида аневризматик қопдаги қон оқими йўналиши ва тезлигини ҳам баҳолаш мумкин.

- УТТ нинг камчилиги. Метеоризмда ва семиз беморларда аортани кўриш қийинлиги.
- УТТнинг асосий вазифаси: касаллар скрининги ва аневризма ўлчамлари динамикасини назорат қилиш.

КТнинг УТТдан кўра афзаллиги: аневризманинг кенглиги ва узунлигини аниқроқ белгилаши, шу жумладан у супраренал жойлашган ҳолатда ҳам. Висцерал артерияларнинг ҳам жараёнга қўшилганлигини аниқлаш. Қорин парда орти соҳаси ва буйракларни кўриш. Семизлик ва метеоризм халақит бермаслиги. Аневризма ёрилишларини аниқланиши.

- Спирал КТ аневризмадан кетувчи томирлар шикастланишларини ва унга яқин аъзоларнинг жараёнга қатнашганлигини аниқлайдиган аневризманинг уч ўлчовли моделини тузиш имконини беради.
- КТнинг камчилиги: нархларнинг баландлиги, текширишларнинг узок давом этиши, контраст моддалар юборилиши.

МРТ ҳам КТ га ўхшаш маълумотлар олиш имконини беради, беморлар ионлаштирувчи нурланиш билан алоқада бўлмайдилар. КТ билан солиштирганда аневризмадан чиқувчи артериялар яхшироқ кўринади. Камчиликлари худди КТники сингари. Ахволи барқарор беморларгагина қўллаш мумкин. Металл монитор ускуналарни қўллаш мумкин эмас.

Ангиография аневризманинг анатомик хусусиятларини энг аниқ белгилаб беради, шу сабабли, беморларни операция қилишдан олдин фойдаланилади. Айниқса аневризманинг супраренал ёки торако-абдоминал жойлашувида, буйрак артериялари стенозида, Лериш синдромида, ички аъзолар ишемиясида кенг қўллаш тавсия этилади. Ангиографиянинг камчиликлари: инвазивлиги, асоратлар хавфи (қон кетиши, перфорация, оёқлар артерияси тромбоэмболияси). Шу сабабли ангиография фақатгина операция қилинадиган беморларда ўтказилади.

ДИФФЕРЕНЦИАЛ ДИАГНОСТИКАСИ

Аневризма ёрилганда ёки ёрилиш хавфи тахмин қилинганда қуйидаги касалликларни инкор этиш лозим:

- Ўткир аппендицит;

- Ўткир ичак тутилиши ва ичак инфаркти;
- Ўт-тош касаллиги;
- Меъда ва ўн икки бармоқли ичакнинг яра касаллиги (ёки гастрит) ♦ Ошқозон-ичакда қон кетиши ♦ Перфоратив яра;
- Миокард инфаркти;
- Панкреатит;
- Буйрак санчиғи ♦ Пиелонефрит ♦ Аёллардаги сийдик чиқариш йўллариининг инфекцияси ♦ Сийдик-тош касаллиги.

МУТАХАССИС МАСЛАҲАТИГА КЎРСАТМАЛАР

Радиолог маслаҳати ҳолати барқарор, клиник белгилари бўлмаган касалларга текшириш усуллари аниқлаш учун тавсия этилади (УТТ, КТ ёки МРТ). Аневризма диаметри 4 см. дан катта бўлса, УТТ йилда икки мартаба такрорланиши керак.

Ангиохирург маслаҳати • Аневризма ёрилганлиги тахмин қилинганда • Ёрилиш хавф солиб турганда (хос ёки билвосита белгилар пайдо бўлганда) • Белгисиз аневризмаларда (диаметри 5 см. ва ундан каттароқ) • Аневризманинг тез кенгайишида (6 ой ичида 0,5 см. дан кўпроқ) • Аортанинг сегментар кенгайишида (агар у туташ бўлимдан 1,5 баробардан кенгроқ бўлса).

ДАВОЛАШ

Даволашдан мақсад

- Аневризма ёрилиши туфайли ўлим ҳолатини олдини олиш.
- Аневризманинг органларга ва пастки ковак вена ҳовузига ёрилиш хавфининг олдини олиш.
- Оёқлар артериялари тромбоземболиясининг профилактикаси.

ШИФОХОНАГА ЁТҚИЗИШГА КЎРСАТМАЛАР

Диаметри 5 см. ва ундан катта аневризмалар – режалаштирилган хирургик амалиётлари учун. Хирургик амалиётга қарши кўрсатмалар: ўткир коронар ва бош мия қон айланиши бузилишлари яққол кузатиладиган неврологик етишмовчилик; қон айланиши етишмовчилигининг II Б - III босқичлари. Аневризмаси ёрилган ёки ёрилиш хавфи гумон қилинган беморлар (белгилари: қоринда ва орқада оғриқ кучайиши, қайт қилиш, ҳушдан кетиш, эс-ҳушнинг хиралашиши).

ДОРИЛАРСИЗ ДАВОЛАШ

Аневризмаси ёрилиши гумон қилинган беморлар оксигенотерапия олишлари лозим; уларда ЭКГ, АБ ва МВБ кузатилиши керак. Операциядан кейинги даврда даволаш физкультураси ва массаж мажбурийдир (оёқлардаги чуқур веналарнинг флеботромбози, гипостатик пневмония, ётоқ яраларини олдини олиш учун).

ДОРИЛАР БИЛАН ДАВОЛАШ

Аневризма ёрилганда (одатдаги схемалар бўйича) қуйидаги муолажалар қилинади:

- Наркотик анальгетиклар билан монанд оғриқсизлантириш.

- Гемотрансфузия ва қон ўрнини босувчи препаратлар билан АБ ни 90 мм. сим. уст. даражасида барқарорлаштириш. Аневризма ёрилиши хавфи бўлганда АБ ни нормаллаштириш (стандарт усуллар бўйича). β -адреноблокаторлар (масалан, атенолол), кальций каналлари блокаторлари (масалан, нифедипин) тавсия этилади. Операциядан кейинги даврда беморлар антибиотиклар (кўпинча цефалоспоринлар гуруҳидаги), антикоагулянтлар (фракционлаштирилган гепаринлар) олишади. Кейинчалик аста-секин дезагрегантларга (ацетилсалицил кислотаси) ўтилади.

ХИРУРГИК ДАВОЛАШ

Қорин аортаси аневризмасини даволашнинг икки усули мавжуд.

- **“Очиқ операциялар”** қорин аортасини протезлаш. Қорин кегандан кейин аневризматик қопча очилади, ундан юқорироқ ва пастроқда аорта қистирилади. Аневризма узунасига кеиб очилади. Ичидан тромботик масса олиб ташланади. Қонаб турган бел артериялари тикилади. Соғлом тўқималар чегарасида аортанинг марказий ва периферик учлари синтетик томир протези билан анастомозланади. Аневризмага ичактутқич ёки буйрак артериялари ҳам тушиб қолган ҳолларда улар протез ичига имплантация қилинади. Протез аневризма деворлари билан ўраб қўйилади.
- **Эндоваскуляр протезлаш.** Операциянинг моҳияти аневризма ичига томир деворини мустаҳкамловчи каркас (эндопротез) қўйишдан иборат. Эндопротез махсус зонд ёрдамида букланган ҳолда сондаги интакт артерия орқали ўтказилади. Унинг ҳаракати рентгенологик усулда назорат қилинади. Аневризмага киритилгандан сўнг протез очилади ва томир деворларини мустаҳкамлайди. Эндоваскуляр протезлаш очиқ операцияга нисбатан кўпроқ асорат келтириб чиқаради (масалан, эндопротезнинг миграцияси содир бўлиши ёки аневризма янада кенгайиши мумкин). Эндопротезлаш аневризма ёрилишининг профилактикаси сифатида самарали эканлиги тўғрисида шубҳа ҳам мавжуд. Эндопротезлангандан кейин дастлабки 4 йилнинг ҳар йилида беморларнинг 10% и қайта операция қилинган. Шу сабабларга кўра, эндопротезлашдан кейин беморлар умрбод врач назорати остида бўлишлари керак.

ОПЕРАЦИЯ АСОРАТЛАРИ

Буйрак етишмовчилиги. Аневризмалар ёрилиши бўйича ўтказилган операциялардан кейин 21% ҳолларда, режали қилинган беморларнинг – 2,5% ида юзага келади. Ўлим ҳолатлари 90% гача етади.

Ичак инфаркти (ичактутқич устки артерияси тромбозиди) ёки **ишемик колит** (ичактутқичнинг пастки артерияси тромбозиди) юзага келади. Бу асоратлар беморларнинг 6% ида кузатилади. Ичак инфаркти деярли 100% ҳолларда ўлимга олиб келади. Ишемик колитда эса – 50% ҳолларда ўлим кузатилади. Ўлим ичак некрози замирида йирингли перитонит натижасида келиб чиқади. Асоратнинг эрта белгилари: ахлатда қон аралашмаси бўлган операциядан сўнгги диарея. Кечки асоратлар: паралитик ичак тутилиши ва қорин пардасининг таъсирланиши аломатлари. Профилактикаси: хирургик аралашини вақтидан бошлаб

антикоагулянтларни тавсия этиш. Даволаш – ичакнинг некрозга учраган бўлими резекцияси, проксимал колоностомия (йўғон ичак жароҳатланганда), қорин бўшлиғи санацияси.

Орқа мия ишемияси. (0,25% ҳолатларда) орқа мияни қон билан таъминловчи Адамкевич артерияси жароҳатланганда кузатилади. Параплегия, сийдик ва ахлат тута олмаслик, жароҳат олган ердан пастда проприоцептив сезгирлик сақланган ҳолда ҳарорат ва оғриқ сезгирлигининг йўқолиши орқали намоён бўлади.

Протез ёки анастомоз соҳасининг инфекцияланиши (имплантация қилинган протезларнинг 1-4% ларида учрайди). Операциядан олдин ва кейин антибиотиклар тавсия этилса, бу кўрсаткични пасайтириш мумкин. Танлаш препаратлари – цефалоспоринлар.

Клиник манзараси: иситмалаш, қориндаги нохуш сезги, яллиғланиш инфилтратлари. Оёқлардаги терида кўплаб петехиялар бўлиши мумкин. Диагностикаси: аортография, қизилўнғач, ошқозон ва ўн икки бармоқли ичак эндоскопияси. Даволаш: кейинчалик инфекцияланган протезни олиб ташлаш билан икки томонлама анатомик бўлмаган артериал шунтлаш. Протезни йиринг қоплаганда 35-50% ҳоллар ўлим билан тугайди.

БЕМОРНИ ЎРГАТИШ

Беморлар билан қуйидаги масалаларни муҳокама қилиш керак ● Чекишни ташлашнинг муҳимлиги (“чекувчилар йўтали” аневризмаларнинг кенгайишини тезлаштиради ва унинг ёрилишига туртки беради) ● Қоринда, орқада ва оёқларда оғриқ, дизурия, диспепсия пайдо бўлганда зудлик билан шифокорга мурожаат этиш кераклиги ● Шифокорни олдиға мунтазам келиб туриш ва кейинги ташрифнинг вақти ● Хирургик даволашнинг мумкин бўлган вариантларининг моҳияти.

МУТАХАССИС МАСЛАҲАТИГА КЎРСАТМАЛАР

Операциядан олдин бемор ● ЮИКнинг қанчалик оғирлигини баҳолаш ва текшириш усулларини танлаш (ЭхоКГдан тортиб коронарографиягача) учун **кардиологдан** маслаҳат олиши керак. Баъзан хирургик даволашнинг биринчи босқичи миокард ревазулиризацияси бўлиши мумкин ● **нефролог** – сурункали буйрак етишмовчилигини инкор (ёки коррекция) қилиш учун ● **эндокринолог** – йўлдош ҚД ни даволаш учун.

БЕМОРНИ КЕЙИНЧАЛИК ОЛИБ БОРИШ

Операция қилинган беморлар

- Беморларда қон томир протези тромбози профилактикаси учун муолажа ўтказиб туриш керак. Вазиятдан келиб чиқиб (протезнинг тури, томир дистал ўзанининг жароҳатланиши), қуйидаги тадбирлар ва ДВ тавсия этилади ♦ Тромбоз хавфи катта бўлса – билвосита антикоагулянтлар, масалан варфарин, ХНМ 2,0-2,5 даражада тутиб турилган ҳолда. Операциядан кейинги биринчи ой мобайнида ХНМ ҳар ҳафта назорат қилинади, кейинчалик (кўрсаткич барқарорлашгандан кейин) – ойда бир марта. Қуйидаги йўлдош касалликлар мавжуд бўлса, айниқса эҳтиёт бўлиш

керак: жигар ва буйрак касалликлари, ошқозон ва ўн икки бармоқли ичак ярасининг хуружи, тромбоцитопения, алкоголизм ♦ Бошқа ҳолатларда антиагрегантларни, масалан клопидогрелни кунда 75 мг. ёки ацетилсалицил кислотасини кунда 100 мг. дозада қўллашнинг ўзи кифоя. Қарши кўрсатмалар – жигар функциясининг оғир бузилишлари, яра касаллиги.

- Ҳар 6 ойда шифокорнинг назорат кўригидан ўтиш керак. Бунда қоринни пайпаслаш ва аускультацияси, сон артерияларини пайпаслаш (яъни, протез окклюзияси ва анастомоз соҳаларида эҳтимолий аневризмаларни излаш) ўтказилади. Зарурат бўлса, аортанинг ультратовушли рангли дуплекс сканерлаш бажарилади.
- Эндovasкуляр протезни имплантациясидан кейин ҳар 6-12 ойда КТ ни такрорлаб туриш лозим.
- **Операция қилинмаган беморлар** • УТТ – агар аневризманинг диаметри 4 см. дан кичик бўлса – йилига бир марта ва ундан каттароқ бўлса – йилига икки марта.
- Йўлдош АГ ни даволаш.

ПРОГНОЗИ

Қорин аортасининг **операция қилинмаган аневризмаси** то ёрилгунга қадар чуқурлашиб бораверади (агар бошқа сабабларга кўра бемор олдинроқ ўлмаса). Ўрта ҳисобда аневризмаларнинг диаметри йилига 4 мм. га катталашади. Аневризмаларнинг хавфли ўлчамлари: диаметрининг 6 – 7 см. бўлиши (аневризманинг кенглиги 5 см. дан кичикроқ бўлганда ёрилишлар ўртача 5% га тенг; 6 см. гача бўлса – 16%; 7 см. дан каттароқ бўлса – 76% да содир бўлади).

- Аневризмасининг диаметри 6 см. гача бўлган беморнинг операциясиз бир йил яшаш эҳтимоли 75% ва беш йил яшаш эҳтимоли 50%.
- Аневризмасининг диаметри 6 см. дан каттароқ беморларнинг бир йил яшаш эҳтимоли 50% ва беш йил яшаш эҳтимоли – 6%.

Операциядан кейинги ўлимлар режалаштирилган хирургик амалиётдан кейин – 6%, аневризма ёрилиши туфайли шошилиш операциядан кейин – 30-70% ни ташкил этади.

СПОНДИЛОАРТРОПАТИЯЛАР

Спондилоартропатиялар – бириктирувчи тўқиманинг яллиғланиш касаллиги бўлиб, ирсий мойиллиги бўлган шахсларда ривожланади ҳамда умуртқа – чаноқ ва периферик бўғимлар, камроқ бошқа аъзолар ва тизимлар (кўз, тери) зарарланиши билан кечади. Спондилоартропатия – ўз ичига алкоголизм, анкилозловчи спондилит, псориастик артрит, реактив артритлар (жумладан Райтер синдроми), энтеропатик артритлар (носпецифик ярали колит, Крон касаллиги, Уиппл касаллиги) ва дифференциялашмаган спондилоартропатияларни олади.

ХКК-10: • **М02.0** Ичак шунти билан ўтадиган артропатия • **М02.3** Рейтер касаллиги • **М02.8** Бошқа реактив артропатиялар • **М07*** Псориастик ва энтеропатик артропатия • **М08.1** Ўсмирлар анкилозловчи спондилити • **М09***

Бошқа манбаларда тасниф қилинадиган касалликлардаги ўсмирлар (ювенил) артрита • **M45** Анкилозловчи спондилит **Эпидемиологияси.** Спондилоартропатиянинг тарқалиши 1000 аҳолига 5 – 12 кишига тўғри келади.

ДИАГНОСТИК МЕЗОНЛАРИ

Спондилоартропатияни ўрганиш бўйича Европа гуруҳи таклиф этган классификацияси учун дастлабки мезонлар.

- Бел соҳасида яллиғланиш характеридаги оғриқ – белдаги оғриқлар (текшириш вақтида ёки анамнезда), характери қуйида кўрсатилган бештадан тўртта белгига мос келса ♦ 45 ёшгача пайдо бўлади ♦ Аста – секин кучаяди ♦ Жисмоний зўриқишдан сўнг камаяди ♦ Эрталабки ҳаракатнинг чекланиши ♦ 3 ойдан кам давом этмайди.
- Синовит – асимметрик ёки оёқ бўғимларини шикастловчи артрит (текшириш вақтида ёки анамнезда).
- Оилавий анамнез – оила аъзоларида биринчи ёки иккинчи даражадаги қариндошларда қуйидаги белгилар топилади ♦ Шакл бузувчи спондилит ♦ Псориаз ♦ Ўткир увеит ♦ Реактив артрит ♦ Ичакнинг яллиғланиш касаллиги.
- Псориаз, врач ташхис қўйганидан сўнг (текширув вақтида ёки анамнезда).
- Ичак яллиғланиши касалликлари – Крон касаллиги ёки носпецифик ярали колит врач кўригидан ва рентгенологик текширув ёки колоноскопия текширувидан сўнг (текширув вақтида ёки анамнезда).
- Думғазадаги оғриқ – ўнг ва чап думба оралиғида оғриқ (текширув вақтида ёки анамнезда).
- Энземопатиялар – пайпаслаганда ахилл пайи ёки товон фасциясида тўсатдан оғриқлар.
- Ўткир диарея – артрит бошланишидан бир ой олдин ич кетиш ҳоллари.
- Уретрит – артрит ривожланишидан бир ой олдин гонококксиз уретрит ёки цервицит.
- Сакроилеит – икки томонлама (II – IV босқичлари) ёки бир томонлама (III – IV босқичлари). Сакроилеит босқичи рентгенологик ўзгаришларга қараб аниқланади • 0 – нормал рентгенологик кўриниш • I – сакроилеит бўлиши мумкин • II – кам ўзгаришлар: бўғим ёриқларининг сохта кенгайиши эрозиялар билан ёки субхондрал остеосклероз • III – ўртача ўзгаришлар: эрозия, склероз, бўғим ёриқларининг бир хил бўлмаган кенгайиши ёки торайиши, қисман анкилоз • IV – ёнбош – думғаза бўғимлари анкилози.

Спондилоартропатия диагнози бирламчи ва иккиламчи мезонлар аниқланиб, камида битта қўшимча мезон қўшилганда қўйилади (сезувчанлик ва спецификлик - 87%).

АНКИЛОЗЛОВЧИ СПОНДИЛИТ

Анкилозловчи спондилит – сурункали систем яллиғланиш касаллиги бўлиб асосан умуртқа поғонаси ва думғаза – ёнбош бирикмалари шикастланади.

ХКК – 10 М – 45 Анкилозловчи спондилит

Эпидемиологияси. Касалланиш 100000 аҳолига 3,9 ва тарқалганлиги 1000 та аҳолига 4–14 ни ташкил этади. Ўлим анкилозловчи спондилитда 5% этади, унинг асосий сабаби – орқа мия эзилишига олиб келувчи бўйин умуртқалари патологияси, энг кўп 15–30 ёшда, асосан эркакларда (3:1) учрайди.

КЛАССИФИКАЦИЯСИ. Бирламчи (идиопатик) анкилозловчи спондилит ва иккиламчи (реактив артрит, псориаз ёки ичак яллиғланиш касалликлари билан боғлиқ) турлари тафовут қилинади.

ДИАГНОЗ

Анамнез

- Анкилозловчи спондилитда асосий шикоятлар – бел соҳасида, думба ва кўкрак қафасида оғриқлар, кечалари ёки тинчликда кучайиши, эрталабки қотиш билан бирга кечиб, жисмоний зўриқишдан сўнг сусайиши. Бўйин соҳасида кучли оғриқ бўлганда, атлант – аксиал бўғимнинг чала чиқиши ва умуртқаларнинг остеопороз натижасида синишини истисно қилиш.
- Ўткир олдинги увеитга кўзлардаги оғриқ, кўриш қобилиятининг бузилиши, ёруғликка қарай олмаслик каби шикоятлар хос.
- Кўкрак умуртқалари ва қовурғалар ҳаракати чекланиши натижасида ўпкада фиброз юзага келиши, бу ўз навбатида хансирашга сабаб бўлиши.
- Орқа мия илдизи эзилиши натижасида чаноқ аъзолари фаолияти бузилиши (анкилозловчи спондилитнинг кам учрайдиган асорати).
- Анамнез йиғишда 1 – даражали қариндошлар ичида анкилозловчи спондилит, олдинги увеит, ичак касалликлари, псориаз борлигини аниқлаш муҳим.

Физикал текшириш

- Характерли, аммо кечки белгиси – «тиланчи ҳолати», яъни бўйин – кўкрак кифози натижасида юзага келади.
- Шобер синамаи: L_v ўткир ўсимта соҳасига ва ундан 10 см. юқорига нукталар қўйилади, беморга бел соҳасида максимал эгилиш тавсия этилади ва яна бу нукталар масофаси аниқланади. Бу масофанинг 4 см. дан кам бўлиши бел умуртқалари ҳаракатининг чекланганидан далолат беради.
- Кўкрак қафаси экскурсиясини аниқлаш учун кўкрак қафаси айланаси кўкрак учи сатҳида нафас олиш ва чиқаришда ўлчанади; нормада булар орасидаги фарқ 5 см. дан кам эмас, анкилозловчи спондилитда бу камаяди.
- Ахилл пайининг бириккан жойлари, оёқ таги фасцияси, шунингдек ўткир ўсимта соҳаси ва ёнбош суяклар чети пайпасланганда оғриқ бўлади.
- Аортал клапан проекциясида диастолик шовқин пайдо бўлиши аортанинг кўтариловчи қисмида артрит юзага келганидан далолат беради.

Лаборатор текширишлар.

- ЭЧТ ва СРБ концентрациясининг ошиши, яллиғланиш жараёни фаоллигини акс эттиради.
- 50% беморларда нормохром камқонлик кузатилади.
- Умумий сийдик таҳлилида микрогематурия (IgA–нефропатияда) ва протеинурия (амилоид нефропатияда) бўлиши мумкин.
- Қон зардобида креатинин миқдорининг ошиши СБЕ юзага келганлигидан далолат беради.
- HLA B27 топилиши анкилозловчи спондилит диагностикаси учун етарли бўлмайди.

Инструментал текшириш

- Думғаза – ёнбош бўғимларини рентгенография қилиш анкилозловчи спондилитнинг диагностик мезонларидан бири – сакроилеитни аниқлаш имконини беради. Эрта босқичларида – бўғим тирқиши кенгайиши, кечки босқичида – торайиши, субхондрал эрозиялар ва кейинчалик анкилоз аниқланади.
- Умurtқалар ренгенограммасида – умurtқа танаси юқори ва пастки бурчакларида эрозиялар, умurtқа нормал ботиклигининг йўқолиши, узунасига чўзилиб ўтадиган боғламнинг оссификацияси кузатилади. Аста – секин шаклланувчи синдесмофитлар “бамбук таёғи” рентгенологик манзараси ҳо бўлишига олиб келади.
- Периферик бўғимлар ренгенограммасида пайларнинг суякларга бириккан жойларида деструктив ўчоқлар кўринишидаги энтезопатия белгилари аниқланади. (ёнбош суяк қирраси, куймич дўмбоқлари, сон суяги кемтиги ва товон дўмбоғига).
- АВ – ўтказучанлиги бузилганлини аниқлаш учун ЭКГ зарур (кам пайдо бўлади).

Нью – Йорк диагностик мезонлари (1984)

- Анамнезида бел соҳасида яллиғланишга хос оғриқлар борлиги (оғриқларнинг тинчликда кучайиши, жисмоний зўриқишда камайиши, эрталабки қотиш билан ўтиши камида 3 ой давом қилади).
- Бел умurtқалари соҳасида сагитал ва фронтал текисликларда ҳаракатнинг чекланиши.
- Кўкрак қафаси ҳаракатининг чекланиши (2,5 см дан кам).
- Рентгенологик мезонлар ♦ Икки томонлама сакроилеит II – IV босқичи ♦ Бир томонлама сакроилеит III – IV босқичи.

Анкилозловчи спондилит диагнозини қўйиш учун битта клиник ва битта рентгенологик мезон бўлиши кифоядир (сезувчанлик 83,4 %, спецификлик 97,8%).

Дифференциал диагностика

- Умurtқалар остеохондрозидида оғриқ тинчликда йўқолади ёки камаяди, орқа мия илдизлари зарарланиш белгилари билан кечади; рентгенограммада умurtқалараро диск баландлиги пасайиши, остеофитлар аниқланади.

- Спондилитда оғриқ тинчликда кучаяди; анамнезда ҚД, наркотиклар, иммунодепрессантлар қабул қилганлиги ҳақидаги маълумотлар муҳим аҳамиятга эга. Рентгенографияда умуртқаларда деструктив ўчоқлар аниқланади.
- Буйрак ва кичик чаноқ аъзолари касалликларидаги оғриқ дизурик симптомлар ёки гинеколог кўригидаги ўзига хос ўзгаришлар билан кечади.
- Форестье касаллиги асосан қарияларда учраб, гиперостоз ва олдинги узунасига ўтган боғлам кальцинацияси билан характерланади; Думғаза – ёнбош бўғимларида ўзгаришлар бўлади, аммо қон таҳлилида яллиғланишга хос ўзгаришлар аниқланмайди.

ДАВОЛАШ

Даволаш мақсадлари

- Оғриқни камайтириш.
- Умуртқалар ҳаракатини яхшилаш.
- Яллиғланиш жараёнини бартараф этиш

Шифохонага ётқизишга кўрсатмалар:

- Кескинлашганда амбулатор даволашнинг самарасизлиги.
- Неврологик асоратлар (от думи илдизи компрессияси, атланто – аксиал бўғими чиқиши).
- Ўпка учи фибрози туфайли ривожланган нафас етишмовчилиги.
- Клапан трансплантацияси талаб қилинадиган аортал етишмовчилик.
- Тўлиқ АВ – блокада.
- Артропластика талаб этиладиган сон – чаноқ бўғимларида ҳаракатнинг кескин чекланиши.

ДОРИЛАРИСИЗ ДАВОЛАШ

- **Режим.** Юрганда қоматни тўғри тутиш (аммо корсетдан фойдаланмаслик керак!), қаттиқ тўшак ва паст ёстикда ётиш. Касб фаолиятидаги умуртқа кифозини кучайтирадиган ҳаракатлар мумкин эмас.
- **Парҳез.** Анкилозловчи спондилитда махсус парҳез талаб қилинмайди.
- **Даволаш физкультураси.** Даволаш физкультураси оғриқни камайтиради ва умуртқалар ҳаракатчанлигини яхшилашга ёрдам беради. Сузиш, умуртқаларни ёзиш ва мушакларни тортувчи машқлар тавсия этилади.

ДОРИЛАР БИЛАН ДАВОЛАШ

- **Қисқа таъсир этувчи ДВ.** ЯҚНДВ тез (48 соат мобайнида) бел бўғимлардаги оғриқни камайтиради, шунга қарамасдан, дорини тўхтатганда 48 соатдан кейин оғриқ яна пайдо бўлади. Узок вақт ЯҚНДВ қабул қилиш анкилозловчи спондилитни олдини олмайди. Анкилозловчи спондилитда энг таъсирчан дори воситалари диклофенак (суткасига 50 мг. дан 3 маҳал) ва индометацин (суткасига 50 мг. дан 3 маҳал).

- **Узоқ таъсир этувчи ДВ.** Периферик артрит ва юқори яллиғланиш активлиги бўлган беморларга сульфасалазин 2–3 г / кунда ёки метотрексатни ҳафтасига 7,5 – 15 мг. дан қўллаш мумкин.
- Ўсмаларнинг некроз омилига қаратилган **моноклонал АТ** анкилозловчи спондилит юқори активлигида, бошқа дори воситалар таъсир этмаса, тавсия этилади. Уларга инфликсимаб 3 мг/кг в/и ҳар икки ҳафтада, 6 ҳафта, кейин ҳар 8 ҳафтада буюрилади.
- Глюкокортикоидлар периферик артритда бўғим ичига юборилади, аммо уларнинг самарадорлиги ревматоид артритга нисбатан паст.

Хирургик даволаш

- Сон – чанок бўғимлари оғир зарарланганда, бўғим функциясини яхшилаш мақсадида артропластика қилинади.
- Остеотомия – кўкрак умуртқалари оғир кифозида кўрсатилган, бу унинг функциясини яхшилайд.
- Аортал клапанларни протезлаш – худди келиб чиқиши ревматик бўлган аортал регургитациядаги кўрсатмаларга асосан амалга оширилади.
- Кардиостимулятор – тўлиқ АВ блокадада ўрнатилади (анкилозловчи спондилитда камдан – кам ҳолларда ривожланади).
- Ўпка резекцияси – анкилозловчи спондилитнинг кам учрайдиган ўпка учи фиброзида ўпка вентиляцияси бузилган бўлса зарур.

Беморларни ўргатиш. Даволаш натижасини яхшилаш мақсадида, беморларни режим ва махсус машқлар билан таништириш даволаш натижасини яхшилайд ва у билан боғлиқ ҳаражатларни камайтиради.

Мутахассис маслаҳатига кўрсатма

- Ревмотолог маслаҳати ЯҚНДВ адекват дозаларда наф бермаса, узоқ таъсирга эга ДВ танлаш, шунингдек бўғим ичига ДВ юбориш зарур бўлганда (агар умумий амалиёт врач бундай малакага эга бўлмаса).
- Хирург маслаҳати умуртқалар синганда ёки кардиостимулятор қўйиш, аорта клапани протези ва сон – чанок бўғимини артропластика қилиш масаласини ҳал қилишда (тегишли кўрсатмалар бўлганда).
- Нейрохирург маслаҳати орқа мия илдизлари компрессиясида зарур.
- Офтальмолог маслаҳати олдинги увеитни тўғри даволаш учун керак.

Кейинги кузатув

- Ҳар сафар кўрилганда бўйин умуртқалари ҳолати, энтезопат борлиги, елка ва сон – чанок бўғимидаги ҳаракат ҳажми, шунингдек бўғимлардан ташқаридаги ўзгаришлар динамикасига аҳамият бериш керак.
- ЭЧТ ва СРО яллиғланишнинг активлиги ва оғриқнинг яққоллигини кўрсатади.
- Умуртқа ва думғаза – ёнбош бўғимларини 1 йилда 1 марта рентгенологик текширишдан ўтказиш керак.

ПРОГНОЗИ

Бўғим функциясининг йўқолиши, яъни ногиронликка олиб келиши асосан 20–40 йилдан сўнг, кўпроқ сон – чаноқ бўғими шикастланган беморларда кузатилади. Бўйин соҳаси шикастланиши орқа мия компрессиясига олиб келади, шунингдек амилоид нефропатиянинг юзага келиши прогнозни ҳаёт учун ёмонлаштиради. ЯҚНДВ билан мунтазам равишда даволаш, амилоид нефропатиянинг ривожланишини камайтиришга имкон беради.

ҚИН АЖРАЛМАЛАРИ

БАКТЕРИАЛ ВУЛЬВОВАГИНИТ

Бактериал вульвовагинит (гарднереллез) вульва ва қиннинг бактериал этиологияли яллиғланиши. **Статистик маълумотлар.** Кузатувларда учраши: тасодифий текширувда – 4 %, жинсий йўл билан юкадиган касалликларни даволашга ихтисослашган шифохонада – 33 % гача, вагинит билан касалланган аёлларда – 44 % гача.

Этиологияси. *Gardnerella vaginalis* – энг кўп тарқалган кўзғатувчи бўлиб, анаэроб микроорганизмлар билан бирга учрайди.

Клиник манзараси • Ажралмалар сувли, ёқимсиз хидли, гомоген, суюқ, таркибида лейкоцитлари кам, қин девори бўйлаб текис тарқалган.

Текшириш усуллари • Натив суртмани текшириш – асосий диагностик усулдир. Қин шираси препаратининг 0,9 % натрий хлорид эритмасида – чегаралари коккобактериялар («калит» хужайралар) билан қопланган, ясси эпителий хужайрали • Буюм ойнасидаги суртмага 10 % калий гидроксиди томизилади, бунда азотли бирикмалар хо бўлиши сабабли “балиқ” хиди пайдо бўлади («балиқ» синамай) • Қин рН 4,5 дан кам (нормада қин рН 4,5 – 5,0).

ДАВОЛАШ

Асосий тамойиллари • Амбулатор кузатув • Бир вақтнинг ўзида жинсий шерикни ҳам даволаш.

Танлов препаратлари • Метронидазол 7 кун давомида 500 мг. дан кунига 2 марта. Соғайиш 95 % ҳолларда • Клиндамицин 450 мг. дан м/о, ҳар 6 соатда, 7 кун давомида ёки маҳаллий 2 % вагинал крем кўринишида 7 кун давомида, ёки метронидазолли вагинал крем кўринишида бактериал вагинозни даволаш учун • Тержинан маҳаллий қўллаш учун: кечаси 1 таблеткадан қинга. Таблеткани қўллашдан олдин 20 – 30 секунд сувда сақлаб туриш зарур. Даво курси 6 – 20 кун • Муқобил препаратлар ♦ Амоксициллин+клавуланат кислота 500 мг. дан ҳар 8 соатда 7 кун ♦ Ампициллин 500 мг. дан ҳар 6 соатда (66 % ҳолларда самарали).

Профилактикаси • Санитария – гигиена қоидаларига тўлиқ риоя қилиш • Контрацепциянинг тўсиқ усулларини қўллаш.

ХКК – 10 • N76.8 Қин ва вульванинг аниқланган бошқа яллиғланиш касалликлари.

КАНДИДОЗЛИ ВУЛЬВОВАГИНИТ

Кандидозли вульвовагинит – қин ва вульванинг кандида этиологияли яллиғланишидир.

Статистик маълумотлар. Кузатувларда учраши: 40 % вульвовагинитларни *Candida* замбуруғлари чақиради. Пременопауза даврида 16 % аёллар симптомсиз ташувчилардир.

Этиологияси ва патогенези. *Candida* оиласидаги ачитқисимон замбуруғ (*асосан Candida albicans*) тури. *Candida albicans* нормал ичак микрофлораси таркибига киради; иммун танқислиги натижасида локал ёки тарқоқ кандидоз чақирувчи оппортунистик патоген сифатида намоён бўлиш хусусиятига эга (қайталанувчи кандидозли вагинитда ОИТ – инфекциясига синама ўтказилади).

Хавфли омиллар • Ҳомиладорлик • Қандли диабет • Антибиотиклар билан катта дозаларда ва узоқ даволаш • Глюкокортикоидлар қабул қилиш • Иммун танқислиги ҳолати • ОИТ – инфекция • Перорал контрацептив воситалар қўллаш • Сиқиб турувчи синтетик ички кийимлар кийиш.

Клиник кўриниши • Қуюқ оқ рангли ёпишқоқ ажралмалар • Вульванинг қаттиқ қичиши • Белгиларни ҳайздан олдин ёки ҳомиладорлик даврида қайталаниш ва зўрайиш эҳтимоли • Вульва ва қин юзаси кучли қизарган ва сузмасимон караш билан қопланган.

Текшириш усуллари • Кўп ҳолларда қин муҳити (рН) реакцияси нормага нисбатан кислотали • Микроскопияда натив суртмалар 0,9 % ли натрий хлорид эритмасида ёки калий гидроксид 10 % ли эритмасида – гифлар ёки сохта гифлар, лейкоцитлар, эпителиал хужайралар бор • Грам бўйича бўйаш, шунингдек Сабуро агарига ёки гуручли агарга экиш.

ДАВОЛАШ

Умумий тавсиялар • Амбулатор кузатув • Касаллик белгилари йўқолгунга қадар жинсий алоқадан воз кечиш • Жисмоний зўриқиш ва исиб кетишдан сақланиш • Махсус даволанишдан олдин 1 л. сувга 15 – 30 мг. повидон – йод қуйилган эритма билан қинни чайиш. Йодга сезувчанлик ошганда бу препарат қўлланилмайди • Қандли диабетда – мос инсулин билан даволаш • Тана оғирлигини нормаллаштириш • Пахтали матодан тикилган ички кийим кийиш, тор шим киймаслик • Шахсий гигиенага риоя қилиш; хуш бўй совунлардан фойдаланмаслик • Дорилар билан даволашдан кейин қайталаниш кузатилса, бошқа препарат тайинлаш • Касаллик қайталанса – жинсий шерикларни текшириш ва даволаш • Парҳез – қайталанувчи инфекцияларда ширинлик (сахароза) ва сут маҳсулотларини (лактоза) чеклаш.

Дорилар билан даволаш

- Танлов препаратлари ♦ Флюконазол – 150 мг. дан кунига 1 марта ичиш (кўпинча 1 марта ичишнинг ўзи кифоя) ♦ Миконазол – 3 кун давомида қинга 1 шамчадан кечқурун қўйиш ёки 2 % вагинал кремни 7 кун давомида қўллаш. Препарат маҳаллий таъсирланиш ва аллергик реакция чақирishi мумкин ♦ Тержанин қин ичига ♦ Клотримазол – қинга 2 таблетка 100 мг. дан кечқурун 3 кун давомида қўйилади ва вульва ҳамда ораликқа 7 кун давомида 1 % крем

суртилади. Хомиладорликда қўлланилмайди ♦ Кетоконазол 200 мг. дан кунига 1 марта ичиш – фақат сурункали ёки барқарор инфекцияларда.

- Муқобил препаратлар ♦ Нистатин – 100000 ТБ. дан кунига 3 марта, 2 ҳафта давомида ичиш ♦ Борат кислотаси 600 мг. дан желатин капсулаларда кинга 2 ҳафта давомида.

Синонимлари • Микотик вульвовагинит • Замбуругли вульвовагинит • Қин замбуруғи • Монилиаз вульвовагинит.

ХКК – 10 • В37.3+ Вульва ва қин кандидози (N77.1*).

ЭСТРОГЕН ТАНҚИС ВУЛЬВОВАГИНИТ

Эстроген танқис вульвовагинит (атрофик вульвовагинит) – вульва ва қиннинг менопаузасида, овариоэктомиядан кейин, лактация даврида эстроген миқдори пасайишига нисбатан реакциясидир; постменопаузада деярли барча аёлларда эстроген етишмовчилиги коррекция қилинмаганда пайдо бўлади.

Хавфли омиллар – қиннинг бактериал ёки замбуругли инфекцияси.

Патоморфологияси • Қин, асосан унинг юқори қисми кичраяди • Қин эпителийси оқаради, юпқалашади, қурийди, рН ортади • Кичик жинсий лаблар оқариб, қурий бошлайди, катта жинсий лаблардаги ёғ тўқимаси камаяди • Кичик чанок мушаклари ва бойламлари тонуси йўқолади, бу баъзан бачадон тушишига олиб келади.

Клиник кўриниши • Қичиш • Қиндан ажралмалар деярли бўлмайди • Диспареуния • Қин шиллиқ пардасининг нуқтасимон геморрагияли гиперемияси • Семиз аёлларда ёғ тўқимасида андростендионнинг эстрадиолга айланиши туфайли қонда эстрогенлар миқдори ошади, бу эса касаллик белгиларининг кам намоён бўлишига олиб келади.

Лаборатор текширишлар • Эстроген концентрациясининг пасайиши (масалан, прогестинлар, даназол, гонадотропин – рилизинг гормони антагонистлари) • Қин эпителийсини цитологик текшириш: етилиш индекси пасайиши (етилиш индекси эстрогенлар билан даволашда ўзгариши мумкин).

ДАВОЛАШ. Асосан – эстроген препаратлари билан ўрин босувчи терапия.

Танлов препаратлари • Конъюгирланган эстрогенлар кунда 0,625 мг. дан • Эстрадиол – 1 мг. дан ёки пластр 0,05 мг. дан, ҳафтада 2 марта • Агар бачадон олиб ташланган бўлса, қўшимча медроксипрогестерон шаклидаги прогестерон 2,5 мг. дан кунига ёки 1 мг. дан 10 кун давомида ҳар ойда тавсия этилади • Қинга конъюгирланган эстрогенли крем кунда 2 – 4 г. дан.

Асоратлари. Экзоген эстрогенлар концентрациясининг ошиши билан боғлиқ – постменопаузал қон кетишлар, қўнгил айниши, бош оғриғи, тромбофлебитлар.

ХКК – 10 • N95.2 Менопаузадан кейинги атрофик вагинит • **N76.8** Қин ва вульванинг бошқа аниқланган яллиғланиш касалликлари.

ҚИН РАКИ

Қин раки (қин карциномаси, қин ҳавфли эпителиомаси) – ҳавфли ўсма бўлиб, қин эпителий ҳужайраларидан ёки эктопик эпителийдан ривожланади.

Статистик маълумотлар. Учраши – аёллар жинсий аъзолари ўсмаларининг 2 % ни ташкил қилади, 45 – 65 ёшдаги аёлларда кўп учрайди • Ясси ҳужайрали тури 35 – 70 ёшгача бўлган аёллар орасида кўпроқ • Ёруғ ҳужайрали карцинома ♦ Она қорнидаги даврда диэтилстильбэстрол (ДЭС) таъсир этган аёллар учун, қин ёруғ ҳужайрали аденокарциномаси ривожланадиган ўртача ёш 19,5 ёшни ташкил этади ♦ Она қорнида ДЭС таъсирига учраган 24 ёшгача бўлган аёлларда бу раkning ривожланиш хавфи юқори.

Этиологияси. Қин ўсмаларининг этиологияси номаълум, ёруғ ҳужайрали ДЭС бундан мустасно. XX асрнинг 40 – 50 йилларида юқори хавф гуруҳидаги аёлларда (ҚД да, одатланган бола тушиши, таҳдид соладиган аборт ва бошқа акушерлик асоратлари) хомиладорликни сақлаш мақсадида ДЭС қўлланилган. Ҳамма рўйхатга олинган аденокарциномаларда хомиладорликнинг 18 ҳафтасигача ДЭС қабул қилинганлиги аниқланган.

Классификацияси

- Гистологик ♦ Ясси ҳужайрали варианты – 95 % ♦ Бирламчи ва иккиламчи аденокарциномалар ♦ Иккиламчи ясси ҳужайрали рак (ёши ўтганларда) ♦ Ёруғ ҳужайрали аденокарциномалар (ёшларда) – ДЭС – га қарам аденокарцинома.
- TNM ♦ Бирламчи ўчоқ ✦ Tis – in situ раки ✦ T1 – ўсма қинда чегараланган ✦ T2 – ўсма қин атрофидаги тўқималарни ҳам эгалланган, лекин чанок деворларига тарқалмаган ✦ T3 – ўсма чанок деворларига тарқалган ✦ T4 – ўсма сийдик пуфаги ёки тўғри ичак шиллик қаватига ўтган ва чанокдан ташқарига тарқалган ♦ Регионар лимфатик тугунлар ✦ N1 – чанок ёки чов лимфа тугунларига метастазлар берган ♦ Узоқ тарқалган метастазлар ✦ M1 – узоқ аъзоларга метастазлар бор.
- Босқичлар бўйича гуруҳланиш ♦ 0 босқич: TisN0M0 ♦ 1 босқич: T₁N0M0 ♦ 2 босқич: T₂N0M0 ♦ III босқич ✦ T3N0M0 ✦ T0 – 3N1M0 ♦ IV босқич ✦ T4N0 – 1M0 – 1 ✦ T0 – 4N0 – 1M1.

Клиник кўриниши • Белгилари кечки босқичларда кузатилади • Қаттиқ, ғадир – будур ўсманинг атрофдаги тўқималарга инфильтратланишини аниқлаш • Қиндан ажралманинг кўпинча қонли бўлиши • Қин орқали текширув ёки жинсий алоқадан кейин қон кетиши • Сийдик пуфагининг қиш белгиларининг кўшилиши • Қин орқа гумбазининг эластиклиги ўсманинг катта ўлчамларгача етишига ёрдам беради • Регионар лимфа тугунларда метастазлар борлиги. Улар қин юқори қисмида умумий ёнбош ва эпигастрал лимфа тугунлари пастки қисмида, сон учбурчаги лимфа тугунларида жойлашади • Ясси ҳужайрали рак – қиннинг юқори ярмида • ДЭС га қарам аденокарцинома ♦ 40 % ҳолларда бачадон бўйнида, қолган 60 % эса қиннинг юқори ярмида жойлашади ♦ Лимфа тугунларга метастаз бериш сони юқори – I босқичда 18 % атрофида ва II босқичда 30 % ва бундан юқори.

Махсус текширишлар • Биопсия • УТТ • КТ/ МРТ.

ДАВОЛАШ

Ясси хужайрали рак. Бирламчи даво кўшма нур терапияси ёрдамида ўтказилади. Қин гумбази ёки деворларининг зарарланган катта соҳалари олдин ташқи нурлантирилади; бу ўсма ўлчамини камайтиради, бўшлиқ ичини нур билан даволаш самарасини оширади.

ДЭС га қарам аденокарцинома • Агар рак бачадон бўйни ва қин юқори ярмини зарарлаган бўлса, радикал гистерэктомия ва қин юқори қисмини, чанок лимфа тугунларини олиб ташлаш тавсия этилади ва тухумдонлар сақлаб қолинади • Ўсманинг ўтиб кетган ҳолларида ва қиннинг пастки қисмига тарқалганда чанок лимфа тугунлари ва параметрий тўқималари нурлантирилади.

Прогнози – 5 йил яшовчанлик • Ясси хужайрали карцинома ♦ I босқич: 65 % ♦ II босқич: 60 % ♦ III босқич: 35 % ♦ IV босқич: 9 % • ДЭС га қарам аденокарцинома – 5 йиллик яшовчанликни бачадон бўйни ва қин юқори қисми ясси хужайрали ўсмалари билан таққосласа бўлади.

КИЧИК ЧАНОҚ АЪЗОЛАРИНИНГ ЎТКИР ЯЛЛИҒЛАНИШ КАСАЛЛИКЛАРИ ДИАГНОСТИКАСИ ВА ДАВОЛАШ

АСОСИЙ ҚОИДА

- Кичик чанок аъзолари ўткир яллиғланиш касалликларини ўз вақтида ташхислаш ва даволаш қуйидаги асоратлар пайдо бўлишини камайтиради:
 - ♦ бепуштлик;
 - ♦ эктопик ҳомиладорлик;
 - ♦ қорин пастида сурункали оғриқлар.

СТАТИСТИК МАЪЛУМОТЛАР

- Кичик чанок аъзолари ўткир яллиғланиш касалликлари одатда репродуктив ёшдаги аёлларда учрайди ва сексуал фаол аёллар ўртасида 1 % ни ташкил этади.

ЭТИОЛОГИЯСИ

- Этиологияси одатда полимикробли. Микроблар жинсий йўл билан юқорига, масалан *Chlamydia trachomatis* ва ёки *Neisseria gonorrhoeae* 50 % ҳолларда кичик чанок аъзоларининг яллиғланишига олиб келади.
- Кичик чанок аъзолари ўткир яллиғланиш касалликларига яна кўпгина бошқа факультатив ва анаэроб микроблар (ногемолитик стрептококклар, *Escherichia coli*, *Haemophilus influenzae*, пептококклар, пептострептококклар, *Bacteroides* нинг ҳар хил турлари), қин ва цервикал канал нормал миклофлораси ва вируслар чақириши мумкин. Микоплазмалар, эхтимол вируслар ҳам кўрсатиб ўтилган касалликлар ривожланишида қатнашади.

КЛИНИК МАНЗАРАСИ

- Қорин пастида икки томонлама оғриқ.
- Жинсий йўллардан патологик ажралмалар.

- Бачадондан дисфункционал қон кетишлар.
- Иситма.
- Ҳар хил баъзан белгисиз кечиши мумкин.

ОБЪЕКТИВ МАЪЛУМОТЛАР

- Бачадон танаси ва бўйнида оғриқ.
- Тухумдон ўлчами катталашган ёки тубоовариал ҳоа аниқланади ва пайпаслаганда оғриқли.
- Перигепатит ривожланганда қориннинг юқори ўнг қисмида оғриқ.
- Жинсий йўллاردан шиллиқ – йирингли ажралмалар.

ЛАБОРАТОР ТЕКШИРИШЛАР

- Қонда С – реактив оқ концентрациясини аниқлаш (ошади).
- Сийдик умумий тахлили (дифференциал диагностика учун).
- ХГТ аниқлаш (дифференциал диагностика учун).
- Хламидийли ва сўзакли инфекцияга текшириш.
- Папаниколау бўйича суртма.

МАХСУС ТЕКШИРИШЛАР

- Лапароскопия.
- Эндометрит биопсияси.
- Трансвагинал УТТ

ДИФФЕРЕНЦИАЛ ДИАГНОСТИКАСИ

- Ўткир аппендицит.
- Эктопик ҳомиладорлик.
- Тухумдон кистаси.
- Эндометриоз.
- Сийдик йўллари инфекцияси.

ДАВОЛАШ

ШИФОХОНАДА ДАВОЛАШ УЧУН КўРСАТМАЛАР

- Боласи бўлмаган ёш аёллар.
- Ташҳисга шубҳа.
- Яққол иситма реакцияси .
- Тубоовариал абсцесс.
- Амбулатор даво ўтказишнинг иложи бўлмаса ёки у етарлича наф бермаса.

АНТИБАКТЕРИАЛ ДАВОЛАШ

- Шифохонада даволаш вена ичига антибактериал препаратларни юборишдан бошланади.
- Амбулатор даволашда доксициклин кунига 150 мг. дан ёки 100 мг. дан 2 марта камида 10 кун давомида ичишдан бошланади.

- Сўзакли инфекцияга шубҳа қилинса даволашни норфлоксацин 800 мг. ёки ципрофлоксацинни 500 мг. бир марта қабул қилиш билан давом эттирилади.
- Агар беморда бактериал вагиноз аниқланса ёки бачадон бўшлиғида БИВ бўлса, асосий даволашга метронидазол қўшилади.
- Хламидия ва сўзак инфекцияси йўқлиги аниқлангач, даволашда цефалексин 500 мг. дан ва метронидазол 400 мг. дан / кунда 3 маҳал комбинацияланган ҳолда берилди.
- БИВ олиб ташланиши керак.
- Беморнинг ҳамма жинсий шерикларини текшириш ва уларни даволаш.

ДАВО НАТИЖАЛАРИ

- Кичик чаноқ аъзолари ўткир яллиғланиш касалликларини одатда консерватив даволанади. Тубоовариал абсцесс ривожланган тақдирда оператив даво ўтказилади.
- Ўтказилган оғир яллиғланиш касалликларидан кейин кўпинча – бепуштлик, эктопик ҳомиладорлик ривожланиш хавфи кучаяди, қорин пастиди сурункали оғриқлар пайдо бўлади.

ҚЎШИМЧА МАЪЛУМОТЛАР

- Кичик чаноқ соҳасидаги инфекцияларда 600 мг. клиндамицин ҳар 8 соатга тавсия қилинади. Қорин бўшлиғи инфекцияларида ҳар 8 соат да 900 мг. клиндамицин тайинлаш фойдалироқ.

ЗАХМ

Захм – оқ трепонема томонидан чақирилиб жинсий йўл билан юқадиган инфекцион касаллик. Клиник белгилари даврий характерда ва сурункали қайталаниб кечади. Ҳамма аъзолар ва тизимлар зарарланади.

Классификацияси • Бирламчи захм ♦ Серонегатив ♦ Серопозитив • Иккиламчи захм ♦ Янги захм ♦ Қайталанувчи ♦ Латент • Учламчи захм ♦ Фаол захм ♦ Яширин захм • Латент захм ♦ Эрта серопозитив ♦ Кечки серопозитив • Туғма эрта захм ♦ Кечки ♦ Латент • Нейрозахм (захм) • Висцерал захм.

Этиологияси. Қўзгатувчиси – оқ трепонема (*Treponema pallidum*). Спирал шаклда, узунлиги 4 – 14 мкм. ва эни 0,2 – 0,025 мкм., 8 – 12 та бир хил бурамаси мавжуд, 3 шаклда – спиралли, цистали ва L – формада бўлиши мумкин. Захмнинг классик кечишини кўпинча спиралсимон шакли чақиради. Бошқа шакллари узоқ латент кечади.

Эпидемиологияси. Касаллик манбаи – бемор одам. Юқтириш шароитлари: бемор биологик суюқликларида етарлича вирулент оқ трепонема бўлади ва тери – шиллик пардалари бутунлигини бузади. Асосий юқтириш йўли – бевосита бемор билан алоқа қилиш (жинсий йўл билан). Туғма захмда бачадон ичида йўлдош томирларидан ўтиб юқади. Оқ трепонемалар организмга лимфа тизими бўйлаб

тарқалади, турли аъзо ва тўқималарга тушиб фаол кўпаяди, у ёки бу касаллик белгиларини чақиради. Касалликнинг бошланишидан оқ белгисиз узок йиллар кечувчи захм ҳам бўлиши мумкин, кейинчалик у ривожланиб нерв системаси ва ички аъзоларни зарарлайди.

Клиник манзараси. Орттирилган захм даволанмаган беморларда узок йиллар давом этади. Касалликнинг классик кечиши 4 даврдан иборат: инкубацион, бирламчи, иккиламчи, учламчи даврлар.

Инкубацион давр. Юққандан сўнг то дастлабки клиник белгиси юзага чиққунча – қаттиқ шанкр (ўртача 20 – 40 кун) давом этади. Массив инфекция тушганда, кўплаб ёки биполяр шанкрларда у баъзан 10 – 15 кунга қисқаради. Кўпинча инкубацион давр оғир йўлдош касалликлар бўлганда ёки кичик дозаларда антибиотиклар билан даволашдан сўнг 3 – 5 ойгача чўзилиши мумкин.

Бирламчи давр

- Қаттиқ шанкр пайдо бўлишидан бошлаб авж олиб кетган тошмалар юзага чиққунча (6 – 7 ҳафта) давом этади. Қаттиқ шанкр оқ трепонема тушган жойда (одатда жинсий аъзода) пайдо бўлади (ulcus durum, бирламчи сифилома) ва регионар лимфаденит юзага келади.
- Қаттиқ шанкрнинг клиник кўриниши ♦ Ўткир яллиғланиш белгиларисиз эрозия (ёки яра) ♦ Чегаралари аниқ, юмалоқ, овал контурли ♦ Кичик танга катталигида ♦ Соғлом тери сатҳидан кўтарилиб туради (шиллик парда) ♦ лик, ялтироқ, туби кўкиш – қизил, чети қия (ликопчасимон) ♦ Юзасида сероз ажралма кам ♦ Асосида зич эластик (тоғайсимон) инфилтрат, оғриқсиз ♦ Шанкр кўпинча ягона, кам ҳолларда кўп сонли (20 % беморларда) бўлиши мумкин ♦ Қаттиқ шанкрнинг атипик турлари ҳам мавжуд: индуратив шиш (чекка кертмак ёки жинсий лабларда оғримайдиган зич қаттиқ шиш), амигдалит – шанкр (бодомча безларида қаттиқ шиш) ва панарицийли (милкак) шанкр (оддий милкакка ўхшаган).
- Қаттиқ шанкр иккиламчи инфекция билан асоратланиши мумкин – вульвит ёки баланопостит, кўпинча фимоз ёки парафимозга олиб келади. Фузоспириллэз симбиоз билан асоратланганда қаттиқ шанкр туби ва четлари некроз бўлади (гангрениланиш). Қайта гангрениланиш (фагеденизм) алкоголизмга учраганларда кузатилади.
- Регионар лимфаденит (регионар склераденит) – бирламчи захмнинг муқаррар бўладиган иккинчи белгиси. Қаттиқ шанкрдан кейин 7 – 10 кундан сўнг пайдо бўлади ♦ Шанкр яқинидаги лимфатик тугун катталашган ва қаттиқ ♦ Қаттиқ шанкр жинсий аъзода жойлашса, чов соҳаси лимфа тугунларида ўзгаришлар бўлади: улар ловия катталигидек, баъзан ундан катта, қаттиқ, бир – бири ва атроф тўқималар билан битишмаган, ҳаракатчан, пайпаслаганда оғриқсиз, устидаги тери ўзгармайди ♦ Бир нечта лимфа тугунларининг катталашини характерлидир. Склераденит икки ва бир томонлама бўлади ♦ Бирламчи давр охирида специфик полиаденит ривожланади (лимфа тугунларининг ҳамма гуруҳлари ўртача катталашади), баъзан тана ҳарорати субфебрил бўлади, умумий ҳолсизлик кузатилади.

Иккиламчи давр

- Инфекциянинг тарқалиши билан характерланади ва 3 – 4 йил давом этади.
- Ҳамма аъзо ва тизимлар зарарланиши мумкин, терида ва шиллик пардаларда тошмалар тошади (иккиламчи сифилидлар). Иккиламчи давр ҳар бир хуружида тошмалар тошиб, 1,5 – 2 ой давом этади, регрессланиб (битиб), латент давр узайиб ёки камайиб боради, яна қайта пайдо бўлади.
- Биринчи тошмалар яққол, кўп тошиши билан характерланади (иккиламчи янги захм). Ундан олдин қаттиқ шанкр йўқолиб рўй – рост полиаденит кузатилади.
- Тошмаларнинг қайта пайдо бўлиши (иккиламчи қайталанувчи захм) белгилари йўқ; латент даврлар билан (иккиламчи латент захм) алмашинади. Иккиламчи рецидив захмда тошмалар камрок, гуруҳ – гуруҳ бўлиб жойлашишга мойил. Биринчи ярим йилда тошмалар полиаденит камайиб бориши билан бирга кечади.
- Бошқа тери тошмалардан фарқли иккиламчи захм учун умумийлик мавжуд, яхши сифатли кечади, иситма, ўткир яллиғланиш ва субъектив сезгилар бўлмайди. Маҳаллий даволашга чидамлилиқ бор. Иккиламчи даврда сифилидларнинг 5 гуруҳи мавжуд ♦ Захм розеоласи (75 – 80 % беморларда): пушти доғсимон, ўлчами 0,5 – 1 см., нотўғри юмалок шаклда, пўст ташламайди, босганда йўқолмайди ♦ Захмли папула (розеола сингари кўп кузатилади): кўкиш – қизғиш рангли, қаттиқ консистенцияли, чети бўйлаб пўст ташлайди (Биетт ёқчаси). Захм папулалари турлари ✦ Лентикуляр – ўлчами 0,3 – 0,5 см. ✦ Милиар – ўлчами лола уруғидек ✦ Нуммуляр – ўлчами катта тангадек, гуруҳ бўлиб жойлашишга мойил ✦ Себореяли – юзда, пешона терисида жойлашиб, юзаси қипиқланади ✦ Эрозив (нам): шиллик пардаларда ёки тери бурмаларида жойлашади ✦ Кенг кондилома (вегетирланувчи папулалар) – ишқаланадиган тери соҳасида (човда), катта ўлчамли, эрозив юзали бўлади ✦ Кафт ва товондаги шохланувчи папула терининг шохсимон қаватидан ривожланади, кадоқни эслатади ✦ Псориазсимон папула: юзаси яққол пўст ташлайди ♦ Захм пустуласи (кам учрайди) – иммунитетни суст, касаллик оғир (хавфли) кечаётган беморларда кузатилади. Клиник турлари: хуснбузарсимон, чечаксимон, импетиголи, захмли эктима, захмли рупия ♦ Захмли каллик – бошда тез ривожланадиган, ўчоқли диффуз соч тўкилиши, терининг яллиғланиш белгиларисиз, одатда йилнинг иккинчи ярмида юзага келади ♦ Захм лейкодермаси (пигментли сифилид) аёлларда кўп учрайди, бўйиннинг орқа ва ён юзаларида жойлашади (Венера марвариди), кўпинча гавда терисида, зарарланган соҳаларда гиперпигментация фонида ўлчами 0,5 – 1 см. ли юмалок доғлар пайдо бўлади.
- Кўпинча томоқ шиллик пардаси шикастланади, бу ерда захм ангинаси ривожланади (эритематоз, папулёз ва пустулёз – ярали), оддий ангинадан фарқи чегараси аниқ, иситмасиз, оғриқсиз, ўткир яллиғланиш белгиларисиз кечади. Тошмалар овоз бойламлари соҳасида тошса, овоз бўғилиши қайд қилинади.
- Иккиламчи захмда ички аъзолар, МНС, бўғимлар, суяклар, кўриш, эшитиш ва бошқа аъзолар зарарланиши мумкин ♦ Суякларнинг зарарланиши 5 % беморларда диффуз периостит кўринишида оғриқли шиш билан кечади,

суякларда тунги оғриқлар бўлади, остеопериоститлар кам учрайди. Кўпинча калла суяги, катта болдир суяклари зарарланади ♦ Бўғимларнинг зарарланиши полиартритик синовит типиди кечади ♦ Иккиламчи даврда ички аъзоларнинг специфик зарарланиши - захм гепатити (жигар катталаниши, оғриқли бўлиши, тана ҳароратининг кўтарилиши, сариқлик), гастрит, нефрозонефрит, миокардит кузатилади ♦ Иккиламчи даврда МНС зарарланиши эрта нейрозахм дейилади. Мия пардалари ва томирларининг зарарланиши хос. Неврологик текширишда, шунингдек ликвор таҳлилида захм менингити (симптомсиз) аниқланади, баъзан захм неврити ва полиневрит, невралгия кузатилади.

Учламчи давр

- Тахминан 40 % беморларда касалликнинг 3 – 4 – йилида бир қанча муддат давом этадиган 3 – давр бошланади. Касалликнинг учинчи даврга ўтишига тўлиқ ёки умуман даволанмаслик, оғир касалликлар, алкоголизм ва бошқалар сабаб бўлади.
- Учламчи даврнинг ўзига хос хусусияти – дўмбоқча ва гумма кўринишидаги сохта яллиғланиш инфилтратлари кўпроқ парчаланишга мойил бўлиб, кейинчалик зарарланган аъзо ва тўқималарда чуқур деструктив ўзгаришлар билан кечади; яллиғланишнинг самарали характери юқумли гранулёмалар тузилиши билан; оз миқдордаги тошмалар (дўмбоқчалар ўнлаб ҳисобланса, гуммалар бир неча дона); хамма жой зарарланади ва тўлқинсимон кечади.
- Учламчи фаол захм клиник белгилар намоён бўлганда аниқланади ва улар бўлмаса – учламчи латент захм деб аталади.
- Учламчи давр қайталаниши кам учрайди, улар бир – биридан узок йиллар яширин кечувчи давр билан характерланади. Учламчи сифилидлар мавжуд бўлиш муддатлари ойлар, йиллар билан ҳисобланади, тўқималарда оқ трепонемалар оз миқдорда бўлганлиги сабабли, кам юқумлидир. 30 % беморларда учламчи захмда классик серологик реакция манфий бўлади. Кўпинча тери, шиллиқ пардалар, суяк тизими зарарланади. Тери зарарланишига дўмбоқчали ва гуммоз сифилидлар хосдир.
- Дўмбоқчали сифилид – яримшарсимон формали, ўлчамлари олча данагидек, кўкиш – қизғиш рангли кичкина, зич дўмбоқча бўлиб, бутун тери калинлиги бўйлаб жойлашади. Бир неча ҳафта ёки ойлардан кейин дўмбоқча юмшайди ва йиринглаб, чегаралари аниқ, қирғоқлари қаттиқ юмалоқ анча чуқур яра хо қилади. Аста – секин яра эпителизацияланади ва қирғоқлари бўйлаб пегментланган, янги тошмалар пайдо бўлмайдиган атрофик чандиқ пайдо бўлади.
- Гуммоз сифилид (гумма) – қаттиқ массали ўрмон ёнғоғи катталигидек тугун, тери сатҳидан кўтарилган, пальпацияда оғриқсиз, атроф тўқималарга битишмаган. Устидаги тери ўзгаришсиз бўлиб, кейинчалик кўкиш – қизғиш тусга қиради. Гуммоз тугун марказидан юмшаб ёрилади ва елимсимон экссудат ажралади. Ҳо бўлган нуқсон ўлчамлари тез катталашади ва ярага айланади. Яра

оғриқсиз, чегаралари аниқ, парчаланмаган, гуммоз инфилтрат хисобидан гардишсимон кирғоқли бўлиб, туби некротик масса билан қопланган. Гумма яра ойлар, иккиламчи инфекция қўшилса йиллар давом этади. Гумманинг битиши юлдузсимон чандиқ билан яқунланади. Баъзан гумма ичи фиброз тўқима билан алмашилиб қаттиқ тугун ҳо қилади. Шиллиқ парда гуммалари кўп учрайди. Кўпинча бурун бўшлиғи, кейин томоқ зарарланади. Тил, қаттиқ ва юмшоқ танглай, бурун, ҳалқум, ҳиқилдоқнинг гуммоз зарарланиши оғир кечиб, нутқ бузилиши, ютиниш, нафас емирилиши билан кечади, касалнинг ташқи кўриниши ўзгаради (эгарсимон бурун, буруннинг тўлиқ бузилиши, қаттиқ танглай перфорацияси). Бошқа аъзолар ичида гуммоз зарарланиш суяк усти пардасида, суяклар ва бўғимларда кўп учрайди. Кўпинча болдир, билак, елка, калла суяклари ва тизза, тирсак, болдир – товон бўғимлари зарарланади.

Туғма захм кўпинча онага касаллик юққаннинг дастлабки 3 йили давомида болага касал онадан йўлдош орқали ўтади.

- Захмда ҳомиладорликнинг оқибати: кечки бола тушиш, муддатидан олдин туғиш. Кўпинча ўлик бола захмнинг фаол ёки яширин белгилари билан туғилади.
- Захм инфекциясининг муддатига қараб туғма захмнинг қуйидаги даврлари мавжуд: Ҳомила захми, эрта туғма захм (бунда кўкрак ёшидаги захм ва эрта болалик давридаги захм фарқланади), кечки туғма захм (4 ёшдан кейин) ♦ Ҳомила захми (ҳомилага захм юқиши ҳомиладорликнинг 5 – ойида рўй беради) ички аъзоларнинг ва кечроқ суяк тизими зарарланиши билан кечади. У ҳомила ички аъзоларининг специфик хужайралараро инфилтрацияси билан юзага келади ва бириктирувчи тўқиманинг ўсиб қалин тортиши билан ифодаланади. Ҳомила ички аъзоларининг тарқалган ва оғир зарарланиши кўпинча кечки бола тушишларга ва ўлик туғилишларга олиб келади ♦ Эрта туғма захм – кўкрак ёшидаги (12 ойгача) ва эрта болалик даврида (1 – 4 ёш) учрайди ✦ Кўкрак ёшидаги болалар захми кўпинча ҳаётининг биринчи 3 ойлигида юзага чиқади ва ўз белгилари билан ажралиб туради. Иккиламчи захм белгилари актив бўлган, даволанмаган оналардан туғилган болаларда туғма захм ўта оғир кечиб, деярли барча ички аъзолар зарарланади ва МНС, тери – шиллиқ қаватларининг специфик ўзгаришлари билан кечади ✦ Бу даврда захмнинг эрта белгиси – захм пўрдоқ яраси пайдо бўлади. Тошмалар асосан кафт ва товон терисида, камрок ҳолларда терининг бошқа қисмларида жойлашади. Пуфаклар катталиги нўхат ва олчадек, аввалига сероз, сўнгра йирингли, баъзан геморрагик бўлиб, инфилтратланган асосда жойлашади ва специфик папулёз инфилтратли кўк – қизил рангли чегара билан ўралган ✦ Гохзингер диффуз инфилтрацияси асосан товонда, кафтда, юзда ва бошнинг сочли қисмида жойлашади. Зарарланган жой аниқ чегараланган, лик ялтироқ юзали, кўк – қизил ранглидир; зич эластик консистенцияли ёриқлар ҳо бўлишига олиб келади, булар оғиз атрофида радиал йўналишда жойлашиб ва бир умрлик Робинсон – Фурнье чандиқларини қолдиради ✦ Шунингдек тарқалган ёки чегараланган розеолёз, папулёз ва пустулёз тошмалар тошади. Терига тошмалар тошишидан олдин

аксарият ҳолларда ҳарорати кўтарилади ✦ Шиллик қаватларнинг зарарланиши кўпинча захм тумови: специфик эрозив – папулёз гиперпластик олдинги ринит кўринишида кечади. Бурун орқали нафас олиш қийинлашади, бу эса эмишга халақит беради. Бурун тўсиғидаги папулёз инфилтрат яраланиши ҳисобига буруннинг қийшайиши ва деформацияси кузатилади ✦ Суяк тизимининг зарарланиши – кўл – оёқларда фаол ҳаракатнинг йўқлиги ва пассив ҳаракатнинг оғриқли кечиши – узун найсимон суякларнинг эпиметафиз қисмида гуммалар хо бўлиши билан тушунтирилиб, бу эса суякларни синишига олиб келади (Парро псевдопараличи, Вегнер касаллиги) ✦ Ички аъзоларининг специфик зарарланиши кўпинча ҳомиланинг она қорнидаги даврида бошланади, туғма захмнинг оғир кечиши бола ҳаётининг биринчи ҳафтасида ўлимга олиб келади. Жигарнинг зарарланиши унинг катталаниши ва зичлашиши билан тушунтирилади. Баъзан сариқлик жигарнинг атрофик циррози билан кечади. Кўпинча талокнинг зарарланиши кузатилади. Ўпканинг специфик зарарланиши оқ пневмония кўринишида камдан – кам учраса ҳам ҳар хил этиологияли пневмония асорати сифатида пайдо бўлади. Буйракларнинг зарарланиши (гломерулонефрит, нефрит, нефрозонефрит) 14 % касалларда кузатилади. Юрак қон – томир тизими нисбатан кам зарарланади (миокардит, эндокардит, перикардит) ✦ МНС асосий зарарланишларидан бири – специфик менингит талвасалар, фалажлик ва анизокория билан кечади. Ликворда цитоз ошган, оқ миқдори кўпайган, глобулинли реакциялар мусбат. Баъзи болаларда 2 – 3 ойлигида бош мия истисқоси кузатилади. Кўкрак ёшидаги болаларда сезги аъзоларидан кўз зарарланади. Бола туғилган вақтидаёқ кўзда тўр парда ва қон томирли парданинг (хориоретинит) ҳамда кўрув нервининг зарарланиши учрайди ✦ Теридаги чегараланган йирик папулёз (одатда хўл) тошмалар кенг кондиллома кўринишида бўлиб, шиллик қаватларда – эрозив папулалар; кўпинча суяклар зарарланади (узун найсимон суякларнинг захмли периостити) ✦ Кечки туғма захм 5 – 17 ёшда пайдо бўлади ва белгиларига кўра захмнинг учинчи даврини эслатади. Кечки туғма захмнинг белгилари спецификлик даражасига кўра мутлоқ ёки шартсиз; нисбий ёки эҳтимол тутилган (кўпинча кечки туғма захмда, аммо бошқа касалликларда ҳам кузатилади) белгиларга бўлинади; дистрофия (туғма захм натижасида ҳам ва бошқа касалликлар туфайли бўлиши мумкин) ✦ Мутлоқ белгиларга Хатчинсон учлиги киритилади: хатчинсон тишлари (бочкасимон ёки курак тишларнинг исканасимон шакли, эркин қирра бўйлаб яримойсимон чуқурча билан чайнаш юзасининг гипоплазияси); паренхематоз кератит (шоҳ парданинг текис оқиш сут ранг хиралашиши, ёруғликдан кўрқиш, блефароспазм билан бирга кўз ёши оқиши), лабиринтли карлик (ички қулоқда яллиғланиш ва геморрагиялар эшитув нервининг дистрофияси билан бирга) ✦ Нисбий белгилар бошқа белгилар билан биргаликда баҳоланади. Уларга: захм хориоретинити (кўз тубида «туз ва қалампир» сурати хос), қиличсимон болдирлар (диффуз остеопериостит натижаси, реактив остеосклероз ва болдир суякларининг олдинга қийшайиши). Робинсон – Фурнье чандиқлари (оғиз атрофида Гохзингер инфилтрациясидан

кейин), сурункали аллергик синовитлар типиде кечувчи, сифилитик гонитлар (кучли оғриқ, иситма ва бўғимлар функциясининг бузилиши йўқлиги билан фарқ қилади), калла суягининг деформацияси (пешона дўнглариининг бўртиб чиқиши, улар орсиде эгатлар жойлашади), бурун деформацияси (эгарсимон лорнетсимон ва б.), тишлар деформацияси (Муна тиши – биринчи жағ тишларнинг чайнов дўмбоқчалари етилмаган, чўртан балиққа ўхшаш Фурнье тиши – эркин учи ингичкалашиб, козиқ тишларнинг ўзгариши) ✦ Туғма захмдаги дистрофия: Авсетидий белги (ўмров суягининг тўш суяги томондаги учини йўғонлашиши), олимпик пешона (пешона ва тепа дўмбоқчаларининг катгалашиши), баланд (готическое) танглай, инфантил (калта) Дюбуа – Гиссар жимжилоғи, тўш суягида ханжарсимон ўсимтанинг бўлмаслиги, юқориги курак тишлар кенг жойлашган ва бошқалар. Захмнинг бошқа белгиларини бир қанча дистрофиялар билан қўшилиб келиши ва анамнез маълумотлари (ноаниқ бўлган ҳолларда) туғма захм ташхисини қўйишда ёрдам беради.

Текшириш усуллари • Бирламчи даврда: қаттиқ шанкрдан оқ трепонемалар топилиши • Серологик реакциялар ✦ (Вассерман реакцияси). Мусбат реакциялар плюслар билан белгиланади (+ дан +++++ гача). Кучли мусбат бўлган ҳолларда зардобнинг ҳар хил суюлтирилган эритмалари билан текширувлар олиб борилади (1:10 дан 1:320 гача). Бирламчи даврнинг ўртасидан иккинчи давргача реакциялар мусбат, учинчи даврда 50% беморларда манфий реакция кузатилади ✦ Оқиш трепонемалар иммобилизацияси реакцияси: сохта мусбат серологик реакцияларда ўтказилади, 20 % дан кам оқиш трепонемалар иммобилизациясида манфий, кучсиз мусбат 21 – 50 % мусбат, 50 % дан юқори мусбат деб баҳоланади ✦ ИФР: кўпгина захм билан оғриган беморларда бирламчи серонегатив даврда ИФР мусбат ҳисобланади. Натижалар плюслар билан баҳоланади (+ дан +++++ гача); захмнинг ҳамма даврида деярли барча беморларда (жумладан, кечки захмда) мусбат ✦ ИФА ✦ Пассив гемагглютинация реакцияси.

Давоси • Специфик даволаш аниқ клиник ва лаборатор диагноз қўйилгандан кейин тайинлади (захмнинг эрта формаси бўлган беморлар билан жинсий ва яқин маиший алоқада бўлган кишилар, алоқадан кейин орадан 2 ойдан кўп вақт ўтмаган бўлса, истисно тариқасида даволанади) • Аёллар хомиладор бўлгунча даволанган бўлишлари шарт.

Дорилар билан даволаш • Этиотроп терапия – захмнинг ҳамма формаларини бензилпенициллин препаратлари билан даволаш асосий ҳисобланади. Пенициллин препаратини кўтара олмаса, услубий тавсияномаларда кўрсатилган муқобил ДВ буюрилади (эритромицин, тетрациклин, олеандомицин + тетрациклин, доксициклин, цефазолин ва б.қ.).

- Бирламчи захмнинг давоси ✦ 1 – услуб – бензатин бензилпенициллин иккита инъекцияси 2,4 млн. ТБ дозада 7 кун интервал билан ёки бензатин бензилпенициллин учта инъекцияси 2,4 млн. ТБ дозада 5 кунда бир марта ✦ 2 – услуб – бензатин бензилпенициллин + бензилпенициллин прокаин + бензилпенициллин 1,8 млн. ТБ дозада ҳафтада 2 марта, жами 5 та инъекция ёки

бензатин бензилпенициллин + бензилпенициллин прокаин 1,5 млн дозада ҳафтада 2 марта, жами 5 та инъекция ♦ 3 – услуб – бензилпенициллин (новокаинли туз) 1,2 млн. ТБ дозада 10 кун давомида ҳар куни ёки 600 000 ТБ дозада кунига 2 маҳал 10 кун давомида ♦ 4 – услуб – сувда эрувчан пенициллин билан ҳар 6 соатда м/о га 10 кун давомида.

- Иккиламчи ва эрта яширин захмни даволаш ♦ 1 – услуб – бензатин бензилпенициллиннинг учта инъекцияси 2,4 млн ТБ дозада 7 кун интервал билан ёки бензатин бензилпенициллиннинг 6 та инъекцияси 2,4 млн. ТБ дозада 5 кунда бир марта ♦ 2 – услуб – бензатин бензилпенициллин + бензилпенициллин прокаин + бензилпенициллин 1,8 млн. ТБ дозада ҳафтада 2 марта ҳаммаси бўлиб 10 та инъекция, ёхуд бензатин бензилпенициллин + бензилпенициллин прокаин 1,5 млн. ТБ дозада ҳафтада 2 марта ҳаммаси бўлиб 10 та инъекция ♦ 3 – услуб – бензилпенициллин (новокаинли туз) 1,2 млн ТБ дозада ҳар куни 20 кун давомида ёки 600 000 ТБ дозада суткасига 2 маҳал 20 кун давомида ♦ 4 – услуб – сувда эрувчан пенициллин м/о га ҳар 6 соатда 20 кун давомида.

Монезликлар. Тетрациклинлар – хомиладорликда ва 8 ёшгача болаларга.

Клинико – серологик назорат. Даволаш тугагандан сўнг • Превентив даводан сўнг 3 ой ўтгач 1 марта даволанади • Бирламчи серонегатив захмда – 3 ой • Кечки формаларида, яширин, висцерал ва нейро захмда – 3 йил.

Профилактикаси • Ижтимоий: бепул даволаш, актив аниқлаш, текшириш ва контактда бўлганларни даволаш, донорларни, хомиладорларни, шифохонада ётган ҳамма беморларни, озиқ – овқат корхоналарида ишловчиларни, болалар муассасаси ходимларини захмга текшириш • **Индивидуал:** презервативлардан фойдаланиш.

ХКК – 10 • А50 Туғма захм • **А51** Эрта захм • **А52** Кечки захм • **А53** Бошқа ва захмнинг аниқланмаган шакллари.

СЎЗАК

ИНКУБАЦИОН ДАВРИ

- Эркакларда инкубацион давр 2 кундан 5 кунгача давом этади.
- Аёлларда инкубацион давр 1 – 2 ҳафта.

КЛИНИК МАНЗАРАСИ

- Эркакларда: ўткир уретрит белгилари ва уретрадан сарғиш рангли ажралма ажралиши.
- Аёлларда белгилари енгилроқ намоён бўлади: қиндан ажралма ажралиши ва қорин пастки қисмида оғриқ.
- Яққол белгилар касалланган эркакларнинг 80 – 90 % да, аёлларнинг 25 – 50% да пайдо бўлади.

АСОРАТЛАР

- Эркакларда сўзак касаллигининг энг кўп учрайдиган асоратларига простатит ва эпидидимит, аёлларда эса сальпингит киради.
- Касаллик ўтказиб юборилган ҳолларда тери зарарланиши ва артрит кузатилиши мумкин.

ЛАБОРАТОР ТЕКШИРУВЛАР

- Уретра суртмасини метил кўки ва Грам усулида бўяб бактериоскопия қилиш.
 - ◆ Суртмада кўп миқдорда лейкоцитлар ва хужайра ичида диплококклар аниқланиши гонококк инфекцияси учун хос.
 - ◆ Бу ҳозир кенг қўлланиладиган анъанавий текшириш усули ҳисобланади.
- Бактериал экма.
 - ◆ Диагностиканинг асосий лаборатор усули.
 - ◆ Тампонли стержен ёрдамида уретрадан ҳамда бачадон бўйнидан ва зарур бўлганда ҳалқум ҳамда тўғри ичак шиллиқ қаватидан текшириш учун материал олинади. Кўз конъюнктивасидан экма махсус тампонда олинади.
 - ◆ Материал экиш учун иложи борича тезроқ лабораторияга юборилиши керак (экиш 6 соат ичида қилиниши керак). Экма учун материални зарур бўлганда + 4 ° С.ли ҳароратда сақлаш тавсия этилади.
 - ◆ Дастлабки натижа бир неча кундан, ципрофлокстақцинга сезгир кўзгатувчини аниқлаш учун якуний натижа эса 1 – 3 кундан кейин олинади.
 - ◆ Гонококкли артритга шубҳа бўлганда 5 – 10 мл. синовиал суюқлик аэроб ва анаэроб колбага ва 1 мл. агар қатлами бўлган транспорт колбага олинади. Колбалар зудлик билан + 35 С. ҳароратли шароитга жойлаштирилади.
 - ◆ Бактериал экма – микроорганизмларнинг антибиотикка сезгирлигини ва эпидемиологик шароитни аниқлашнинг асосий усули ҳисобланади.
- Сийдик намунаси.
 - ◆ Текширув учун генли амплификация усулидан фойдаланилади.
 - ◆ Бемор сийдигини синама олишдан олдин 2 соат давомида тутиб туриши керак.
 - ◆ Тоза пластик контейнерга 10 – 50 мл. бошланғич сийдик порцияси олинади.
 - ◆ 4 кун давомида музлатгичда сақлаш мумкин.
 - ◆ Бактериал экма учун хламидияли инфекцияни аниқлашга олинган намунадан фойдаланса ҳам бўлади.

ДАВОЛАШ

ЎТКИР АСОРАТЛАНМАГАН ИНФЕКЦИЯ

- Фторхинолонлар гуруҳидаги антибиотикларни per os бир марта қабул қилишда яхши натижалар олинган.
 - ◆ Ципрофлоксацин – 500 мг. кунига бир марта.
 - ◆ Офлоксацин – 400 мг. кунига бир марта.

- ◆ Норфлоксацин – 800 мг. кунига бир марта.
- ◆ Флероксацин – 400 мг. кунига бир марта.
- Бундан ташқари қуйидаги препаратлар қўлланилади:
 - ◆ Цефтриаксон – 250 мг. мушак орасига кунига бир марта.
 - ◆ Спектиномицин – 2 г. мушак орасига кунига бир марта.
 - ◆ Амоксициллин – 3 г. ва пробенецид – 3 г. ичишга кунига бир марта.
 - ◆ Цефиксим – 400 мг. ичишга кунига бир марта.
- Бактерияларнинг пенициллинга резистентлиги ошишини ҳисобга олиб прокаин пенциллинни (бензилпенициллиннинг новокаинли тузи) пробенецид билан комбинацияда қўллаш тавсия қилинмайди.

АСОРАТЛАНГАН ИНФЕКЦИЯ

- Ципрофлоксацин 500 мг. ичишга кунига 2 марта 5 – 7 кун давомида ёки бензилпенициллиннинг натрийли тузи қўлланилади.
- Авж олиб кетган инфекцияда (масалан, артритда) қуйидагилар:
 - ◆ цефтриаксон 1 г. кунига бир марта мушак орасига 2 кун давомида, сўнгра ципрофлоксацин 500 мг. дан ичишга кунига 2 марта 5 – 7 кун давомида буюрилади.
- Ҳомиладорлик ва лактация даврида қуйидаги препаратлар қўлланилади.
 - ◆ Амоксициллин (пробенецидсиз) ичишга 3 г. кунига 1 марта.
 - ◆ Спектиномицин 2 г. м/о кунига 1 марта.
 - ◆ Цефтриаксон 250 мг. кунига 1 марта мушак орасига.

СЎЗАКЛИ ВА ХЛАМИДИЯЛИ АРАЛАШ ИНФЕКЦИЯГА ШУБҲА ҚИЛИНГАНДА

- Сўзакни даволаш муҳимроқ ҳисобланади:
 - ◆ ципрофлоксацин 500 мг. кунига 1 марта, ичиш учун.
- Даво муолажасини давом эттириш учун хламидияли инфекция ташхисини тасдиқлаш керак.
- Бактериоскопияда диагноз тасдиқлангандан сўнг даво муолажасини зудлик билан бошлаш лозим. Имкон бўлса, контактда бўлган кишини аниқлаш уни тўлиқ текшириш ва даволаш керак. Назорат бактериологик текширувлар натижаси манфий чиққунча беморга ва унинг шеригига презервативдан фойдаланиш тавсия қилинади.

ДИСПАНСЕР КУЗАТУВИ

- Даво муолажаси тугаллангандан кейин бактериологик текширув учун намуна 1 хафтадан кейин олинади. Замонавий даво юқори самарали бўлганлиги учун назорат текширувнинг мусбат натижаси реинфекциядан далолат беради.

ЭСЛАТМАЛАР

1. Шунингдек, бензилпенициллиннинг натрийли тузи мушак орасига, азитромицин 1 г. бир марта ичишга, норфлоксацин 800 мг. ичишга, цефуроксим 1 г. ва пробенецид 1 г. билан бирга ичишга, цефотаксим 1 г. мушак орасига юборилади.
2. Шунингдек, маҳаллий даво қўлланилади.
 - Эркакларга калий перманганат (1:10000), фурацилин (1:5000), 0,25 – 0,5 % ли кумуш нитрат эритмасини инстилляцияси билан уретрани ювиш, Вашкевич бўйича тампонада, бужлаш.
 - Аёлларга: уретритда кумуш нитратнинг 0,25 – 0,5% ли эритмаси билан инстилляция; цервицитда – қинли ванначалар, 1% ли Люгол глицеринли эритмани, кумуш нитрат 2% ли эритмасини бачадон бўйни каналига суртиш; вульвитда – калий перманганат (1:8000) эритмаси ва мойчечак (ромашка) дамламаси билан ўтирадиган ванначалар.
3. Цетотаксим 1 г. дан вена ичига ҳар 8 соатда ёки спектиномицин 2 г. дан мушак орасига ҳар 12 соатда ёки ципрофлоксацин 500 мг. дан вена ичига ҳар 12 соатда ёки ампициллин 1 г. дан ичишга ҳар 6 соатда буюрилади; бўғимлар зарарланганда ЯҚНДВ буюрилади.
4. Кўшимча:
 - Конъюнктивитда.
 - ◆ Цефтриаксон 125 – 250 мг. мушак орасига 1 марта ёки
 - ◆ Амоксициллин 3 г. ичишга ва пробенецид 1 г ичишга.
 - ◆ Маҳаллий ҳар 2 соатда бацитрацин мази (500 ТБ/г.), гентамицин мази (0,1%) ёки тетрациклин мази (1%).
 - Чақалоқлар инфекциясида.
 - ◆ Цефтриаксон 25 – 50 мг/кг. дан вена ичига ёки мушак орасига ҳар 12 соатда 7 кун мобайнида.
 - ◆ Кўзга инфекция тушганда – цефтриаксон 125 мг. мушак орасига 1 марта.
 - ◆ Чақалоқларда гонобленнорея профилактикаси учун кўзга 30% сульфациетамид эритмаси томизилади.
 - Болаларда инфекция бўлганда – цефтриаксон 125 мг. мушак орасига (тана оғирлиги 45 кг. ва бундан ортиқ бўлганда).
5. Гонококк инфекцияси: хламидиоз билан кўпинча бирга келганда юқорида кўрсатилган препаратлардан бири доксициклин билан бирга қўлланилади. Доксициклин 100 мг. дан кунига 2 марта ичишга 7 кун мобайнида буюрилади, (хомилдорлар учун эса эритромицин билан бирга 500 мг. дан кўпинча 4 марта ичишга 7 кун давомида).

УРОГЕНИТАЛ ХЛАМИДИОЗ

Урогенитал хламидиоз – энг кўп учрайдиган касаллик бўлиб, жинсий йўл билан юқади. **Учраши.** Сийдик – тано аъзоларининг ногонококк яллиғланиши билан касалланган аёлларнинг 30-60%, эркакларнинг 15% ида, шунингдек тиббий ёрдамга мурожаат қилган 5-20% кишиларда қайд қилинади.

Этиология ва патогенези. Қўзғатувчиси - *Chlamydia trachomatis* (D-K сероварлар) майда (300 нм.) грамманфий кокклар. Асосий формалари – элементар ва ретикуляр таначалар. Элементар танача – қўзғатувчининг юқори вирулентли формаси бўлиб, ташқи муҳитга адаптациялашган. Ретикуляр танача – қўзғатувчининг хужайра ичида яшашга мослашган формаси, метаболик фаол, микроорганизмнинг репродукциясини таъминлайди. Инкубацион давр давомийлиги 5-30 кун. Нафақат сийдик – тано аъзолари, балки цилиндрик ва ўтувчи эпителий, тўғри ичак, ҳалқум орқа девори, конъюнктива, бошқа аъзоларнинг эпителиал ва эпителиоид хужайралари ҳам зарарланади. Кўп ҳолларда хламидиоз жинсий йўл билан юқадиган касалликлар билан бирга учрайди. **Хавф омиллари** • Тартибсиз жинсий ҳаёт • Фоҳишалик • Паст ижтимоий – иқтисодий шароит.

Клиник манзараси

- Эркакларда ♦ Касаллик ўртача ўткир ёки торпид уретрит формада кечади. Гонококклар билан аралаш инфекцияда ўткир кўринишида учрайди. Агар даволанмаса, персистирланган ҳолда кечиб, сийдик чиқариш каналида ҳар хил асоратлар беради. Сурункали простатит энг кўп учрайдиган асоратдир: хламидий простата беши тўқимаси ва ширасида топилади. Эпидидимит – мойк ортиқлари яллиғланиши бўлиб, ўртача ўткир кечади, икки томонлама жараён бўлса қисман ёки тўлиқ обтурацион аспермия юзага келади. Везикулит, куперит, литтреит, морганит ва бошқа асоратлар кам намоён бўлади ва специфик ўзига хослиги йўқ ♦ Офталмохламидиозлар оддий ва фолликуляр конъюнктивит кўринишида кечиб, сийдик–тано ўчоғидан ифлосланган кўл орқали ўтади ♦ Райтер синдроми – сийдик-тано аъзолари, кўз, бўғимлар зарарланишидир.
- Аёлларда ♦ Эндоцервицит – кўп учрайдиган ва типик кўринишидир. Одатда белгисиз кечади, баъзан қорин пастида оғриқ, қиндан оқмалар оқиши. Бачадон бўйни – эрозиялари, шиллиқ-йирингли ажралмалар кузатилади. Айрим ҳолларда бўғиз соҳасида бошқа урогенитал инфекцияларда учрамайдиган, ўзига хос лимфоид фолликулалар қайд қилинади. Эндометрит – баъзан туғруқдан кейинги ёки абортдан кейинги даврда кузатилади ♦ Сальпингит ва сальпингоофорит – авж олган хламидий инфекциясининг энг кўп учрайдиган асоратларидир. Одатда субклиник кечади ва бепуштликка гумон билан текшириш вақтида аниқланади. Оғир асорати – пельвиоперитонит ва перигепатит ♦ Урогенитал хламидиоз аёлларда бачадондан ташқари ҳомиладорликка олиб келади, баъзан ўз-ўзидан аборт, ҳомила гипотрофияси, қоғаноқ сувларининг вақтидан олдин кетиши, хориоамнионит кузатилади.
- Болалар ♦ Кўпинча касал аёл жинсий йўлларидадан ўтиш вақтида, баъзан бачадон ичида зарарланади. Конъюнктивит, фарингит, евстахиит, бронхит, пневмония, ҳалқум, ошқозон-ичак тизими зарарланиши кузатилади.

Лаборатор текширишлар • Хужайралар қириндиси олинади, чунки қўзғатувчи хужайра ичида жойлашган. Қўзғатувчини хужайра культурасига ажратиб чиқариш

қимматбаҳо усулдир, сезувчанлик – 60- 80%. Бевосита иммунофлюоресценция моноклонал АТ билан бирга асосий диагностик усулдир, сезувчанлик – 55-75% .

Махсус текширишлар: ПЦР, лигазли занжир реакцияси синамаси.

Дифференциал диагностикаси • Сўзак • Трихомониаз • Микоплазмоз • Кичик чанок аъзоларининг яллиғланиш касалликлари.

ДАВОЛАШ

Олиб бориш тамойили • Заҳмга текшириш • ОИТС га текшириш • Жинсий шерикларни бирга текшириш ва даволаш.

Дорилар билан даволаш • Тетрациклин 500 мг. дан кунда 4 марта 7-14 кун давомида • Доксицилин 0,1 г. дан кунда 2 марта 7-14 кун давомида (бошқа бактериялар, гонококклар билан инфекцияланиш ҳам кузатилса, бунга қўшимча равишда цефтриаксон 250 мг. дан кунда 1 марта м/о) • Эритромицин 500 мг. дан кунда 4 марта 7-14 кун давомида, азитромицин 1 г. дан 1 марта (ўткир хламидиознинг бошланғич даврида) бошқа ҳолларда 250 мг/кунда 10 кун давомида • Офлоксацин 300 мг. дан кунда 2 марта 7 кун давомида • Пефлоксацин 400 мг. дан кунда 2 марта 10-14 кун давомида • Сурункали ва асоратли хламидиозда даволаш 14 кундан кам бўлмаслиги керак.

Асоратлари • Аёлларда асоратланиш хавфи катта. Кўп учрайдиган асоратлари – эндометрит ва сальпингит. Эндометрит бачадондан дисфункционал қон кетишига сабаб бўлиши мумкин. Юқорига кўтариладиган инфекция натижасида перигепатит юзага келиш эҳтимоли бор • Эркакларда уретрит даволанмаса, эпидидимит ривожланиши мумкин. Простатит ривожланганда хламидийнинг патогенетик роли сезиларсиз, лекин уни инкор этиб бўлмайди. Реактив артрит- эркаклар ва аёлларда бир хил ривожланади.

Кечиши ва прогнози. Эрта даволанса, оқибати яхши. Белгисиз кечса, кичик чанок аъзоларининг сурункали яллиғланиши кузатилади.

Ҳомиладорлик. Перинатал юқиш неонатал пневмония ёки конъюнктивитга олиб келади. Ҳомиладорликда тетрациклин ва офлоксацин қарши кўрсатма ҳисобланади. Эритромицин тавсия қилинади.

ХКК - 10 • А55 Хламидийли лимфогранулема (венерик) • **А56** Жинсий йўл билан юкадиган бошқа хламидийли касалликлар.

Илова. Трахома – сурункали юкумли касаллик, конъюнктив лимфоид тўқимасининг диффуз инфильтрацияси билан характерланади. Унда трахоматоз дончалар пайдо бўлиши ва кейинчалик уларнинг парчаланиши ҳамда чандикланиши, шох парда зарарланиши, паннус ривожланиши, қовоқнинг чандикли ағдарилиши, трихиаз, шох парда хиралашуви ва кўз ожизлик ривожланиши мумкин. Эндемик худудлар – Африка, Осиё, Ўрта Шарқ, Марказий Америка. **Этиологияси:** Кўзғатувчиси – *Chlamydia trachomatis*. **Клиник**

манзараси: фотофобия, оғриқ, кўздан ёш оқиши. **Кечиши:** Одатда ўткир ривожланувчи. **Давоси:** Маҳаллий кўз малҳамлари кўринишида, тетрациклин, эритромицин томчилари, сульфаниламид препаратлар.

ХКК - 10 • А71 Трахома.

ТРИХОМОНИАЗ

Трихомониаз кўзғатувчиси – *Trichomonas vaginalis*. Бу юқумли касаллик бўлиб, жинсий йўл билан ўтади. Клиникасида сийдик-тано тизимининг ҳар хил қисмлари зарарланиши кузатилади. **Учраши** турли мамлакатларда ҳар хил бўлиб, аҳолининг 2 – 40 % да учрайди. Трихомониаз жинсий йўл билан юқадиган касалликларнинг 65-80% ини ташкил қилади. Асосан 16 – 35 ёшдаги аёллар касалланади.

Классификацияси • Янги трихомониаз (2 ойгача) бўлган касаллик • Ўткир, ўртача ўткир, сурункали (2 ойдан зиёд) • Трихомониаз ташувчилик.

Этиологияси • *Trichomonas vaginalis* содда жониворлар туркуми, хивчинлилар синфи, трихомонада турига киради ва фақат одамларда учрайди. Трихомонадаларнинг 3 та формаси учрайди: амёбасимон, ноксимон ва куртакланадиган. Ташқи муҳит таъсирига чидамсиз • Юқиш йўли – жинсий. Янги туғилган чақалоқларга туғруқ йўллари орқали юқиши мумкин.

Хавфли омиллар • Тартибсиз жинсий ҳаёт • Ноқулай ижтимоий – иқтисодий омиллар • Контрацепциянинг барьер усулининг кам қўлланилиши, алкоголь, наркотиклар.

Патогенези • Кўзғатувчиси сийдик-тано аъзолар шиллиқ пардасига тушиб, субэпителиал бириктирувчи тўқимага кириб боради ва яллиғланишни юзага келтиради. 75% ҳолларда хламидий гонококк, микоплазма, *Candida* замбуруғлари билан биргаликда учрайди. Сўнгги йилларда трихомоназнинг торпид формалари кузатилмоқда, бу организмнинг иммун системаси пасайиши билан тушунтирилади.

Клиник манзараси • Инкубацион давр 3-28 кун • Аёллар – ўткир ёки ўртача ўткир вагинит, уретрит, баъзан цистит ♦ Жинсий йўллардан кўп миқдорда яшил, сарғиш, кўпикли, ёқимсиз ҳидли ажралмалар келади, қичишиш, ачишиш, дизурия, диспареуния хос ♦ Қин орқали текширганда ♦ Экссудат орқа гумбазда тўпланади. Қин деворлари гиперемияланган, кизгишсимон кўриниш характерли ♦ Қин девори ва бачадон бўйни шиллиқ пардалари яллиғланган. Оғир формаларида кўплаб нуқтали қон куйилишлар ва эрозиялар учрайди. Ҳозирги вақтда трихомониазга хос типик бўлган гранулематоз яллиғланишлар кам кузатилади.

♦ Касаллик кўпинча белгисиз кечади.

♦ Кўп ҳолларда сўзак билан бирга учрайди • Эркакларда – уретрит, простатит, баъзан эпидидимит ♦ Кечиши кўпинча белгиларсиз ♦ Кўп ҳолларда оз миқдорда кўпиксимон ёки йирингли ажралмаларнинг жинсий каналдан ажралиши, дизурия ♦ Жараённинг узок давом этиши деярли 100% ҳолларда сурункали простатитни юзага келтиради.

Лаборатор текширишлар • 50-60% ҳолларда қўзғатувчи микроскопия йўли билан топилади. Метил кўки ёки Романовский-Гимза бўёғи билан бўяб кўрилади. Бироз катталаштирилганда ҳаракатчан трихомонадалар ва уларнинг хивчинлари ҳаракатини кўриш мумкин. Жуда катталаштириб кўрилганда катта кокксимон микроорганизмлар аниқланади. Кўп ҳолларда талайгина микдорда лейкоцитлар топилади. Бевосита иммунофлюоресцентли синама 70-90% ҳолларда қўзғатувчини аниқлашга ёрдам беради. Махсус муҳитга экилган экма ёрдамида трихомонада 99% ҳолларда аниқланади. Лекин Пап-суртма ва серологик текшириш натижаси учун 4-7 кун керак бўлади.

Дифференциал диагностикаси • Аёлларда кандидоз ва бактериал вульвовагинит, сўзак • Эркакларда – хламидийли уретрит, сўзак билан касалланадилар.

ДАВОЛАШ

Олиб бориш тамойили • Амбулатор шароитда олиб борилади • Соғайгунча жинсий алоқа тавсия қилинмайди • Даволаш самарадорлигининг асосий шарти ҳамма жинсий шерикларни бир вақтда даволашдир. Трихомонадалар бошқа майда микроорганизмларни, жумладан венерик касалликлар қўзғатувчиларини ҳам ютиш хусусиятига эга. Шунинг учун трихомониазни даволагандан кейин, бошқа венерик касалликларни инкор этиш керак.

Дорилар билан даволаш • Метронидазол 2 г. бир марта, кейин 250 мг. дан кунда 3 марта ёки 500 мг. дан кунда 2 марта 7 кун давомида (аёлларга), 500 мг. дан кунда 2 маҳал 7 кун давомида (эркакларга) • Орнидазол 500 мг. дан кунда 2 марта 5 кун давомида • Тинидазол 2 г. дан кунда 1 маҳал ёки 0,5 г. дан ҳар 15 минутда 1 марта 1 соат мобайнида • Тержинан 1 таблеткадан қин ичига тунга. Таблеткани қўйишдан олдин уни албатта 20-30 секунд сувда ушлаб туриш керак. Даволаш курси 6-20 кун • Муқобил препаратлар ♦ Клотримазол 100 мг. дан қин таблеткалари кўринишида суткасига 1 марта 14 кун давомида ёки уни 0,9% ли натрий хлорид эритмаси ёки кучсиз сирка кислота эритмалари билан ювиш.

Ҳомиладорлик • Метронидазол ҳомиладорликнинг II-III триместрларида 0,5 г. дан кунда 2 маҳал 7 кун давомида берилади. Клион-Д вагинал таблеткалари маҳаллий тайинланади.

Даволанганлик мезонлари • Даволашдан 12-14 кундан кейин қўзғатиш тавсия қилинади. Қўзғатиш турлари – алиментар, физиологик (хайз), физик (сийдик чиқариш каналини массаж қилиш), биологик (20 мкг. пирогенал инъекцияси 1 марта) • Ундан 24-48-72 соатдан кейин сийдик чиқарув каналидан ажралма бактериоскопик текшириш учун олинади, агар ажралма бўлмаса, сийдикдан ипчалар, сийдик чиқариш каналидан қирма олинади.

Асоратлари • Эркаклар ♦ Баланит ва баланопостит ♦ Литтреит ♦ Морганит ♦ Сийдик чиқариш каналининг юмшоқ ва қаттиқ инфилтратлари ♦ Колликулит ♦ Простатит ♦ Эпидидимит • Аёлларда ♦ Эндометрит ♦ Сальпингит.

Прогнози даволаш эрта бошланса, яхши. Лекин касаллик кам белгили кечса, сурункали кўринишга ўтиши мумкин.

Профилактикаси. Тасодифий жинсий алоқаларда контрацепциянинг тўсик усулларидадан фойдаланиш.

ХКК – 10 • А59 Трихомоноз

ГЕНИТАЛ ГЕРПЕС

АСОСИЙ ҚОИДАЛАР

- Фақат клиник белгиларига баҳо беришга асосланган эрта аниқлаш ва ўз вақтида даволаш соғайиш жараёнини тезлаштиради, қайталанишлар сонини камайтиради ва касаллик тарқалишини пасайтиради.

СТАТИСТИК МАЪЛУМОТЛАР

- Генитал герпес билан касалланиш XX асрнинг 70 – 80 йилларида айниқса кўпайиб маълум вақт юқори бўлиб келган ва кейинчалик бир оз пасайган.
- Ҳозирги вақтда генитал герпеснинг 4/5 ҳолларида 2 – типга хос оддий герпес вируси топилмоқда (ОГВ – 2).
- Аёлларда касалланиш хавфи эркакларга қараганда кўпроқ, ОГВ – 1 га боғлиқ бўлган олдинги инфекция, ОГВ – 2 юқиш хавфини камайтиради. ОГВ – 1 чақирган касаллик ОГВ – 2 га қараганда кам қайталади ва енгилроқ кечади.
- Генитал герпес билан шиллиқ пардалари зарарланган беморлар ОИВ – инфекцияси борлиги бўйича юқори хавф гуруҳига киради.

КЛИНИК МАНЗАРАСИ

БИРЛАМЧИ ГЕРПЕС

- Касаллик белгилари жинсий алоқадан 4 – 14, кўпинча 5 – 7 кун ўтгач пайдо бўлади. Умумий белгилари.
 - ◆ Бош оғриши.
 - ◆ Тана ҳароратининг бир оз кўтарилиши.
 - ◆ Миалгиялар.
- Сийдик – тано аъзоларини текширганда топиладиган белгилар.
 - ◆ Везикулалар.
 - ◆ Ярасимон цервицит.
 - ◆ Жуда кучли оғриқ сезгиси.
 - ◆ Дизурия.
 - ◆ Кўпинча чов лимфа тугунлари катталашгани аниқланади.

- Аёлларда герпетик зарарланишлар ташқи жинсий аъзоларда ва бачадон бўйнида, эркаларда – жинсий олатнинг бошчаси ва чекка кертмакда, гомосексуалистларда оғиз, орқа чиқарув йўли ва тўғри ичакда кузатилади.
- Белгилар 2 – 3 кун сақланади.
- Вирусни зарарланган ўчоқдан касалликнинг 1 – ҳафтаси мобайнида ажратиб олиш мумкин.
- Ҳомиладор аёлдаги клиник яққол ифодаланган ёки белгиларсиз бирламчи герпес ҳомила учун катта хавф туғдиради, чунки касалликнинг қайталанувчи формасига қараганда, бошланғич инфекцияда вирус зарраларининг секрецияси анча юқоридир.

Қайталанувчи герпес

- Бирламчи герпетик инфекцияни бошидан кечирган беморларнинг 80% да қайталаниш кузатилади (ОГВ – 2).
- Герпетик зарарланишлар кўпинча бир томонлама бўлади.
- Касаллик белгилари ва зарарланиш ўчоқлари одатда ташқи жинсий аъзоларда: аёлларда – ташқи жинсий аъзолар соҳасида, камроқ – бачадон бўйнида, эркаларда герпетик инфекция ёрғоқда, перианал соҳада ва думбаларда жойлашади.
- Умумий белгилар кам юзага чиқади.
- Рецидивлар жисмоний ва ақлий зўриқишдан кейин, аёлларда менструация даврида кузатилади.
- Касаллик белгилари пайдо бўлгач, одатда 1 – 3 кун мобайнида вирусни ажратиб олиш мумкин.
- Касаллик белгилари тахминан 7 кун сақланади.
- Қайталанувчи герпеснинг активлиги 4 – 5 йил ўтгач пасаяди.
- Қайталанувчи герпес – беморлар учун қайғули ҳолатдир.

ДИАГНОСТИКАСИ

- Асосий диагностика усули – вирусологик текшириш ўтказиш. Текшириш учун олинган материал 24 соат ичида лабораторияга етказилиши керак.
- Агар биринчи ва иккинчи текширув орасида етарлича муддат ўтган бўлса (4 ҳафта), бирламчи герпесни АТ ёрдамида (ИФА усули билан) аниқлаш мумкин.
- Зарарланган ўчоқдаги материалда вирусни тез топиш ва унинг кенжа типини аниқлаш учун тўғри иммунофлюоресцент усулидан фойдаланиш лозим.
- Чақалоқларда орқа мия суюқлигини текширишда ПЗР (полимер занжир реакцияси) усули (ПЦР) герпетик инфекция диагностикасида, айниқса, самаралидир.

ДАВОЛАШ

- Бирламчи герпесда ацикловир парентерал кўлланилганда вирус зарралари ажралиши 12 кундан 6 кунгача, оғиз орқали (ацикловир 200 мг. дан кунига 5 маҳал 5 – 10 кун давомида ёки валацикловир 500 мг. дан кунига 2 маҳал 5 – 10 кун) берилганда 12 кундан 9 кунга қисқаради. Шунингдек оғиз орқали беришга фамцикловир кўлланилади (250 мг. дан кунига 3 маҳал 5 кун давомида).
- 5% ацикловир малҳами герпетик тошмаларни тошиш даврини камайтиради.
- Дори препаратларини вена ичига юбориш учун кўрсатмалар.
 - ◆ Иситма ёки тарқалган инфекция.
 - ◆ Бош оғриғи билан кечувчи менингизм синдроми.
 - ◆ Чақалоқлар герпетик инфекциясида ацикловир 30 мг/кг/кунда.
 - ◆ Қайталанувчи герпесда ацикловир 200 мг.дан 5 маҳал 5 кун, валоцикловир 500 мг.дан 2 маҳал 5 кун ёки фолицикловир 125 мг.дан 2 маҳал 5 кун берилса, клиник белгиларнинг ифодаланиши камаяди.
 - ◆ Herpes labialis га нисбатан оддий қайталанувчи генитал герпесда ацикловир мази билан маҳаллий аппликация кам наф беради.
 - ◆ Беморлардаги тез-тез ва оғир кечадиган қайталанувчи касалликда узок таъсир қилувчи препаратларни профилактик даволаш учун бир неча ойгача (ацикловир 400 – 800 мг/кунда, фамцикловир 125 мг. ёки 250 мг. дан кунига 3 маҳал ёки 250 мг.дан кунига 2 маҳал) ёки қисқа муддатга, масалан сафар даврига буюриш мумкин. ОИВ инфекцияси билан касалланган беморлар ацикловирни бир умр ичиб юрадилар.
 - ◆ Ҳозирги вақтда нерв ганглияларига сезгир вирусларга қарши дори препаратлари топилмаган.
 - ◆ Вирусларга қарши дори воситаларини ҳомиладорлик ва кўкрак билан эмизиш вақтида бериш тавсия этилмайди, лекин ҳомиладорликнинг турли муддатларида ацикловир қабул қилганда ҳомилага ножўя таъсири кузатилмаган.

ЖИНСИЙ АЪЗОЛАР ПАПИЛЛОМАВИРУСЛИ ИНФЕКЦИЯСИ (ГЕНИТАЛ СЎГАЛЛАР)

АСОСИЙ ҚОИДАЛАР

- Гениталий сўгаллари аниқланган иккала жинсий шериклар бирга ва бир вақтда даволанишлари лозим.
- Касаллик учун қайталанишлар ва спонтан ремиссиялар хос.
- Одам папиллома вируси (ОПВ) таъсири натижасида ривожланган эпителий дисплазиясини даволаш тадбирларига зарурат пайдо бўлади.

СТАТИСТИК МАЪЛУМОТЛАР

- ОПВ жинсий йўллар орқали ўтадиган энг кенг тарқалган инфекциядир.
- ОПВ борлиги баъзи вақтларда жинсий аъзолар ракини, жумладан бачадон бўйни ракини келтириб чиқариши мумкин.
- ОПВ билан инфекцияланган беморларнинг жинсий аъзолари шиллик қаватларида белгисиз ясси ҳоалар ва классик ўткир учли кандиломалар учрайди.
- Фақат 60-70% инфекцияланган беморларда 1-8 ойлик инкубацион даврдан кейин генитал сўгаллар пайдо бўлади.
- Касаллик кўпроқ хужайра иммунитетни бузилган кишиларда (масалан, иммуносупрессив терапия олаётган ОИВ беморларда) учрайди.

КЛИНИК МАНЗАРАСИ

- Касаллик кўпинча белгисиз ўтади ва тасодифан аниқланади.
- Гематурия (уретрал сўгаллар).
- Қичишиш, таъсирланиш, эрозиялар (ясси элементларни мавжудлиги: кин дарвозаси, орқа чиқариш тешиги, чекка кертмак).

ДИАГНОСТИКА

- Кўрик вақтида сўгаллар яққол кўзга ташланиб туради.
 - ◆ Иккала жинсдаги беморларни жинсий аъзоларини гинекологик креслода текшириш қулайдир (бунда бемор литотомия вазиятида бўлади).
 - ◆ Эркаклардаги ректал кандилома ва уретра ичи зарарланишларини аниқлаш мақсадида ректоскоп ва «меатоскоп» қўлланилади (кичкина кўзгу ёки ҳаво ҳайдаш имкони бўлган отоскоп).
 - ◆ Кольпоскопия ва жинсий олатни кўздан кечириш ҳам ОПВ билан зарарланганлигини аниқлашда диагностик аҳамиятга эга.
- Сирка кислотаси билан аппликациялар (аёллар учун 3% ли, эркаклар учун –5% ли эритма) ўтказилади.
 - ◆ Эркакларда ҳам аёлларда ҳам белгисиз ясси элементларни аниқлаш мақсадида синама сифатида кенг қўлланилади.
 - ◆ Шуни инобатга олиш керакки, сирка кислотаси таъсирида эпителийнинг оқарган қисми папилломавирус инфекциясининг патогномоник белгиси бўлиб ҳисобланмайди.
 - ◆ Ясси кандилома борлигини скринингли текшириш учун фақат шу битта усулини қўллаш тавсия этилмайди: бундан ташқари, камида гистологик тасдиқлаш ва /ёки вирус типини аниқлаш учун текшириш ўтказиш лозим.
- Гистологик текшириш учун биопсия қуйидаги ҳолларда тавсия этилади:
 - ◆ Папулёз, пигментли доғларни эслатувчи зарарланишлар;
 - ◆ Даволашга чидамли генитал сўгаллар;
 - ◆ Сурункали (эпителий бутунлиги бузилиши, сурункали қичишиш, этиологияси ноаниқ зарарланишлар) белгилар.

- Бачадон бўйни ОПВ билан зарарланганда диагностика учун тадқиқотнинг скрининги сифатида Папаниколау бўйича суртма олиш энг мувофиқ усул ҳисобланади.
 - ◆ Койлоцитоз –ОПВ билан инфекцияланишнинг патогномоник белгисидир.
 - ◆ Даво муолажаларини бошлашдан олдин кольпоскопия ўтказиб, бачадон бўйни ва қин ҳолатини аниқлаш лозим.
- Жинсий йўл билан юқадиган бошқа касалликлар тўғрисида ҳам унутмаслик керак.

ДИФФЕРЕНЦИАЛ ДИАГНОСТИКА

- 30-40% ёш эркакларда жинсий олат бошчасида хавфсиз папулалар учрайди.
- Сирка кислотаси билан аппликацияга реакция бўлиши эҳтимоли:
 - ◆ сурункали яллиғланиш жараёнларида, кандидоз инфекция;
 - ◆ жинсий йўл орқали юқмайдиган (масалан, атрофик темирлатки, ранг-баранг ясси темирлатки, пўстлоқли темирлатки (псориаз), аллергия экзема) касалликлар.

ГЕНИТАЛ СЎГАЛЛАРНИ ДАВОЛАШ

- Генитал сўгалларни специфик давоси топилмаган.
- Даволаш усулини танлаш зарарланган ўчоқнинг сонига, ўлчамига ва жойига қараб белгиланади.
- Иккала жинсий шерикни биргаликда даволаш тавсия этилади.

0,5% ЛИ ПОДОФИЛЛОТОКСИН СУЮҚЛИГИ

- Аногенитал соҳадаги янги, бир мунча кичик сўгаллар самарали даволанади.
- Беморлар ўзлари 2 маҳал ҳафтасига 3 кун кетма – кет 3-4 ҳафта давомида зарарланган соҳаларга суртадилар.
- Яхши самара бўлмаса ёки рецидив кузатилса, яна ўша даво курсини қайтариш мумкин.
- Қин сўгаллари учун ишлатилмайди.
- Ҳомиладорлик вақтида қўлланилмайди.

ПОДОФИЛЛИН (25% ЛИ СПИРТЛИ ЭРИТМА)

- Давони врач ёки ҳамшира бажаради. Эритмани 4-6 соатдан сўнг ювиб ташлаш керак.
- Қайта даволаш курси 4-5 кундан сўнг ўтказилади.

КЕСИШ ОРҚАЛИ БИОПСИЯ ОЛИШ (ҚАЙЧИ, СКАЛЬПЕЛЬ, КОНХОТОМ БИЛАН)

- Бу усул бир қанча якка сўгалларда самарали ҳисобланади.

КРИОТЕРАПИЯ /**ДИАТЕРМОКОАГУЛЯЦИЯ**

- Аногенитал соҳанинг ташқи сўгалларини даволашда қўлланилади (айниқса, қин дахлизига кириш жойи ёки анал тешиги атрофида). «Уяли» усул ёки контактли музлатиш учун махсус учликдан фойдаланилади.
- Бунда таъсир этиш чуқурлигини назорат қилиш қийин, шунинг учун бу усулни жинсий олатда ёки қинда жойлашган сўгалларни даволашга қўллаб бўлмайди.
- Одатда ҳар 10-14 кунда такрор даволаш курси ўтказиш керак.
- Бу даво усулини ҳомиладорларда ташқи сўгалларни даволашда қўллаш мумкин.

ЛАЗЕРОТЕРАПИЯ

- Карбонат ангидритли лазер ишлатилади.
- Катта ва даво терапиясига чидамли бўлган зарарланишлар, айтиқса шиллик пардаларда жойлашган зарарланишларни даволашда самаралидир (сийдик чиқариш канали, қин, орқа чиқариш тешиги).
- Даволаш кольпоскопия назоратида олиб борилади.
 - ◆ Таъсир чуқурлигини назорат қилишга имконият бор.
 - ◆ Усул ясси зарарланишларни даволашда ҳам қўлланилади.
 - ◆ Тери сўгалларини даволашда эҳтиёткорлик керак, чунки оғриқ синдроми пайдо бўлиши, тери ва чандиқларга шикаст этиши мумкин.

ИМИКВИМОД МАЛҲАМИ

- Ноиммун жавоб стимулятори.
- Ташқи сўгалларни маҳаллий даволаш учун восита.
- Малҳам ҳафтада 3 марта (кунора) суртилади, 6 – 10 соат ўтгач ювиб ташланади. Дорини 16 ҳафтадан ортиқ қўлламаслик керак.

ИНТЕРФЕРОН

- Касаллик қайталаниш сонини камайтириш учун ишлатилиши мумкин ($\alpha - 2b$ -, $\alpha - n1$ ва β интерферонлар).
- Стандарт даволаш усулига резистентлик бўлганда тайинланади.
- Маҳаллий (бевосита зарарланган ўчоққа) ёки систем қўлланилади.
- Препарат қимматбаҳо, турли – туман ножўя таъсирлари бўлиши мумкин.

ОҒРИҚСИЗЛАНТИРИШ

- Генитал сўгалларни йўқотиш муолажалари оғриқ билан кечади.
- 1 % ли лидокаин билан маҳаллий оғриқсизлантириш
- Беморларда салбий ҳиссиётларни камайтириши мумкин.
- Баъзан эркакларда ўтказувчан анестезия, айрим ҳолларда эса наркоз (лазер билан даволаганда) қўлланилади.

ЭСЛАТМАЛАР

- Касаллик учун қайталаниб кечиш хос (одатда 6 ой ичида), лекин бир оз муддатдан сўнг ўз – ўзидан соғайиш кузатилиши ҳам мумкин.
- Белгисиз субклиник зарарланган эркакларда ўтказилган диагностика ва даволаш муолажалари уларнинг жинсий шерикларида тузалганлик кўрсаткичининг ошишига кафолат беради деган далиллар йўқ.
- Ташқи сўгаллар йўқолгунча презервативлардан фойдаланиш тавсия этилади (соғайишни тезлаштиради ва жинсий шерикларидан касалликнинг яна юқишидан сақлайди).

БОШ АЙЛАНИШИ

АСОСИЙ ҲОЛАТЛАР

- Тана ва бош ҳолатининг ўзгаришида, ортостатик гипотензияда ва вестибулопатияда келиб чиқадиган яхши сифатли постурал цервикал бош айланишни аниқлаш муҳим.
- ТИА-да, яъни қари одамларда неврологик белгилар билан бош айланиш хуружида ацетилсалицил кислотаси тавсия этилади. Ёш беморларни касаллик характерини аниқлаш учун шифохона шароитида текшириш лозим.
- Кўп қайталанувчи ва узоқ давом этувчи бош айланиши кузатилган ҳолларда шунингдек эшитиш қобилияти пасайганда, нистагм аниқланганда текширувларни давом эттириш керак. Доим Меньер касаллиги, VIII бош суяги нерви невриномасини, чакка эпилепсиясини ва тарқалган склерозни истисно қилиш керак.
- Бош айланишини чақирадиган дорилар қабул қилаётган беморларда уни тўхтатиш ёки дозасини камайтириш лозим.
- Бош айланишини чақирадиган дори препаратларини қарияларга тавсия қилмаслик мақсадга мувофиқ.

Бош айланиш сабаблари

- Бош айланиши кўпинча органик дисфункционали ўзгаришлар натижасида кузатилади. Уларни неврастенияга чалинган беморлар деб қараш керак эмас. Қуйида аксарият ҳолларда бош айланишига сабаб бўлувчи ҳолатлар келтирилган:
 - ◆ Хавфсиз постурал бош айланиши.
 - ◆ Меньер касаллиги.
 - ◆ Номаблум этиологияли отоген бош айланиши.
 - ◆ Вестибуляр нейронит.
 - ◆ Бўйинни таранглашиши.
 - ◆ Мияча ва бош мия ўзанида қон айланишнинг бузилиши.
 - ◆ Мияча атрофияси.
 - ◆ Қарияларда қариш жараёнига боғлиқ бош айланиш (бош мия, кўзлар, мувозанат аъзолари, ортостатик гипотензия).
 - ◆ Васваса хужуми (Паник атака-гипервентиляция).

◆ Ҳар томонлама текширилганга қарамасдан номаълум этиологияли бош айланиш.

- Фақатгина 10 % ҳолларда бош айланиши оҳирги гуруҳга киритилиши мумкин.
- Кўп дори препаратлари қабул қилиш натижасидаги бош айланиши.

Анамнез

• Тўлиқ йиғилган анамнез – диагностикани энг муҳим қисми ҳисобланади. Қуйидаги ҳолатларни аниқлаш керак:

◆ Бош айланганда айланма ҳаракат, йиқилиш хисси бўлишини эътиборга олиш лозим.

◆ Бош айланишини турли ҳолатларга боғлиқлигини (тана ҳолатини ўзгариши, бошни бурилиши, жисмоний зўриқиш).

◆ Бош айланиши хуружининг давомийлиги. (қисқа муддатли: постурал ва ТИА; узоқ муддатли: Меньер касаллиги). Бир ҳафтадан узоқ давом этувчи тўхтовсиз ва интенсив бош айланиши аксарият ҳолларда вестибуляр нейронит ёки миёча инфаркти билан боғлиқ.

◆ Бош миёа ёки кулоқ жараёнга кўшилганлигини тасдиқловчи йўлдош белгилар бор-йўқлигига.

◆ Бош айланишининг эшитишни сусайиши ёки кулоқларда қўнғироқ овози ҳолатининг кузатилиши.

◆ Фалажлик белгиларининг борлигига.

• Бемор доим қабул қиладиган дори препаратлари ва уларнинг гуруҳлари.

Физикал маълумотлар

• Турли ҳолларда нистагмни бўлиши.

◆ Постурал бош айланишида, Меньер касаллигида, вестибуляр нейронитида келиб чиқади.

◆ Камдан кам пайдо бўладиган вертикал нистагм бош миёанинг зарарланганлигини билдиради

• Неврологик, отологик ва қон айланишини текшириш.

◆ Унтербергернинг қадам ташлаш (марш) синамаси ўтказилаётганда бемор кўзини юмиб жойида турган ҳолатда 40 марта қадам ташлайди. Беморнинг ён томонларга 45°дан кўпроқ оғиши белгиланган меъёрдан четга чиқиш деб ҳисобланилади. Бу синама оғишнинг қайси томонга бўлишига қараб ўша томонда вестибуляр нейронит ёки VIII калла суяги нерви невриноماسи оқибатида пайдо бўлган дисфункцияни осон аниқлашга имконият яратади.

◆ Ромберг синамаси ўтказилаётганда мувозанатнинг бузилиш даражаси баҳоланади.

◆ Юриш.

◆ Координацияли синамалар.

◆ Калла суяги нервлари, пай рефлекслари.

◆ Ноғора пардалари (отит ёхуд тешилиши).

◆ Камертондан фойдаланган ҳолда синама ўтказиш.

◆ Агар беморда доимий бош айланиши бўлса (1 минутдан кўпроқ), қулоқлар шангилласа ёхуд эшитишнинг ёмонлашганлигига гумон қилинса аудиограмма ўтказиш лозим.

◆ Ўтирган ёки турган ҳолдаги артериал қон босими.

◆ Юрак ва буйин веналарининг аускультацияси.

• Шунингдек беморнинг буйинини текшириш лозим (мушак таранглашувини, умуртқа поғонаси илдизига юклама синамасини)

ТИПИК КЛИНИК МАНЗАРАСИ

Хавфсиз постурал бош айланиши

- Бош айланиш хуружи кўпинча эрталаб бошланади.
- Тана ҳолати ўзгартирилгандан сўнг бир неча сония ўтгач бош айланиши кучаяди (горизонтал ҳолатдан ўтириш ҳолатига ўтилганда, шунингдек тўшақда бурилганда). Тана ҳолатининг ундан кейинги ўзгаришлари бош айланишининг энгил хуружларига олиб келади.
- Кўпинча хуружлар беморни кўриқдан ўтказиш даврида пайдо бўлади.
- Хуруж вақтида аксарият ҳолларда нистагм кузатилади.
- 90% беморларда хуруж 3 ой ичида тўхтайтиди, лекин баъзан қайталанишлар ҳам учрайди.

Ўткир вестубулопатия

(Вестибуляр нейронит)

- Тез бошланиш, кучли бош айланиш ва кўнгил айниш.
- Меъёр (симметрик) аудиограмма.
- Соғлом қулоққа йўналтирилган спонтан горизонтал нистагм.
- Кучли бош айланиш 1-2 ҳафта давомида ўтиб кетади. Мувозанатни сақлаш билан боғлиқ бўлган кичик муаммолар узокроқ сақланади.
- Хуружлар такрорланмайди.

Меньер касаллиги

- Қуйидаги белгилар учлиги хос: бош айланиши, қулоқларда шовқин, эшитишнинг турли бузилишлари.
- Хуружлар давомийлиги ўртача 2-5 соатни (10 минутдан 48 соатгача) ташкил қилади.
- Кўпинча қулоқларда босим хисси келиб чиқади.
- Дастлаб ўтиб кетувчи эшитишнинг бузилиши, кейинчалик доимий кондуктив қулоқ оғирлигини келтириб чиқаради. Сўзлашув тушунарсиз тус олади.

Васваса (паник) хуружлар билан боғлиқ бўлган бош айланиши (гипервентиляция)

- Одатда ёшларда маълум шароитларда кузатилиб хуружсимон ёки тўхтовсиз бош айланиши кўринишида кечади (дўкон ёки кинотеатрларда навбатда турганда). Диагноз органик сабаблар инкор этилгандан кейин қўйилади.
- Айланма бош айланишда ва нистагм аниқланмайди.

Цервикал табиатли бош айланиши

- Бўйин соҳасида ҳаракат чегараланган ва сезги сусайган.

- Бўйин мушаклари ригидлиги билан боғлиқ.
- Бўйин ва елка мушакларини таранглашиши аниқланади ёки умуртқа поғонасининг бўйин соҳасига илдиз юкламаси синамасида мусбат натижа кузатилади.

- Нистагм кам намоён бўлади.

Муйсафидлардаги қариш жараёнига боғлиқ бош айланиши

- Сизги сусайиши натижасида ҳамда уларга бир нечта омилларнинг биргаликдаги таъсири этиши оқибатида ривожланади.

Дори моддалари ва алкоголь қабул қилиш натижасида келиб чиқадиган бош айланиши

- Ортостатик гипотензия чақирувчи дорилар (антигипертензив, паркинсонизмга қарши дорилар, трициклик антидепрессантлар, фенотиазинлар).
- Талвасага қарши воситалар: карбамазепин ва фенитоин нистагм ҳамда атаксия билан кечувчи мияча бош айланишини келтириб чиқариши мумкин.
- Бензодиазепинлар.
- Алкогол қабул қилиш оқибатида:
 - ◆ Алкоголни сурункали истеъмол қилганда атаксия ва тремор билан кузатилувчи мияча дегенерациялари пайдо бўлади.
 - ◆ Сизги ҳолати сусайиши билан кечувчи полиневропатия аниқланади.

Транзитор ишемик хуруж

- Кўп ҳолларда, бош айланишидан ташқари МНС бошқа шикастланиш белгиларини ҳам аниқлаш мумкин (диплопия, дизартрия, оёқ-қўлларни шикастланиб фалажланиши).
- Нистагм билан кечувчи айланма бош айланишининг ягона хуружлари (врач кўрув даврига келиб хуружлар тугаганлиги сабабли камдан –кам кузатилади).
- Дроп-хуруж – оёқларда кескин ҳолсизлик ривожланади.
- Инсультга олиб келувчи хавф омиллари (артериал гипертензия, атеросклероз) ТИХлари ва унинг қайталаниши эҳтимолини оширади.

VIII бош суяги нерви невриномаси

- Асосий белги – эшитиш қобилияти сусайишининг секинлик билан кучайиб бориши.
- Қулоқларда шовқин.
- Юрганда одатда айланма бош айланишсиз ўзига ишончсизлик сезгиси.

Тарқалган склероз

- Баъзида бошланғич белгилар – бош айланиши ва юрганда ишончсизлик туйғуси.
- Олинган бошқа неврологик маълумотлар диагноз қўйишга ёрдам беради.

Кардиологик касалликларда келиб чиқадиган бош айланиши

- Ортостатик гипотензияда белгилар эрталаб овқатдан кейин пайдо бўлади.
- Аритмиялар, бош айланиши хуружлари ва коллапс билан бирга кузатилиш эҳтимоли бор.
- Бош айланиши жисмоний зўриқиш билан боғлиқ бўлиши мумкин.

Қўшимча текшириш усуллари

- Асосий умумий текшириш усуллари.

◆ ЭКГ, ЭЧТни аниқлаш билан биргаликдаги қоннинг умумий анализи.

◆ Эшитиш қобилиятининг эҳтимолий бузилишларида – аудиограмма.

◆ Умуртқа поғонасининг бўйин қисмининг рентгенографияси кўп маълумот бермайди.

• Махсус текшириш усуллари

◆ Аксарият ҳолатларда электронистагмография ўтказилади. Бош мия дисфункциясига шубҳа туғилганда компьютер томографияси.

◆ VIII бош ичи нерви невриномасини истисно қилиш учун мия ўзани электр потенциаллари текширилади.

◆ Эпилепсияга шубҳа бўлганида ЭЭГ ўтказилади.

• Консултациялар.

◆ Анамнез ва физикал текширишга асосланиб мутахассис маслаҳатига юбориш ҳал қилинади.

Бош айланишни даволаш

• Агар ўткир бош айланиши қайд қилиш билан бирга кечса прохлорперазин таблеткалар ёки свечаларда тавсия этилади.

• Постурал бош айланишлар танани маълум ҳолатда сақлаш йўли билан даволанади (унда дорилар билан даволашга зарурат йўқ).

• Агар бош айланиши этиологияси номаълум бўлса ва бир кулоқни шикастланиши билан кечса бетагистодин тавсия этилади.

• Антигистамин препаратларини ҳам қўллаш мумкин, лекин уларнинг самарадорлиги тўғрисида олинган маълумотлар етарли эмас.

• Бош мия касаллиги – фақат эпилептик бош айланишни даволаш мумкин. Баъзи ҳолларда ТИХни тўхтатиш мумкин (ацетилсолицил кислота қабул қилиш билан).

• Умуртқа поғонаси бўйин қисми касалликлари – физиотерапия, игна билан даволаш, ДФК.

• Паник хуружлар – трициклик антидепрессантлар, алпразолам, клоназепам, сератонинни қайта тутувчи ингибиторлар.

ХАВФСИЗ ПОЗИЦИОН БОШ АЙЛАНИШИ

Асосий ҳолатлар

• Бош айланишлар ичида энг кўп учрайдиган – хавфсиз позицион бош айланишларга тўғри диагноз қуйишни билиш керак.

• Самарасиз дорилар, консултациялар ва қўшимча текширишлар ўтказишдан ўзни тийиш лозим.

• Беморларни позицион усуллар билан даволаш керак.

• Бу ҳолатни диагностикаси ва давоси бирламчи тиббий ёрдам кўрсатиш муассасаларида ўтказилади.

◆ Диагнозни қайта кўриклардан кўра биринчи консултацияда аниқлаш энгилрок. Чунки мавжуд нистагмнинг диагностик аҳамияти кейинги кўрикларда йўқолиши мумкин (бемор мутахассисларга юборилганда).

- Касаллик шунчалик кўп тарқалганки уларни умумий амалиёт ва бемалол даволаши мумкин.

Статистик маълумотлар

- Тахминан 20% бош айланиши бўлган беморларда позицион бош айланиши аниқланади. Бу бош айланишнинг энг кўп тарқалган сабаби ҳисобланади.
- Касаллик турли хил ёшдаги кишиларда кузатилиши мумкин, аммо ўрта ва қари ёшдагиларда кўпроқ учрайди.

Этиологияси

- Балки касаллик бир томонлама орқа ярим айланма каналнинг димланиши билан боғлиқ бўлиши мумкин, бу ҳол тана ҳолати ўзгарганда кучли бош айланиши хуружига олиб келади.
- Унчалик катта бўлмаган жароҳат ёки чўзилиш баъзан келтириб чиқарувчи омил бўлиши мумкин, лекин аксарият ҳолатларда келтириб чиқарувчи сабаблар аниқланмайди.
- Даво ярим айлана каналдаги димланишни бартараф қилишга асосланган.

КЛИНИК МАНЗАРАСИ ВА ДИАГНОСТИКАСИ

Шикоятлари

- Бемор тўшакда ётганда ёки ўтирганда кўпинча эрталаб пайдо бўлувчи бош айланиши.
- Бош айланиши тизимли ёки тизимсиз бўлиши кўпинча кучли намоён бўлади. Беморда кўнгил айланиши ҳам кузатилиши мумкин.
- Бемор биринчи бош айланиши ўтганидан сўнг кўпинча бемалол юриши мумкин, бироқ маълум ҳолатда (ётганда, ўтирганда, бўйинни олдинга чўзганда, масалана ювиниш вақтида, турган ҳолда бўйинни айлантиришда) яна қайта бош айланиши юзага келади.
- Бемор одатда бош айланишини чақирувчи ҳолатлардан ўзини сақлашга ҳаракат қилади ва ярим ўтирган ҳолатда ухлайди.

Диагностикаси

- Диагноз анамнез асосида тахмин қилинади ва клиник текширишларда тасдиқланади.
- Эгилиш билан чақирилувчи синама диагностика «калит»и ҳисобланади. Текширишнинг бошқа натижалари меъёрида бўлиши мумкин.
- ◆ Бемордан кўзни очиб туриш сўралади. Бошни тезда орқага қайириш ва буриш лозим. Жадал бош айланиши ва айланувчи нистагм 2-20 секунд ушланиб такрорланади ва нистагм доимий камайиб боради. Бемор ўтирган пайтда эса бош айланиши янгидан пайдо бўлади. Бош айланиш бўйин олдинга эгилганда кучаяди.
- Диагноз қуйиш учун махсус асбобларга эҳтиёж йўқ. Электронистагмографияда хавфсиз позицион бош айланиши учун типик айланма нистагм аниқланади.

Дифференциал диагностикаси

- Қуйидаги кўп учраб турадиган касалликлар билан дифференциал диагноз ўтказиш лозим.

ТИХ (кексаларда ўткир келиб чиқувчи бош айланиш).

Бўйин бош айланиши (бу ҳам позицияга боғлиқ, лекин нистагм кузатилмайди).

Тик турган ҳолатда мувозанат бузилишига олиб келадиган вестибуляр нейронит.

• Атипик ҳолларда (даволашга қарамасдан белгилар сақланганда) ЛОР мутахассис ва невролог билан маслаҳатлашиш керак.

Прогнози

• Даво ўтказилмаганда белгилар ўртача 10 ҳафтагача давом этади, бироқ давомийлиги сезиларли даражада фарқланади.

• Кўпгина беморларда касаллик белгилари қайталаниши мумкин.

Даволаш

• Дори воситалар билан даволаш самарасиз.

• Беморга касаллик белгиларини хавфсиз эканлигини тушунтириш зарур ва унга позицион машқлар билан ўз-ўзини даволаш маслаҳат берилади.

◆ Бемор бир ҳафта мобайнида бир кеча кундузда 5 мартаба 5-тадан такрорий букилишлар (танани бош айланиш содир бўладиган ҳолат томонга ўтказиб) машқини бажариши керак.

• Махсус услублардан фойдаланиш ҳам мумкин (Сегмент ёки Аплей услуби), лекин уларни ўтказиш учун мутахассис физиотерапевт зарур.

МЕНЬЕР КАСАЛЛИГИ

Меньер касаллиги – ички кулоқнинг йирингсиз касаллиги бўлиб лабиринт суюқлиги ва лабиринт ичи босимининг ошиши билан характерланади. Натижада қайталанувчи қарлик, кулоқларда шовқин, тизимли бош айланиш, мувозанат ва вегетатив бузилишлар (кўнгил айниш, қайд қилиш) кузатилади. Кўпинча жараён бир томонлама, 10-15% ҳолатларда икки томонлама ҳам бўлиши мумкин • Касаллик ўрта кулоқнинг олдин кузатилган йирингли яллиғланишларисиз ва бош мия ҳамда унинг қобиғи органик касалликларисиз ривожланади • Вақт ўтиши билан хуружлар сони ва оғирлиги камайиши мумкин, лекин эшитиш бузилишлари авж олиб боради • Кўпроқ 30-50 ёшларда учрайди.

Классификацияси • Классик шакли – бир вақтнинг ўзида эшитиш ва вестибуляр функцияларнинг бузилиши (тахминан 30% ҳолатларда) • Кохлеар шакли – касаллик эшитиш бузилишидан бошланади (50%) • Вестибуляр шакли –вестибуляр бузилишлар билан бошланади (15-20%).

Этиология ва патогенези

• Касаллик келиб чиқишини турли таъсирларга нисбатан пайдо бўладиган ички кулоқ реакцияси билан боғловчи (лабиринт суюқлигининг ошиши ва унинг гипертензияси) бир неча назариялар мавжуд ◆ **Тизимли характердаги бузилишлар** ◆ Сув-туз алмашувининг бузилиши ◆ Аллергик касалликлар ◆ Эндокрин касалликлар ◆ Томир касалликлари ◆ Вирусли касалликлар ◆ Захм ◆ **Маҳаллий сабаблар** ◆ Эндолимфатик оқим ва эндолимфатик қопчанинг дисфункцияси ◆ Баста клапанининг деформацияси ◆ Дахлиз сув йўлининг облитерацияси ◆ Чакка суяги пневматизациясининг пасайиши.

- Лабиринт гипертензиясининг ривожланиш механизми 3-та асосий ҳолат билан боғланади ♦ Эндолимфанинг кўп хо бўлиши ♦ Эндолимфа сурилишининг сусайиши ♦ Ички қулоқ мембрана структураси ўтказувчанлигининг бузилиши.

- Охирги йилларда бу касаллик келиб чиқишини ички қулоқ томирлари вегетатив иннервациясининг дисфункцияси билан тушунтирувчи назария диққат марказда турибди.

Генетик аспектлар. Генетик омиллар ҳам маълум даражада аҳамиятга эга бўлсада, лекин бир оилада эшитув пасайишининг бош айланиши билан бирга учраши камдан кам ҳолларда биттадан кўп марта кузатилади.

Хавфли омиллар • Европа ирқиға мансублик • Стресс • Аллергия • Ош тузини кўп истеъмол қилиш • Доимий шовқин таъсири.

Патоморфологияси • Эндолимфатик бўшлиқнинг сезиларли лекин нотекис кенгайиши • Лабиринт парда деворида янги ёки чандиқланаётган кўп сонли ёрилишлар бўлиши • Баъзида ички қулоқ хужайра структурасида дегенератив-дистрофик ўзгаришлар аниқланиши.

Клиник манзараси. Хуружлар билан кечиши (хуружлар оралигида касаллик белгилари кузатилмайди, лекин этишиш қобилятининг сусайиши сақланиб қолади). Касаллик хуружларига қуйидаги белгилар хос • Касалликнинг бошланиш даврларида кўпинча паст тўлқинли товушларни эшитишни доимий пасайиб бориши; флюктуацияланувчи оғир қулоқлик (эшитишнинг даврий ёмонлашуви ва тўсатдан яхшиланиб қолиши) • Тизимли бош айланиши – давомийлиги 20 минутдан бир неча соатгача чўзиладиган спонтан хуружлар • Қулоқларда шовқин • Кучли ва оғир хуружлар учун қўйидаги қўшимча белгилар хос ♦ Кўнгил айниши ва қайд қилиш ♦ Рангпарлик ♦ Яққол намоён бўладиган терлаш ♦ Тана хароратининг пасайиши ♦ Поллакиурия ♦ Мувозанатни сақлаш қобилятининг йўқолиши ♦ Харакатланиш пайтида касаллик белгиларининг кучайиши.

Йўлдош касалликлар • Чиғаноқ истисқоси (эшитишнинг яккаланган бузилиши) • Лабиринт истисқоси (координациянинг яккаланган бузилиши).

Ёшга боғлиқ хусусиятлари. Болаларда кўпинча бош айланишининг асосида марказий асаб системасининг зарарланиши ётади.

Лаборатор текширишлар ўхшаш клиник белгилари бор касалликларни истисно қилишга қаратилган • Оқ трепонемани аниқлаш учун ўтказиладиган махсус серологик синамалар • Қалқонсимон без функциясини текшириш • Ёғ алмашинув кўрсаткичларини ўрганиш.

Махсус текширувлар • Отоскопия • Эшитишни текшириш ♦ Нутқ тушунишнинг бузилиши ва паст тўлқинли нейросенсор оғир қулоқликни аниқлаш учун тонал ва нутқ аудиометриясини ўтказиш ♦ **Глицерол синама.** Беморга наҳорда глицерин ва сув (1:1) аралашмаси ичиш тавсия этилади. 1 кг. тана вазнига 1-1,5 г. глицерин ҳисобида. Лабиринтнинг функционал текширувлари глицеринни қабул қилишдан олдин ва ундан сунг 1,5-3 соат ўтгач ўтказилади. Глицерин ичгандан сўнг эшитиш қобилятининг яхшиланишида синама мусбат деб баҳоланади ♦ Камертонли текширувлар (Вебер ва Ринне синамалари) – тонал аудиометрия натижаларини

тасдиқлаш учун қўлланилади • Вестибуляр аппаратни текшириш ♦ Кўрганда аниқланадиган спонтан нистагм (65-70% беморларда). Нигоҳнинг бир жойга тикилиб қолишидан эҳтиёт бўлиш мақсадида линзалардан (40 дптр) фойдаланилади. Электронистагмография ёрдамида 90% ортик беморлада нистагм аниқланади. Нистагм 73% ҳолатларда гетеролатерал, 27% ҳолларда гомолатерал бўлади ♦ Политермал калорик синама ва купулометрия Меньер касаллиги билан оғриган беморларнинг 93%да вестибуляр функциянинг бузилганлигини аниқлаш имконини беради. Кўпинча қўзғалувчанлик диссоциацияси ва шикастланган томондаги умумий гипорефлюксия кузатилади. Томонлардан бири кўрсаткичларининг пасайиши Меньер касаллиги диагнозини тасдиқласа ҳам, бироқ бу текширишларнинг натижалари специфик ҳисобланмайди • Визуализация – эшитув нерви невриномасини инкор қилиш учун МРТ буюрилади.

Даволаш

Олиб бориш тамойили • Кўпинча амбулатор кузатув олиб борилади. Хуружларни амбулатория шароитида назорат қилиш ва тўхтатиш мумкин. Хирургик муолажа зарур бўлганда бемор шифохонага ётқизилади • **Жисмоний фаоллик** хуруж пайтида чекланади. Хуружлар оралиғида тўлиқ жисмоний фаоллик тавсия этилса ҳам, аммо қуйидаги сабаблар туфайли чекланади ♦ Хуруж яқинлашаётганлигини сезиш туйғуси ♦ Хуруждан кейин координациянинг бузилиши ♦ Кулоқлардаги шовқин ♦ Карлик (касалнинг иш қобилиятини анча чеклаб ижтимоий дезадаптацияга олиб келиши мумкин) • **Пархез**. Кўнгил айнаши хуружи пайтида овқат қабул қилишни чеклаш. Баъзи ҳолларда ош тузи қабул қилишни камайтириш мақсадга мувофиқ. Пархез хуружга олиб келувчи омил ҳисобланмайди • **Тавсиялар**. Меньер касаллиги билан оғриган беморлар фавқулотдаги шароитларда (ер ости, сув ости, баландлик), жароҳатланиш хавфи юқори бўлган жойларда (харакатланувчи механизмлар олдида) ва ҳар қандай транспорт воситаларига хизмат қилишда ишламасликлари керак • Меньер касаллиги билан оғриган беморларда ўзига хос эмоционал лабиллик (тез хаяжонланадиган) бўлганлиги сабабли улар доим эътиборда бўлишлари шарт • Оғир касалликларни (масалан эшитув нервининг невриномаси) ўтказиб юбормаслик мақсадида эшитувни даврий равишда баҳолаб туриш муҳим аҳамиятга эга.

Консерватив даволаш (дорилар билан, рефлексотерапия, ДФК, рентгенотерапия). Одатда 2-та давр фарқланади: хуружни бартараф қилиш ва хуружлараро даврда даволаш.

Хирургик даволаш • Вегетатив нерв тизимига аралашув • Лабиринтда декомпрессив операциялар • Лабиринтда деструктив операциялар • Дахлизчиғаноқ нервида деструктив операциялар • Ўрта кулоқ мушакларини қирқиш.

Дорилар билан даволаш

• Танлов дорилари ♦ Хуруж даврида (қуйидагилардан бири) ♦ Атропин 0,2-0,4 мг. в/и ♦ Диазепам 5-10 мг. в/и томчилаб ♦ Скополамин 0,5 мг. тери остига ♦ Хуружлараро даврда (ухлатувчи таъсир бўлмаслиги учун дозани камайтириш лозим) ♦ Меклозин 25-100 мг. уйқудан олдин ичиш учун ♦ Фенобарбитал ♦ Диазепам 2 мг.дан кунига 3 марта • Муқобил препаратлар ♦ Хуруж даврида

(шифохонада) ✦ Дроперидол 1,5-2,5 мг. венага томчилаб ✦ Прометазин 12,5-25 мг. вена ичига томчилаб ✦ Дифенгидрамин 50 мг. вена ичига томчилаб ✦ Карбоген (5% CO₂ ва 95% O₂) ингаляцияда ✦ Хуружлараро даврда ✦ Дименгидринат 50 мг.дан бир кунда 4-6 марта ичиш учун ✦ Прометазин 12,5-50 мг. бир кунда 4-6 марта ичиш учун ✦ Дифенгидрамин 35-50 мг. кунда ҳар 6-8 соат орасида ичиш учун ✦ Гидрохлортиазид 500 мг. кунда бир марта калий препаратлари билан биргаликда ичиш учун ✦ Димефосфон 30-50 мг/кг.дан 1-4 хафта мобайнида.

Асоратлари • Карлик • Хуруж даврида мувозанат йўқотилиши натижасида кузатиладиган жароҳатлар • Меҳнат қобилиятининг пасайиши ва ногиронлик.

Кечиши ва прогнози • Қайталаниб кечиши (касаллик ўнлаб йилларга чўзилади) • Кўпинча яққол клиник манзара билан намоён бўлмайди. Бундай ҳолатларда лабиринтопатия атамаси қўлланилади • Мувозанат бузилишининг яққол намоён бўлиши камайиши мумкин аммо эшитишнинг сусайиши кучайиб боради • Аксарият ҳолларда консерватив даво чоралари самарали булса ҳам 5-10% беморларда бош айланиши сабабли хирургик даво ўтказиш лозим.

Ҳомиладорлик. Ҳомиладорлик даврида Меньер касаллиги жуда кам ҳолларда ривожланади ва хомила учун катта хавф туғдиради. Чунки уни даволаш жараёнида қўлланадиган барча дорилар фетотоксик таъсирга эга бўлиб хомирани нуқсонлар билан туғилишига сабаб бўлиши мумкин.

Профилактикаси • Стресс омиллар таъсирини йўқотиш • Ош тузи қабул қилишни камайтириш • Алкогол ичиш ва тамаки чекишдан воз кечиш • Шовқинли хоналарда ишлаганда ундан ҳимояланиш воситаларидан фойдаланиш • Ототоксик дорилар қабул қилишдан воз кечиш.

Синонимлари • Лабиринт истисқоси • Эндолимфатик суюқлик.

ХКК-10 • Н81.0 Меньер касаллиги.

Илова • Коган синдроми – захмга боғлиқ бўлмаган интерциал кератит. Касалликда кератит билан бир қаторда бош айланиши ва кулоқда шовқинлар кузатилади, 50% ҳолларда қўшувчи тўқиманинг систем касалликлари билан бирга кузатилади.

ИНСУЛЬТ

Инсульт – инфаркт ёки мияга қон қуйилиши натижасида зарарланишнинг барқарор белгилари ривожланиб, мия қон айланишининг ўткир бузилишидир.

ХКК-10: • **I60** Субарахноидал қон қуйилиши • **I61** Мияга қон қуйилиши • **I62** Мияга бошқа нотравматик қон қуйилиши • **I63** Мия инфаркти • **I64** Қон қуйилишидан ёки инфарктдан келиб чиққанлиги аниқланмаган инсульт • **G46.3*** Бош мия ўзагидаги инсульт синдроми (160 – 167 +) • **G46.4*** Миячадаги инсульт синдроми.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯСИ

Йилига 1000 та аҳолининг 1 – 4 тасигача инсульт ҳоллари учрайди. У ривожланган мамлакатларда ўлимга сабаб бўладиган касалликлар ичида учинчи ўринни эгаллайди ва қариялар орасида ногиронликка олиб келувчи асосий касаллик

ҳисобланади. Барча инсультларнинг ярмиси 70 ёшдан ошган кишиларда ривожланади. Инсульт бўлганларнинг учдан бирида ўлим биринчи йилда, 44 % да 5 йил ичида кузатилади. Каротид ҳавзасидаги катта инсультларда, айниқса кўп ўлим ҳоллари бўлиши (биринчи йилда 60%) мумкин.

Қасалликни олдини олиш чора – тадбирларини кўриш учун умумий амалиёт врач томонидан ўз вақтида инсульт ҳавфи омиллари бор беморларни аниқлаш муҳим аҳамиятга эга.

Ҳавфли омиллар • 50 ёшдан катталар • 60 ёшгача бўлган қариндошларда юрак ишемик касаллиги ёки инсульт бўлиши • ЮИК нинг клиник белгилари юзага келиши ёки миёда қон айланишининг бузилиши • Артериал гипертензия, айниқса диастолик артериал босим 100 мм. сим.уст дан юқори бўлса • Қандли диабет • Қон зардобида холестерин миқдорининг кўпайиб кетиши • Чекиш • Аускультацияда уйқу артерияси устидаги шовқин • Бўлмачалар фибрилляциясининг пароксизмал ёки доимий тури • Олдинги ҳафтада бўлиб ўтган юқумли касаллик • Контрацептивларни перорал қабул қилиш, айниқса чекадиган аёллар • Анамнездаги депрессия • Гипергомоцистеинемия. Митрал клапан пролапси.

- Ҳавф омиллари биргаликда таъсир кўрсатса, инсульт ривожланиш эҳтимоли геометрик прогрессия бўйича кўпаяди (учтадан ортиқ омил бирга бўлса, инсульт ривожланиш ҳавфи 19 % ни ташкил қилади).

- Умумий амалиёт врач аниқ мақсадни кўзлаб, қон айланишининг бузилиши борлигига шубҳа туғдирувчи белгиларни аниқлаши зарур: оёқ – қўлларнинг бўшашиши, парестезия ёки юз ва оёқ – қўлларнинг увишиши, нутқнинг бузилиши, битта кўздаги кўриш ўткирлигининг пасайиши ёки кўриш майдонининг ўзгариши, дизартрия, диплопия, парестезия ёки мувозанат бузилиши билан бирга келадиган систем бош айланиши.

- Физикал текшириш вақтида ёки анамнезида пульс ритми бузилганлиги аниқланса ҳамда ЮИК белгилари бўлганда бўлмачалар фибрилляциясини тасдиқлаш учун ЭКГ қилинади.

- Атеросклерозга олиб келувчи ҳавфли омиллар бўлганда, уйқу артериясини УТТ дан ўтказилади, бу кейинчалик каротид эндартерэктомиясини ўтказиш имкониятини аниқлаш учун керак.

ПРОФИЛАКТИКАСИ

Инсульт профилактикаси юқорида келтирилган ҳавфли омилларни қуйидаги тадбирлар ёрдамида бартараф қилишга асосланади.

- Артериал босимни тушириш.

- Бемор анамнезида миёда қон айланишининг бузилиш ҳавфи юқори бўлса, айниқса АГ, қандли диабет ёки юрак етишмовчилиги белгилари бўлса ААФ ингибиторларини буюриш.

- ◆ Биринчи дозани қабул қилгандан кейин АБ назорат қилинади ва толерантлик бўлса, дори дозаси кўпайтирилади.

- ◆ ААФ ингибиторларининг одатдаги дозалари қуйидагича ✦ Эналаприл: 2,5 – 5мг/кунда, кейинчалик доза 10 – 20 мг.гача кўпайтирилади ✦ Периндоприл:

1мг/кунда, кейинчалик доза 4 – 8 мг. гача кўпайтирилади ✦ Рамиприл: 1,25 мг/кунда, кейинчалик 5 мг. гача кўпайтирилади.

- Кўрсатмалар бўлса, станинлар буюрилади (масалан, узоқ вақтгача симвастатин 20 мг. дан).
- Беморга чекишни ташлаш маслаҳат берилади.
- Қандли диабетти бор беморлар қонидаги глюкозани оптимал миқдорда сақлаб туриш.
- Уйқу артерияси бўшлиғи 60% ва ундан кўпроқ торайганда (УТТ маълумоти бўйича) ва инсулт белгилари аниқ кузатилмаса ҳамда оператив давога монеликлар бўлмаса (оғир юрак – ўпка етишмовчилиги) каротид эндартерэктомия тавсия қилинади.
- Юрак клапанлари зарарланмаган ҳолда бўлмачалар фибрилляцияси (БФ) бор беморларнинг синусли ритмини тиклаш имкони бўлмаганда ва инсулт ривожланиш ҳавфи юқори ёки ўртача бўлганда (қуйида “БФ бор беморлар ҳавф стратификацияси” га қаралсин) антикоагулянтлар буюрилади (варфарин). Даволаш вақтида ХММ кўрсаткичини 1,8 – 2,5 атрофида сақлаб турилиши керак. Даволашга таъсирчанлик кам бўлганда, ХММ кўрсаткичини мунтазам ўлчаш имкони бўлмаганда ёки қон кетиш ҳавфи юқори бўлганда антиагрегантлар буюрилади (ацетилсалицил кислота 50 – 325 мк/кунда ёки 25 мг.дан 200 мг. дипиридамомл билан биргаликда кунига 2 марта).
- **БФ бор беморларнинг ҳавф стратификацияси**
 - ◆ **Юқори** ҳавф (1 йил ичида инсулт ривожланиш ҳавфи – 8 %). Ҳавфли омиллар ✦ систолик артериал босим 160 мм. сим. уст. дан юқори ✦ чап қоринча дисфункцияси ✦ анамнезида инсулт ✦ 75 ёшдан катта аёллар.
 - ◆ **Ўртача** ҳавф (1 йил мобайнида инсулт ривожланиши ҳавфи – 3,5 %). Ўртача артериал гипертензия, анамнезида ҳавфли омили йўқ.
 - ◆ **Паст** ҳавф (1 йил давомида инсулт ривожланиш ҳавфи – 1 %). Анамнезида ҳавф омили ва артериал гипертензия йўқ.

КЛАССИФИКАЦИЯСИ

- Ишемик инсулт (бош мия инфаркти) ✦ мия йирик томирларининг атеросклерози ✦ кичикроқ қон томирнинг окклюзияси (лакунар) ✦ кардиоэмболия ✦ аниқланган номаълум бошқа сабаблар натижасида.
- Геморрагик инсулт ✦ субарахноидал қон қуйилиш ✦ мияга қон қуйилиши (паренхиматоз) ✦ аралаш (паренхиматоз – субарахноидал ва/ёки паренхиматоз-вентрикуляр) қон қуйилиш.
- ТИА алоҳида ажратилади – ўтиб кетадиган мия қон айланишининг бузилиши, бунда неврологик белгилар 24 соат давомида йўқолади (кўпинча 5 – 20 минутда). 80% беморларда аниқланган ишемик инсулт (мия инфаркти), каротид ҳавзасида бўлади. Қолган ҳоллар геморрагик инсулт (мияга қон қуйилиши) ҳисобига тўғри келади.

ДИАГНОЗИ

АНАМНЕЗ ВА ФИЗИКАЛ ТЕКШИРУВ

Анамнез йиғишда инсулт ҳавф омили борлигини аниқлаш керак (юқорида *Профилактика* бўлимига қаралсин).

Физикал текширишда. уйқу артерияси устида шовқин борлиги, айниқса анамнезида ТИА ёки қандли диабет бўлса (лекин, уйқу артериясида шовқин бўлмаслиги унинг анчагина торайганлигини инкор эта олмайди) • аритмик пульсга • митрал клапан пролапсининг шовқинига ёки бошқа юрак шовқинлари бор эканлигига аҳамият бериш керак.

Неврологик ҳолат текширилаётганда айниқса қуйидаги белгилар борлигига аҳамият бериш лозим • Эс – ҳушнинг заифлашиши • Кўриш майдони нуқсонлари • Дисфагия • Қўллардаги ҳаракатнинг ўзгариши • Тик туриш ёки одимлашнинг бузилиши • Сийдик тута олмаслик.

ЛАБОРАТОР ТЕКШИРИШЛАР

- Қон шаклли элиментларини санаш.
- Қон зардобида электролитлар, мочевино ва креатитин миқдори.
- Қондаги глюкоза.
- Қон зардобидаги липидлар.
- Коагуляция тизими кўрсаткичлари (протромбин, қисман активлаштирилган тромбопластин вақти – антикоагулянтлар тайинлаш кераклигини аниқлаш мақсадида), волчанка омили, антикардиолипин у антителаси.
- Қондан эма олиш (агар бемор иситмалаётган бўлиб, инфекцион эндокардит ва эмболик инсултга гумон бўлса).

ИНСТРУМЕНТАЛ ТЕКШИРИШЛАР

- ЭКГ (ТИА ҳолларининг учдан бири синус тугуни кучсизлиги синдроми билан боғлиқ).
- Кўкрак қафаси аъзолари рентгенографияси.
- Бош мия КТ ёки МРТ си (ишемик ва геморрагик инсултларни дифференциал диагностикаси учун).
- Ёш беморларда тромбоземболия манъбаи сифатида очик овал тешикни аниқлаш учун ЭхоКГ.
- Агар каротид эндартерэктомия ўтказиш режалаштирилса, уйқу артерияларини УТТ ёки МР ангиографияси (кўрсатмалар бўйича) сўнгра ангиография текшируви.

ДИФФЕРЕНЦИАЛ ДИАГНОСТИКА

- **Инсулт.** Ўткир бошланади; ўтиб кетиши қийин бўлган неврологик белгилар ва улар бош мия артерияларини қон билан таъминлайдиган соҳаларга мос келади. Бош мияни кўрмасдан ва бошқа текширишлар ўтказмасдан туриб, мия инфаркти турини аниқлаш ва уни геморрагик инсултдан амалий жиҳатдан фарқлаб олиш қийин. МРТ даги ўзгаришлар инсулт ривожланишининг биринчи минутларида пайдо бўлади.
- **ТИА.** Белгилари инсултникига ўхшаш, лекин 24 соат ичида ўтиб кетади (одатда 30 минут мобайнида йўқолади).

- **Эпилептик талваса.** Хуруж тўсатдан бошланади ва тугайди, одатда хуруж пайтида сезувчанлик пасайган бўлади, кўпинча ихтиёрсиз ҳаракатлар кузатилади, хуруждан кейин уйқу босади ёки эс – ҳушнинг бузилиши кузатилади; 24 соат ичида ўтиб кетадиган ўчоқли неврологик белгилар бўлиши мумкин. Олдин ҳам бўлиб ўтган хуружлар диагноз қўйишга асос бўлади, лекин эпилептик хуруж инсульт билан биргаликда ҳам намоён бўлиши мумкин эканлигини эсда тутиш керак.
- **Гипогликемия.** Белгилари инсульт ёки ТИА ли беморлардаги каби бўлиши мумкин, гипогликемик дорилар қабул қиладиган қандли диабет бор беморлардагина кузатилади; эпилептиформ хуруж билан биргаликда содир бўлиши мумкин. Аниқ диагноз қўйишнинг яғони тўғри усули – қондаги глюкоза миқдорини аниқлаш.
- **Мигреннинг асоратланган хуружи.** Аввалига неврологик белгилар борлигига кўра инсультни эслатади; хуруждан олдин ва кейин қаттиқ бош оғриши кузатилади; кўпинча сезгининг ва кўриш қобилиятининг сусайиши юзага чиқади; сезгининг сусайиши тарқоқ бўлиши мумкин. Бу ҳолатни ёш беморларда ва анамнезида қаттиқ бош оғриғи бўлган аёлларда гумон қилинади. МРТ одатда меъёрда; инсульт билан биргаликда мигрен ҳам бўлиши мумкин.
- **Мия ичи ҳоаси** (ўсма ёки метастазлар, абсцесс, субдурал гематома). Ўчоқли белгилар бир неча кун давомида ривожланади; мия артерияларини қон билан таъминлайдиган соҳаларнинг биттадан ортиғига даҳлдор бўлади; кўпинча анамнезида хавfli ўсмалар бўлиши (ўпка, сут беzi раклари), иситмалаш, иммуносупрессиялар ёки калла шикастлари. КТ ва МРТ ёрдамида инсультдан фарқлаб олиш мумкин.
- **Истерия (жазава).** Белгилари инсультни эслатиши мумкин, лекин кўпинча қарама-қарши, мия артерияларини қон билан таъминлайдиган соҳаларга мос келмайдиган белгилар ҳам кузатилади. МРТ одатда меъёрда.

МУТАХАССИС МАСЛАҲАТИГА КЎРСАТМАЛАР

- Инсультга шубҳа бўлган барча ҳолларда, невропатологни маслаҳатга таклиф қилиш керак.

Маслаҳатнинг мақсадлари:

- ◆ Инсульт ташхисини тасдиқлаш қийин бўлган ҳолларда, физикал текшириш ва қўшимча текшириш натижалари аниқ ташхис қўйишга имкон бермаганда;
- ◆ Инсультнинг оғирлигини аниқлаш;
- ◆ Тегишли даво буюриш;
- ◆ Инсульт сабабини аниқлаш;
- Системали васкулит ёки бириктирувчи тўқима касалликлари гумон қилинганда ревматолог маслаҳати зарур бўлади.

Инсультнинг юрак – томир асоратлари ёки мия томирлари тромбоземболияси сабабларини даволаш учун кардиолог маслаҳати.

Аниқ намоён бўлаётган дислипидемияда ёки қандли диабетда эндокринолог маслаҳати.

ДАВОЛАШ**ДАВОЛАШНИНГ МАҚСАДЛАРИ**

- Ўткир даврида:
 - ◆ Ҳаётий функцияларни сақлаб туриш (нафас, гемодинамика, сув – электролит мувозанати);
 - ◆ Зарарланиш майдонини чегаралаш;
 - ◆ Бош миянинг иккиламчи зарарланишларини келтириб чиқарадиган ва инфекция асоратларни олдини олиш;
 - ◆ Қайта инсулт бўлишнинг профилактик чоралари.
- Бўлиб ўтган инсултда:
 - ◆ Ҳавфли омилларга қарши чоралар кўриш;
 - ◆ Кейинги инсултни дорилар билан олдини олиш.

ШИФОХОНАГА ЁТҚИЗИШГА КЎРСАТМА

Инсулт бор деб гумон қилинган барча беморлар, диагностикани аниқлаш ва даво чораларини кўриш учун шифохонага ётқизилади.

Беморни жадал даво, кейинчалик – физиотерапия ва махсус реабилитация тадбирлари ўтказиш имконияти бўлган ихтисослашган бўлимларга юбориш лозим.

ДОРИЛАР БИЛАН ДАВОЛАШ**УМУМИЙ ТАДБИРЛАР**

- Зарур бўлса, нафас йўллари ўтказувчанлигини таъминлаш (трахеостомик най ёки интубация ёрдамида). Яққол гипоксияда (цианоз, pO_2 пасайиб кетганда) кислород ингаляцияси.
- Артериал босим назорати.
 - ◆ Мия инфаркти кўпинча АБ нинг ўткир кўтарилиши билан бирга кузатилади. Шунинг учун қуйидаги ҳолатлар гипотензив воситаларни қўллашга кўрсатма ҳисобланади:
 - ✦ систолик АБ 200 мм сим.уст. дан ёки диастолик АБ 100 мм сим.уст. дан баланд бўлса (агар систолик АБ 220 мм сим.уст. дан баланд бўлса, гипотензив терапияни дарҳол бошлаш керак);
 - ✦ коронар ёки буйрак етишмовчилиги белгилари;
 - ✦ аорта аневризмаси ёрилиб кетганлигига гумон бўлганда;
 - ✦ режалаштирилган тромболитик терапия;
 - ✦ бош мияга қон қуйилиши КТ ёрдамида тасдиқланганда.
 - ◆ АБ ни аста – секин тушириш мақсадида энгил титрланувчи препаратлар, масалан, вена ичига натрий нитропруссид юборилади. Томирларни кенгайтирувчи таъсир кўрсатадиган ва АБ ни кескин туширадиган (чайнайдиган нифидепин таблеткаларини қўллаб бўлмайдиган) дори воситаларини қўллаш керак эмас.
 - ◆ АБ 185/110 мм си.уст. дан баланд бўлиб турса, тромболитик даво буюрилади.
 - ◆ Инсултнинг ўткир фазасидан кейин қайта инсулт бўлиш эҳтимолини камайтириш мақсадида адекват даволаш керак.

- Нормоволемиyani ушлаб туриш учун в/и га 0,9% ли натрий хлорид эритмаси юборилади; таркибида глюкозаси бор эритмаларни юбормасликка ҳаракат қилиш керак.
- Глюкозанинг қондаги миқдорини 8,2 – 9,3 ммоль/л атрофида ушлаб туриш керак (гипергликемия бош мия ишемиясини кучайтиради), лекин гипогликемия бўлишидан эҳтиёт бўлиш лозим.
- Зарур бўлганда қовуқ катетерланади.

Тромболитик терапия

Инсулт бошланишидан дастлабки 3 соат мобайнида неврологик ўзгаришларни бартараф қилиш мақсадида тромболитик терапия ўтказиш зарурати кўриб чиқилади. Тромболитик даво наф бериши ҳақидаги маълумотлар бир – бирига зид, ҳозирги вақтда бу усулни даво сифатида барча беморларга тавсия қилиб бўлмайди ва фақат ихтисослаштирилган бўлимларда мутахассис шифокор тавсиясидан кейин бошланади.

Инсулт қайталанишининг профилактикаси

- Антиагрегантларни доимий қабул қилиш (ацетилсалицилат кислота 75 мг.дан кунига 1 марта ёки 25 мг.дан икки марта ва дипиридамомл 200 мг.дан 2 марта биргаликда қабул қилинади). Бемор ацетилсалицилат кислотани қабул қила олмаса, клопидогрел 75 мг.дан ҳар куни ёки тиклопидин 250 мг.дан кунига 2 марта буюрилади.
- Инсултга олиб келувчи ҳавфли омилларни бартараф қилиш.
- ◆ АГ диуретиклар, β – адреноблокаторлар, ААФ ингибиторлари ёки кальций каналлари блокаторлари ёрдамида даволанади.
- ◆ Холестерин миқдори кўпайиб кетганда станинлар буюрилади.
- ◆ Қандли диабет назорати кучайтирилади.
- ◆ Беморга чекишни ташлаш маслаҳат берилади.
- ◆ Перорал антикоагулянтлар (варфарин) қуйидаги ҳолларда қўлланилади: БФ, синус тугунининг кучсизлиги синдроми, яқинда бўлиб ўтган миокарднинг олдинги инфаркти, томир девори тромби, чап қоринча аневризмаси ёки миокарднинг чап қоринчаси деворидаги акинез қисми, протезланган юрак клапани.

РЕАБИЛИТАЦИЯ

- Реабилитация мақсадлари ✦ Касаллик асоратларини бартараф қилиш ёки энгиллаштириш ✦ Реадаптацияга ёрдамлашиш.
- Кўпинча реабилитация тадбирлари беморларда қуйидаги ўзгаришлар бўлганида амалга оширилади ✦ қўл – оёқ фалажлари ✦ кўриш майдони нуқсонлари ✦ олий пўстлоқ фаолиятининг бузилиши ✦ ютишнинг узоқ давом этувчи бузилишлари (беморларнинг ярмида) ✦ депрессия (беморларнинг ярмида) бўлганида.
- Реабилитация турлари ✦ физиотерапия ва даволовчи гимнастика ✦ нутқ бузилишларини бартараф қилиш ✦ нейропсихологик реабилитация.

БЕМОРЛАРНИ ЎРГАТИШ

Инсульт ҳавfli омиллари бор беморларга мияда қон айланиши бузилишининг биринчи аломатлари тўғрисида суҳбат ўтказиш лозим. Айниқса, зудлик билан тиббий ёрдам учун мурожаат қилишнинг аҳамиятини таъкидлаш керак. Инсульт бўлган беморларга иккиламчи инсульт профилактикаси ҳақида тушунтириш зарур.

КЕЙИНГИ КУЗАТУВЛАР

- Инсультдан кейинги биринчи ҳафта мобайнида неврологик статусни ҳар куни текшириш (кейинчалик – керак бўлганда).
- Инсульт ҳавfli омилларини бартараф этишни назорат қилиш.
- Депрессия белгиларини фаол аниқлаш (махсус саволномалар тўплами ёрдамида), керак бўлса, ўз вақтида даво буюриш.
- Қондаги липидлар, (гиперлипидемияда), гликозидланган Нb миқдорини (қандли диабетда), протромбин вақтини ёки халқаро меъёраштирилган муносабат (ХММ) (варфарин қабул қилаётган беморларда) назорат қилиш.
- Юрак – томир ёки неврологик ҳолат ўзгаришларида ЭКГ, холестерин мониторинги, жисмоний зўриқиш билан ўтказиладиган синамалар, уйку артериясини доплери ва нейровизуализация текширувлари ўтказилади.
- Амбулатор физиотерапия ва даво гимнастикаси.
- Антигипертензив, антиагрегант, антикоагуляция ва гиповолемик терапиялар самарадорлигини назорат қилиш ва зарур бўлганда давога ўзгартиришлар киритиш.

ПРОГНОЗИ

- Биринчи 4 кун давомида инсульт бўлган беморларнинг учдан бир қисмида асосий неврологик ўзгаришлар ҳисобига аҳолининг оғирлашиши қайд қилинади. Шифохонага тушганда эс – ҳушнинг бузилишлари, АГ ёки гипергликемия ёмонлашишдан олдинги омиллар ҳисобланади.
- Бешта бемордан биттасида сўнгги 5 йил мобайнида қайтадан инсульт ривожланиши.
- “Кичик” инсульт бўлган саккизта беморнинг биттасида кейинги 10 йил мобайнида “катта” инсульт кузатилади.
- Беморларнинг учдан бир қисмида кейинги бир йил давомида ўлим қайд қилинади. “Кичик” инсульт ёки ТИА да ҳавф камроқ.
- Инсультнинг ҳар хил турларида қайталаниш ва ўлим қайд қилиниш ҳоллари **1 – жадвалда** келтирилган.
- Инсульт кечишини прогнозини ёмонлаштирадиган омиллар: қариялик оғир ёки зўрайиб кетаётган инсульт, юрак ишемик касаллиги (айниқса, ёшларда), ёки галмагал оксоқланиш, юрак етишмовчилиги, чекиш, стационарга келган вақтидаги гипергликемия, сийдик тута олмаслик, турмуш ўртоғининг йўқлиги.

1 – жадвал. Қайта инсульт бўлиш ҳавфи ва ўлим билан тугаш ҳоллари

Инсульт тури ^А	Қайталанган	Ўлим билан
---------------------------	-------------	------------

	инсульт*	туғаш*
Бош миянинг лакунар инсульти	9	11
Каротид ҳавзасининг тотал инфаркти	6	60
Каротид ҳавзасининг қисман инфаркти	17	16
Вертебро – базиляр ҳавзадаги инфаркт	20	19

*Кейинги йил мобайнида, %.

СУБАРАХНОИДАЛ ҚОН ҚУЙИЛИШИ

Аневризматик субарахноидал қон қуйилиши – мия томирлари аневризмасининг ёрилиши натижасида субарахноидал бўшлиққа қон қуйилишидан келиб чиқадиган патологик ҳолат.

ХКК-10: • I60 Субарахноидал қон қуйилиши.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯСИ

Касалланиш ҳар 100000 аҳолининг 6 – 10 тасида кузатилиб, кўпроқ 55 – 60 ёшларда учрайди. Тўсатдан бошланган барча субарахноидал қон қуйилишларнинг 70 – 80 % артерия аневризмасининг ёрилишидан келиб чиқади.

ПРОФИЛАКТИКАСИ

Ҳавфли омилларга қуйидагилар киради • АГ • Кун давомида АБ нинг сезиларли даражада кўтарилиб туриши • Перорал контрацептивлар қабул қилиш • Алкоголизм • Ҳомиладорлик ва туғруқ.

КЛАССИФИКАЦИЯСИ

Бемор аҳволининг оғирлигини баҳолаш, прогнозлаш ва даво чораларини белгилаш тактикасини аниқлаш учун жаҳон нейрохирурглар федерацияси томонидан субарахноидал қон қуйилиши бўйича қабул қилган шкаладан фойдаланилади (2-жадвал).

2-жадвал. Субарахноидал қон қуйилиши бўйича жаҳон нейрохирурглар федерацияси қабул қилган шкала (**WFNS grading scale of SAH**)

Дара жаси	Глазго шкаласи бўйича баҳолаш	Қўпол неврологик дефицит*
0**	–	
I	15	Йўқ
II	13 – 14	Йўқ
III	13 – 14	Бор
IV	7 – 12	Бор/йўқ

*Афазия, гемипарез/гемиплегия **Ёрилмаган аневризма

ДИАГНОЗ

АНАМНЕЗ ВА ФИЗИКАЛ ТЕКШИРУВ

Бош мия томирлари аневризмаси кечишининг бир нечта клиник вариантлари мавжуд.

- “Катта йиртилиш” – аневризма ёрилишининг классик кечиши. 100% ҳолларда катта субарахноидал қон қуйилиши билан содир бўлади, ҳамда паренхиматоз қон қуйилишлар (20 – 40 %) бўлиши мумкин. Қоринчалар ичига қон қуйилиши (15 – 25 %), субдурал гематома (2 – 5 %) ҳам кузатилади. Бемор кўпинча оғир аҳволда бўлиб, операциядан олдинги даврда жадал терапия ўтказиш зарур бўлади. Ҳушида бўлган беморлар кўпинча “санчилаётган” бош оғригидан шикоят қилишади. Обьектив белгилари – менингеал синдром, АГ, эс-хушнинг кома ҳолатигача бузилиши, кўз соққасига қон қуйилиши (преретинал, ретинал ва шишасимон танага қон қуйилиши – Терсон синдроми).
- Масс – эффект – ёндош структураларнинг эзилишидан келиб чиққан локал неврологик етишмовчилик (масалан, орқа бириктирувчи артерия аневризмаси III жуфт бош мия нервларини эзиб қўйганда парапонасимон аневризмада кўриш майдонининг йўқолиши).
- Кичик носпецифик белгилар – кўпинча “катта йиртилиш” хабарчиларидан ҳисобланади, шунинг учун бемор бош оғриғи, эпилепсияга яқин тутқаноқ, ТИА шикоятлари билан мурожаат қилса врачдан маълум “гумонсирашликни” талаб этади.
- Асимптоматик кечиши – нейровизуал текширишлар ривожланган сари ва айниқса ангиографиянинг ноинвазив усуллари (МРТ, КТ – ангиография) киритилиши асимптоматик аневризмалари бор кишиларни аниқланиш сонини кўпайтирмоқда.

ИНСТРУМЕНТАЛ ТЕКШИРИШЛАР

Субарахноидал қон қуйилишини тасдиқлаш учун бош мия КТ си ўтказилади. Субарахноидал қон қуйилиши ва яллиғланиш жараёнларини фарқлаш керак бўлганда, люмбал пункция қилиниб ликвор текширилади. Ҳар қандай ҳолларда ҳам, фақатгина бош мия КТ қилиниб, ўсма борлиги рад этилгандан кейингина орқа мия пункцияси бехатар ўтказилиши мумкин. Субарахноидал қон қуйилиши ташхиси тасдиқланса, бемор мия томирларининг ангиографиясини ўтказиш лозим.

ДИФФЕРЕНЦИАЛ ДИАГНОСТИКА

Дифференциал диагностикани субарахноидал қон қуйилишини келтириб чиқарувчи сабаблар билан ўтказилади.

- Бирламчи субарахноидал қон қуйилиши (аневризма ёрилиши).
- Иккиламчи субарахноидал қон қуйилиши (мия ичига қуйилган қоннинг қоринча тизимига ёки субарахноидал бўшлиққа ёриб чиқиши).

- Шикастланиш.
- Геморрагик синдром.
- Антикоагулянтлар қабул қилиш.
- Бош мия ўсмалари.
- Систем васкулитлар.
- Қон қуйилишига олиб келадиган орқа мия касалликлари (ўсма, артериовеноз мальформация).
- Ятроген қон қуйилишлар (муваффақиятсиз ўтказилган орқа мия пункцияси).
- 15 – 20 % ҳолларда субарахноидал қон қуйилишининг сабаблари ноаниқлигича қолади ва бундай ҳолларда прогноз нисбатан яхши бўлади.

МУТАХАССИС МАСЛАҲАТИГА КЎРСАТМАЛАР

Барча беморлар зудлик билан невропатолог ва нейрохирурга кўрсатилиши зарур.

ДАВОЛАШ

ДАВОЛАШДАН МАҚСАД

- Даво чоралари ихтисослаштирилган бўлимларда амалга оширилади.
- Қон қуйилишидан келиб чиққан бош миядаги иккиламчи ўзгаришларни олдини олиш ва уларни бартараф қилиш. Агар бемор ҳушида бўлса, бош мия ичи босимини тушириш, АБ ни физиологик чегараларда саклаб туриш, қайд қилишга қарши даво ва анальгетиклар буюрилади. Ҳушидан кетган беморларга юқоридаги тадбирлар жадал терапия бўлимида олиб борилади.

РЕЖИМ ВА ПАРҲЕЗ

Беморларга 7 кунгача ётоқ режими, ичак фаолиятини кучайтиришга қаратилган парҳез буюрилади.

ДОРИЛАР БИЛАН ДАВОЛАШ

Мия томирлари спазмини олдини олиш мақсадида ҳамма беморларга перорал нимодипин 60 мг.дан ҳар 4 соатда, 3 ҳафта давомида буюрилади. Беҳуш беморларга дори зонд орқали юборилади. Беморни хирургик йўл билан даволашга кўрсатмаларни мутахассис ҳал қилади ва амалга оширади.

КЕЙИНГИ КУЗАТИШ

Операциядан кейинги кечки даврда, қўшимча неврологик реабилитацияга муҳтож беморлар тегишли шифохонага ўтказилади.

ПРОГНОЗИ

Даволаш натижалари ва прогноз кўпинча бўлиб ўтган субарахноидал қон қуйилишининг оғирлигига боғлиқ. Биринчи марта субарахноидал аневризматик қон қуйилишини бошидан кечирганлар ичида умумий ўлим даражаси тахминан 45% (32 – 67 %) ни ташкил этади. Операция қилинмаган беморларнинг 30 – 35 % дастлабки 3 ой ичида қайта қон қуйилишидан ҳалок бўладилар. Ички уйқу артерияси ҳавзасидаги “стандарт” аневризмани операция қилиш маҳалида ҳалок

бўлиш ҳавфи ўртача 5%, оғир неврологик етишмовчилик ҳавфи эса – тахминан 12%.

ЙИРИНГЛИ ИНФЕКЦИЯ

ФЛЕГМОНА

Флегмона – бу юмшоқ тўқималарнинг чегараланмаган ўткир йирингли яллиғланишидир. Абсцесдан фарқли ўлароқ флегмона юмшоқ тўқималар бўйлаб ён томонлар билан бир қаторда ички қатламларга ҳам тарқалади.

Классификацияси • Экссудат характериға кўра ♦ Серозли ♦ Йирингли ♦ Йирингли – геморрагик ♦ Чириганли • Жойлашишиға кўра ♦ Эпифасциал ♦ Субфасциал (мушаклараро) • Тарқалиш хусусиятиға кўра ♦ Чегараланган ♦ Ривожланиб борувчи.

Этиологияси • Граммусбат кокклар (*Staphylococcus*, *Streptococcus*) • Анаэроб ва чиритувчи микрофлора • Турли хил кимёвий моддаларнинг тери остига тушиши (скипидар, керосин, бензин ва ҳоказолар).

Патогенези • Тери бутунлигини бузган шикастланишлар • Гематомаларнинг йиринглаши • Теридаги йирингли касалликларнинг, тромбофлебитнинг, лимфаденитнинг асоратлари, абсцесс бўшлиғидан йирингнинг ёрилиб чиқиши.

Клиник манзараси • Тўқималар оғриқли шишишининг тез пайдо бўлиши ва тарқалиши • Терининг тарқоқ гиперемияси • Иситма • Оғриқ • Тана жароҳатланган қисми фаолиятининг бузилиши • Кейинчалик қаттиқ инфилтрат шаклланиб, йиринглай бошлагач, юмшаши • Кўпинча хавфли шакллар пайдо бўлиб, жараённинг тез авж олиши ва тери ости, мушаклараро тўқималарнинг катта қисмларини зарарланиши.

Лаборатория текширишлари • Лейкоцитоз, лейкоцитар формуланинг чапга жиши билан, ЭЧТ тезлашган • Чуқур флегмона узок муддат мавжуд бўлиб турса: гипопротеинемия, қолдиқ азот, креатинин ва билирубин миқдорининг ошиши.

Махсус текширувлар • УТТ • КТ • Суяклар рентгенографияси: периостатит, суяк деструкцияси ва секвестрацияси белгилари.

Дифференциал диагностика • Абсцесс • Тери ва тери ости тўқималарининг касаллиги • Емирилувчи ўсмалар.

ДАВОЛАШ

Хирургик даволаш • Адекват дренажлаш • Чиритувчи флегмоналарда – бутун жароҳатланган соҳани қамраб олувчи катта – катта кесимлар • Йиринг ва тўқима секвестрларини, ўлик ва некротик ўзгарган тўқималарни олиб ташлаш • Яра ўчоғига кўшимча равишда паст частотали ультратовуш билан, уриб турувчи антисептиклар оқими билан ишлов бериш • Ярага бирламчи – кечиктирилган оқава дренажли чок қўйилади ёки бутунлай тоза бўлмагунча очиқ ҳолда олиб борилади ♦ Ярага водород пероксидининг 3% ли эритмаси билан ишлов берилади ♦ Ярага натрий хлориднинг гипертоник эритмаси, протеолитик ферментлар (химотрипсин, трипсин), гидрофил асосли малҳамлар (левосин, хлорамфеникол + метилурацил) билан хўлланган юмшоқ тампонлар қўйилади • Яра тозалангач, маҳаллий юмшоқ

тўқималар етишмаса, эркин тери пластикаси ёки кўчирилган парча операцияси ўтказилади • Оғир флегмонада, даволаш самарасиз бўлса, бемор умумий аҳволи ёмонлашса, сепсис белгилари кузатилса, беморнинг ҳаётига хавф туғилса, жароҳатланган қўл ёки оёқни ампутация қилиш тавсия қилинади.

Дорилар билан даволаш • Бактериологик текшириш натижаларини ҳисобга олган ҳолда антибактериал терапия • Дезинтоксикацион терапия, сув – электролит бузилишларининг коррекцияси.

Асоратлари • Худудар тромбофлебит • Некрозловчи фасцит • Сепсис.

Профилактикаси • Маиший жароҳатларга яхши ишлов бериш (йоднинг спиртли эритмаси ёки бриллиант яшили билан) • Муҳимроқ яралар ва терининг йирингли касалликларини ўз вақтида даволаш • Операциядан кейинги асоратларнинг олдини олиш учун шифохоналарда асептика ва антисептика қоидаларига риоя қилиш.

Кечиши ва прогнози • Чекланган тери ости флегмонасида прогнозлар яхши • Ривожланувчи флегмонада, оғир асоратларда, шунингдек, флегмона юзда жойлашганда прогноз жиддий.

ХКК-10 • L03 Флегмона.

Илова. Целлюлит – тери ости тўқималарининг яллиғланиши, одатда йирингсиз. Хужайраларо тери ости бириктирувчи тўқималар бўйлаб тарқалиб боради. Классик кўзгатувчиси – одатда пенициллин қаторига мансуб антибиотикларга таъсирчан гемолитик стрептококк. **Сабаблари** – тиф яралар, чуқур жойлашган абсцесслар ёки терининг бошқа жароҳатлари. **Клиник манзараси** • Тарқалган шиш, кескин чегарасиз тери гиперемияси, аниқ жойлашувсиз оғрик, шунингдек, иситма ва лейкоцитоз • Тез – тез лимфатик томирлар ва тугунларнинг йирингли яллиғланиши пайдо бўлади; бунда оёқ – қўлнинг терисида яллиғланиш ўчоғидан худудар лимфатик тугунларга қараб йўналган қизил чизиқлар пайдо бўлади, пайпаслаганда лимфа томирлар йўналиши бўйлаб тарқалган тасмасимон оғриклар аниқланади. **Даволаш:** антибиотиклар билан терапия ва жароҳатланган юзанинг иммобилизацияси; 48-72 соат давомида даволаш самарасиз бўлса, хирургик аралашувни талаб қилувчи абсцесс шаклланганлигини тахмин қилиш керак. Энг хавфли асорати – газли гангрена.

ХКК-10 • L03.9 Аниқланмаган флегмона.

ОСТЕОМИЕЛИТ

Остеомиелит бу иликнинг ўткир ёхуд сурункали яллиғланиши бўлиб одатда суяк ёки суяк устининг компакт ва ғовак моддасига тарқалади. **Статистик маълумотлар.** Тарқалиши: таянч-ҳаракатланиш аъзолари касалликларининг 6,5%ни жароҳатдан ва операциядан кейинги остеомиелит ташкил қилади; очиқ диафизар синишлардан сўнг 16,3% холларда йирингли асоратлар кўпроқ кекса ёшдагиларда пайдо бўлади. Янги туғилган чақалоқлар ва болаларда ҳам учраши мумкин. Асосан эркаклар касалланадилар.

Этиологияси

- Ўткир гематоген остеомиелит – тилла ранг стафилококк, стрептококклар, коагулаза–манфий стафилококклар, *Haemophilus influenzae*, грамманфий микроорганизмлар.
- Умуртқа поғонанинг остеомиелити – тилла ранг стафилококк, грамманфий ичак таёқчалари, микобактериялари, замбуруғлар.
- Махаллий ўчоқ мавжудлигидаги ёхуд қон томир етишмовчилигидаги остеомиелит – аэроб ва анаэроб микроорганизмларнинг биргаликдаги таъсири.
- Протез аппаратларнинг инфекцияси – коагулаза–манфий стафилококклар, тилла ранг стафилококк, коринаформ бактериялар, грамманфий микроорганизмлар.

Хавф омиллари

- Сурункали инфекция ўчоқларининг мавжудлиги
- Металлоостеосинтезнинг мавжудлиги, ортопедик протез мосламаси тақиб юриш
- Қон томир етишмовчилиги
- Невропатиялар
- ҚД
- Дори дармонлар ёки гиёҳванд моддаларни асептика қоидаларига риоя қилмаган ҳолда томир орқали юбориш
- Сурункали гемодиализ
- Ўроксифат хужайрали анемия.

Патогенези ва классификацияси

- Гематоген ♦ Ўткир – қонюрувчи ўзаг орқали суякка йирингли инфекция кўзгатувчиларнинг кириши ♦ Сурункали – суякдаги жараённинг чекланиб ва юмшоқ тўқималар орқали йирингни ёриб чиқишидан сўнгги ўткир гематоген остеомиелит.
- Жароҳатдан кейинги – жароҳат натижасида. Ўқ теккан – унинг натижасида синишнинг инфекцияли асорати.
- Одонтоген – тиш ёхуд парадонт тўқималарида жойлашган, яллиғланиш ўчоғидан кўзгатувчиларнинг ўтиши натижасида.
- Бирламчи-сурункали – босқичма босқич ривожланиш ва секин кечиш билан характерланиб гиперпластик ва склеротик жараёнларни устувор бўлиши.

Патоморфологияси

- Фиброз остеомиелит – бирламчи-сурункали, бириктирувчи тўқиманинг иликда босқичма босқич ўсиб бориши ва илик каналининг тўлиши билан ифодаланади.

- Флегмоноз остеомиелит – ўқ теккан ёхуд ўткир гематоген, йирингли яллиғланишнинг илик канали бўйича кенг тарқалиши ва иликнинг некрози билан ифодаланади.

Клиник белгилари

- Болалардаги узун суякларнинг гематоген инфекцияси ♦ Тана ҳароратининг бирданига кўтарилиб кетиши ♦ Инжиклик, дармонсизлик, қувватсизлик ♦ Зарарланган қисмда ҳаракатларнинг чекланганлиги, шу жой устидаги тўқималарнинг шиши ва гиперемияси, ҳаракатланиш ва пайпаслашда оғриқ сезиш, тери ҳароратининг маҳаллий кўтарилиши.

- Катталарда умуртқа поғонасининг гематоген инфекцияси ♦ Жараён кўпинча сурункалига ўхшайди ♦ Анамнезда бактериемиянинг ўткир кўриниши ♦ Босқичма босқич бошланиши, ўткир систем ўзгаришлар камдан кам кузатилади ♦ Маҳаллий шиш ва гиперемия, доимий оғриқ сезиб туриш.

- Сурункали остеомиелит ♦ Битмайдиган яра ёхуд доимий олма ♦ Системали белгиларнинг кўшилиши суяк ёхуд атрофидаги тўқималарда ўткир йирингли жараённинг бошланганлигини билдиради.

- Протез мосламасининг инфекцияси ♦ Операциядан кейинги ўткир инфекция – тана ҳароратининг кўтарилиши, маҳаллий шиш, оқманнинг ҳо бўлиши ♦ Сурункали инфекция – бўғимда ноқулайлик, шиш, эритема, бўғим функциясининг бузилиши.

Лаборатор текширув натижалари. Ўткир остеомиелитда – лейкоцитоз, улар формуласининг чапга жиши билан, ЭЧТнинг ортиши.

Махсус текширувлар

- Экиш ва гистологик текширувда микроорганизмни аниқлаш учун илик ва суякнинг биопсияси
- Ўткир гематоген остеомиелит билан оғриган ёш беморларнинг 50%да гемокультура ижобий
- 2 ҳафтадан ошган, тилла ранг стафилококк томонидан чақирилган инфекцияли беморларда тейхова кислотасига АТ титри баланд
- Рентгенография (ўткир жараён вақтида рентгенологик белгилар 10-14 кунларда пайдо бўлади) ♦ Чизикли периостит ♦ 14-21 кунларда яққол деструкция ўчоғи ва секвестрация белгилари
- КТ, МРТ
- Радиоизотоп ёрдамида сканерлаш: технеций, индий, галлий изотоплари
- Илик йўлининг пункцияси.

Дифференциал диагностикаси

- Келиб чиқиш сабаби бошқа систем инфекциялар
- Суякнинг асептик инфаркти
- Тери ва юмшоқ тўқималарнинг бошқа яллиғланиш касалликлари
- Бўғимларнинг невропатик касалликлари
- Синишлар
- Подагра
- Ревматизм
- Ревматоид ёхуд инфекцион полиартрит
- Учламчи захм
- Суяк и
- Суяк ўсмалари.

ДАВОЛАШ

- Олиб бориш тамойили
- Шифохонага ётқизиш
- Ётоқ режими
- Зарарланган қисмнинг иммобилизацияси
- Антибиотикотерапия (ўткир остеомиелитда) 4-6

ҳафта давомида ва (сурункали остеомиелитда) узоқ вақт • Консерватив терапия даво қилмаганда ва асоратлар қўшилганда хирургик даволаш усули.

Дорилар билан даволаш • Қўзғатувчининг тури ва сезувчанлигига қараб антибиотиклар ♦ Оксациллин 500 мг. томирга ҳар 6 соатда ♦ Ванкомицин 1г.дан томирга ҳар 12 соатда ♦ Бензилпенициллин (натрий тузи) 2-4 млн.ЕД томирга ҳар 4 соатда ♦ Пиперациллин 4 г.дан томирга ҳар 6 соатда ♦ Ампициллин+сульбактам 3 г.дан томирга ҳар 6 соатда ♦ Клиндамицин 600 мг.дан ҳар 6 соатда ♦ Цефазолин 1 г.дан томирга ҳар 8 соатда ♦ Цефтазидим 1 г.дан томирга ҳар 8 соатда ♦ Ципрофлоксацин 750 мг.дан ҳар 12 соатда ичиш учун • Дезинтакцикацион терапия • Иммунокорригирловчи терапия.

Хирургик даволаш • Остеотрепанация, илик йўлини оқимли-аспирацион ювишли оддий секвестрэктомия • Суякда бўшлиқ мавжуд бўлганда аутосуяк, пай бўлаги билан пластика қилиш мумкин • Параоссал флегмона ёхуд абсцессни очиш, оқмани кесиб олиш • Қон томир етишмовчилиги ва оғир гангреноз инфекцияси бўлган беморларда ампутация ўтказилади.

Асоратлари • Суяк абсцесси • Секвестр • Актив оқмалар • Суяк гранулёмаси • Иликнинг сурункали флегмонаси • Патологик синиш • Сурункали сепсис • Амилоидоз • Ҳавфли дегенерация.

Кечиши ва прогнози • Дорилар билан даволашнинг натижалари, айниқса у инфекцияланган ўчоқни хирургик тозалашсиз ўтказилган бўлса номаълум • Зарарланган суяк тўлиқ олиб ташланганда касалликнинг прогнози бирмунча ижобий • Битиш жараёни одатда 6 ҳафта давом этади.

Профилактикаси • Жароҳатга ўз вақтида тиббий ишлов бериш • Жароҳатларни, айниқса суяккача етадиганларини муқобил бирламчи хирургик ишлов • Инфекция ўчоқларини даволаш.

Синонимлари • Костоеда (эскирган) • Паностит.

ХКК-10 • **М46.2** Умуртқа поғонанинг остеомиелити • **М86** Остеомиелит

МАСТИТ

Мастит – сут безининг яллиғланиши. Перидуктал мастит (плазмоцитар мастит, субареоляр абсцесс) – ареола соҳасидаги қўшимча безларнинг яллиғланиши. Янги туғилган чақалоқлар мастити – чақалоқ ҳаётининг илк кунлариданоқ гиперплазияланган без тўқималарининг инфекцияга учраши натижасида юзага келади.

Классификацияси • Кечишига кўра ♦ Ўткир мастит: серозли, йирингли, флегмонозли, гангренозли, абсцедирловчи ♦ Сурункали мастит: йирингли, йирингсиз • Жойлашишига кўра: субареоляр, интрамаммар, ретромаммар, тарқок (панмастит).

Этиологияси • Лактацион (туғруқдан кейинги даврда келиб чиқади) • Бактериал (стрептококк, стафилококк, гонококк ва бошқа кокк флораси, ичак таёкчаси, протей билан биргаликда) • Карциноматоз.

Хавфли омиллар • Эмизиш даврида: сут йўлларида унинг оқишининг қийинлашуви, сўрғич ва сўрғич олди майдончасининг ёрилиши, сўрғичларни нотўғри парвариш қилиш ва шахсий гигиенага риоя қилмаслик • Сут беши терисининг йирингли касалликлари • Ревматоидли артрит • Сут безига сунъий икон ёки парафинли имплонтантлар қўйиш • Глюкокортикоидлар қабул қилиш • Сут беши ўсмасини олиб ташлангандан сўнг рентгенотерапия ўтказиш • Узок муддатли чекиш.

Клиник манзараси

- Ўткир серозли мастит (йирингли мастит ривожланиши билан кечиши мумкин) ♦ Тўсатдан бошланади ♦ Иситма 39 – 40⁰С га етади ♦ Сут безида қаттиқ оғриқ ♦ Сут беши катталашган, таранглашган, териси қизарган. Пайпаслашда: аниқ чегараланмаган оғриқли инфилтрат ♦ Худудар лимфаденит.
- Ўткир йирингли абцедирланувчи мастит ♦ Иситма, титраш ♦ Сут безидаги оғриқ ♦ Сут беши: яллиғланган ўчоқ устидаги терининг қизариши, пайпаслашда қаттиқ оғриқ, инфилтрат марказида юмшаш белгиси флюктуация билан ♦ Худудар лимфаденит.
- Ўткир йирингли флегманоз мастит ♦ Беморнинг умумий аҳволи оғир, иситма ♦ Сут беши жуда катталашган, оғриқли, таранглашган, аниқ чегараланмаган инфилтрат кейинроқ беши ёппасига эгаллайди, инфилтрат устидаги тери қизариб, кўкимтир тусга эга ♦ Лимфангит, худудар лимфаденит.

Лаборатор текширувлар • Лейкоцитоз, ЭЧТ кўтарилиши • Микроорганизмларнинг антибиотикларга сезгирлигини аниқловчи бактериологик текширув • Замбуруғ ва касаллигига шубҳа бўлганда бактериоскопия ўтказиш.

Махсус текширувлар • УТТ • Маммография (нолактацион мастит билан оғриган беморлардан сут беши ракини тўлиқ инкор қилинмаганда) • Сут беши биопсияси.

Дифференциал диагностика: • Сут беши кисталарининг инфицирланиши (шу жумладан паразитар) • Маститсимон рак • • Актиномикоз • Йиринглаган атерома • Заҳм.

ДАВОСИ

Консерватив даво • Онани ва болани бошқа тукқан аёллар ва янги туғилган чақалоқлардан ажратиш • Сут безини ушлаб турувчи боғлам еки бюсгальтер тақиш • Зарарланган сут безини куруқ иссиқ қилиш • Зарарланган сут безининг қотиб қолишини камайтириш мақсадида сутни соғиш • Йирингли маститда кўкракдан эмизишни тўхтатиш • Агар соғишнинг иложи бўлмаса, сут келишини камайтириш учун пролактин ҳо бўлишини секинлаштирувчи препаратлар – каберголин – 2 кун давомида 0,25 мг.дан кунига 2 марта, бромокриптин – 4-8 кун давомида 0,005гр.дан кунига 2 мартадан • Кўкрак билан овқатлантириш давом эттирилганда микробга қарши терапия қўлланилади – полисинтетик пенициллинлар, цефалоспоринлар: цефалексин 500 мг.дан кунига 2 мартадан Цефаклор 250 мг.дан кунига 3 маҳалдан, амоксициллин+клавулан кислота 250мг.дан кунига 3 марта; анаэроб микрофлора хавфи бўлганда клиндамицин 300 мг.дан кунига 3 марта (кўкракдан эмизилмаганда хоҳлаган антибиотик қўллаш

мумкин) • ЯҚНДВ • Эмизиш тўхтатилган ҳолларда диметил сульфоксиднинг 1:5 нисбатдаги эритмаси маҳаллий қўлланилади.

Хирургик даволаш • Тўпланган суюқлик ингичка игна орқали аспирация қилинади • пункция самарасиз бўлганда абсцесс очилиб, найча ёрдамида барча тўпланиб қолган тўсиқларни олиб ташлаш • Операцион кесмалар ♦ Субареоляр йирингда – сўрғич атрофи бўйича ♦ Интрамаммар абсцессда – радиар ♦ Ретромаммар абсцессда – субмаммар бурмада • Замбуруғ ёки этиологиясида кичик ҳажмдаги ўчоқларда, сурункали абсцессларда – шу ўчоқларни атрофдаги ўзгарган тўқималар билан бирга олиб ташлаш мумкин • Панмастит ривожланиши билан кечувчи ҳолатларда – сут бези олиб ташланади (оддий мастэктомия).

Асорати: Окма ҳо бўлиши • Субпекторал флегмона • Сепсис.

Кечиши ва прогнози • Тўғри найланганда 8 – 10 кунда тўлиқ тузалиш кузатилади. **Профилактикаси** • Сут безини тўғри парвариш қилиш • Эмизиш гигиенасига риоя қилиш • Юмшатувчи малҳамлардан фойдаланиш • Ортиқча сутни соғиш. **ХКТ-10 •091.2.** Бола туғилиши билан боғлиқ йирингсиз мастит • **Р39.0** Неонатал инфекцияли мастит • **Н61** Сут безининг шамоллаш касалликлари • **Р83.4** Янги туғилган чақалоқларда сут безининг катталаниши.

АБСЦЕСС

Абсцесс (апостема, йирингли яра) – атроф тўқималардан пиоген мембрана билан чегараланган йиринг билан тўлган бўшлиқ. Абсцесс тананинг ҳар қандай қисмида, аъзосида ёки анатомик ҳолада шаклланиши мумкин. Абсцессни эмпиемадан – тананинг бўшлиқларида ва ковак аъзоларда йиринг йиғилиши ва флегмонадан – тўқималарнинг тарқалган йирингли яллиғланишидан фарқлаш керак.

Классификацияси

- Ўткир абсцесс тез ривожланади, кескин ифодаланган маҳаллий яллиғланишли ўзгаришлар ва умумий ҳолатнинг бузилиши билан кечади.
- Сурункали абсцесс секин кечади, йирингли яллиғланишнинг маҳаллий ва умумий белгилари кам ифодаланган. Сурункали абсцесс бир қатор сурункали касалликларда (, актиномикоз ва б.қ.), кам вирулент микроорганизмлар кирганида ёки иммунитет пасайганида келиб чиқади.
- Совуқ абсцесс – сабабли келиб чиққан сурункали абсцесс бўлиб, унга суст ифодаланган маҳаллий яллиғланиш реакцияси ва казеоз массаларининг мавжудлиги хосдир.

АППЕНДИКУЛЯР АБСЦЕСС

Аппендикуляр абсцесс – ўткир аппендицит асорати, чегараланган перитонитдир (чувалчангсимон ўсимтадаги йиринг тўпланган жой). Катта чарви, ичакларнинг қовузлоқлари ва бошқа аъзолар унинг деворлари бўлиб хизмат қилиши мумкин; қорин бўшлиғида ёки қоринпардаси атрофидаги тўқималарда (ўнг ёнбош, кичик чанок, диафрагма ости, ретроцекал соҳаларда) жойлашиши мумкин.

Кузатилиши - аппендикуляр инфильтратнинг 14 – 19% ҳолатларида. **Кўпроқ аёлларда учрайди**, чунки аёллар оғриқни ички жинсий аъзоларнинг касалликлари билан боғлашади ва шифокорга ўз вақтида мурожаат қилишмайди.

Этиология ва патогенези • Аппендикуляр инфилтратнинг абсцессланиши (ташхислашдаги янглишишлар, тўлиқ даволанмаслик, шифокорга кеч мурожаат қилиш) • Агар ривожланаверса, қорин бўшлиғига ёрилиб, перитонит, қорин пардаси ортига ёрилиб, қорин парда орти флегмонасини келтириб чиқариши ёки ковак аъзоларга (кўпинча ичак бўшлиғига) ёрилиши мумкин.

Клиник манзараси

- Касалликнинг бошланиши – ўткир аппендицит хуружигга ўхшаш.
- 2-3 кун мобайнида ўткир аппендицит белгилари бўлса – аппендикуляр инфилтрат борлигини, 5-6 кун мобайнида кузатилса – унинг абсцессланганлигини ва аппендикуляр абсцесс ривожланганлигини тахмин қилиш керак.
- Пайпаслашда – ўнг ёнбош соҳасида оғриқли ҳаракатсиз ўсмасимон ҳоа аниқланади, унинг пастки қутби ректал ёки вагинал текширилганда аниқланиши мумкин.
- Тарқалган перитонитнинг клиник белгилари аниқланмайди.
- Аппендикуляр инфилтратни даволаш учун ўтказилган муолажалар самарасиз.
- ✦ Тана ҳарорати 39-40°C га кўтарилиб, қалтираш бўлади ✦ Инфилтрат ўлчамларининг катталашуви (қориннинг олд деворига яқинлашади), пайпаслашда оғриқ кучайиши ✦ Пульсацияловчи оғриқнинг интенсивлигини ошиши ✦ Қорин парданинг таъсирланиш белгилари пайдо бўлиши ✦ Тўғри ичак ва кўлтиқ остида ўлчанган тана ҳароратлари орасидаги фарқнинг катталашуви.
- Кечки белгилар – тери қизариши ва флюктуацияси.
- Баъзи ҳолатларда – ичак тутилиши ва тарқалган перитонит белгилари бўлиши.

Лаборатория текширишлари • Лейкоцитлар миқдорининг секин-аста кўпайиши ва формуласининг чапга жиши ♦ ЭЧТ нинг сезиларли ошиши (30 – 40 мм/соатгача).

Махсус текшириш усуллари • Ректал ёки вагинал текшириш – кучли оғриқ, баъзан ҳоанинг пастки қутбини аниқлаш мумкин • Қорин бўшлиғи аъзоларининг кенг камровли рентгенографияси – баъзан қорин бўшлиғининг ўнг томонида суюқлик сатҳи ♦ УТТ ва КТда – абсцесснинг ўлчами ва унинг жойи аниқланади.

Даволаш – оператив: абсцесс бўшлиғини очиш ва дренажлаш (найлаш) • Оғриқсизлантириш – умумий, УТТ назоратида пункцион дренажлашда (найлашда) – маҳаллий • Абсцесс жойлашувиға қараб кириш белгиланади ♦ Пирогов бўйича типик кириш – ўнг ёнбош томондан қоринпардан ташқарида ♦ Чанокда (тосда) жойлашганда – тўғри ичак ёки қиннинг орқа гумбази орқали борилади ♦ УТТ ёки компьютер томографияси (КТ) назорати остида – тери орқали дренажлаш • Чувалчангсимон ўсимтани олиб ташлаш операция мақсади ҳисобланмайди, аммо иложи бўлса, уни олиб ташлаш мақсадга мувофиқдир ♦ Абсцесс бўшлиғи антисептиклар билан ювилади • Операциядан кейинги даврда ювиш ва ичидагиларни аспирация қилишда, дренажлаш учун икки бўшлиқли найлардан фойдаланилади • Операциядан кейинги даврда – дезинтоксикацион ва антибактериал терапия ўтказилади.

Парҳез. Бошланғич даврда - 0 парҳез.

Асоратлари • Абсцесснинг қорин, ичак бўшлиғига, ўнг ёнбош соҳа терисига очилиши • Сепсис • Пилефлебит • Жигар абсцесси.

Прогнози жиддий, хирургик аралашувининг ўз вақтида ва адекват бажарилганлигига боғлиқ.

ХКК-10. К35.1. Перитонеал абсцессли ўткир аппендицит.

БЕЦОЛЬД АБСЦЕССИ

Бецольд абсцесси – бўйин учи мастоидитининг шакли – бўйиннинг чуқур абсцесси – чакка суягининг сўрғичсимон ўсимтаси учининг катакчалари яллиғланиши билан боғлиқ (йирингнинг бўйин мушаклари остига ёриб ўтиши); бўйинда шиш борлиги сабабли, бош ҳаракатланганида оғриқ бўлиб, уни мажбурий ҳолатда тутиш билан характерланади. **Даволаш** • Антибиотиклар, масалан, аввал бензилпенициллин (натрийли тузи) 1 млн. ТБ вена ичига ҳар 4 соатда, кейинчалик қайси антибиотикни танлаш бактериологик текширув натижалари ва микроорганизмларнинг антибактериал препаратларга сезгирлигига боғлиқ • Хирургик дренаж.

Синонимлари • Чакка суягининг субпериостал абсцесси • Бецольд мастоидити.

ХКК –10 • Н70. Мастоидит ва турдош ҳолатлар.

БОШ МИЯ АБСЦЕССИ

Бош мия абсцесси – йирингли – яллиғланишли, локал касаллик бўлиб, миянинг паренхимасида жойлашади ҳамда бош миянинг ҳажмли ҳоалари ва яллиғланиш жараёни белгилари комбинацияси шаклидаги ўзига хос клинико –патологик кўринишларга эга.

Эпидемиологияси. Ривожланган мамлакатларда касалланиш 1:100 000 ни ташкил этади, ривожланаётган мамлакатларда эса бу кўрсаткич ўнлаб баробар кўп бўлиши мумкин. Эркаклар / аёллар нисбати – 3:1.

Хавфли омиллар: ўпка патологияси, юракнинг «кўк» пороклари, бактериал эндокардит, очик ва тешиб ўтувчи бош чаноқ – мия шикастланишлари (БЧМШ), иммунтанқислик ҳолатлари.

Этиология ва патогенези

- **Энг кўп кўзгатувчилари** - стрептококклар, стафилококклар, ичак таёқчаси, анаэроб бактериялар, замбуруғлар, токсоплазмалар. Иммунтанқислиги бўлган беморларда токсоплазмоз ва нокардия орқали келиб чиққан абсцесслар бўлади. 25 % ҳолларда абсцесснинг таркиби стерил, 33-50% ҳолларда эса – стрептококклар (шу жумладан, анаэроб ва микроаэрофилли). Кўп хилли микрофлора 10 – 30% ҳолларда аниқланади (одатда анаэроблар).

- **Инфекциянинг тарқалиш йўллари** – алоқали ва гематоген. Энг кўп учрайдиган йўли – гематоген (25% ҳолатларда инфекциянинг дастлабки манбаи аниқланмайди).

Клиник манзараси. Кўпроқ гипертензион синдром белгилари (эс – хушнинг бузилиши) билан намоён бўлади. Фокал неврологик етишмовчилик жойлашган жойига боғлиқ ва 30 – 50 % ҳолларда кузатилади.

Диагностикаси • Бош миянинг ҳар қандай ҳажмли ҳоасига шубҳа қилгандек, бунда ҳам биринчи навбатда ЯМР ВА КТ қилинади. Бу усулнинг сезгирлиги 100% яқин, спецификлиги анча паст ва абсцесснинг шаклланиш даврига боғлиқ ♦ 1 – босқич – эрта церебрит: 1 – 3 кун, инфекцион – яллиғланиш жараёнининг

бошланиши, атрофни ўраб турувчи соғлом миядан демаркациянинг йўқлиги, периваскуляр инфилтратлар, нейронларда токсик ўзгаришлар. Пункция вақтида ўртача қаршилиқ ♦ 2 – босқич – кечки церебрит: 4 – 9 кунлар, ўчоқда ретикуляр матрикс тушиши, марказий некроз пайдо бўлиши. Пункцияда қаршилиқ кузатилмайди ♦ 3 – босқич – эрта инкапсуляция: 10 – 13 кунлар, неоваскуляризация, яққол ифодаланган некротик марказнинг пайдо бўлиши, периферияда бириктирувчи тўқимали капсула шаклланади (у одатда қоринча томонда ингичкароқ бўлади). Пункцияда қаршилиқ кузатилмайди ♦ 4 – босқич – кечки инкапсуляция: 14 кундан кейин, аниқ коллагенли капсула, некротик марказ, капсула атрофида глиоз зонаси (қатлами). Пункцияда қаршилиқ кучли, капсула тешилганда «тушиб кетиш» ҳисси • Дифференциал диагностика глиобластома ва метастаз ўртасида олиб борилади.

Умумий клиник текширишлар: организмдаги сурункали яллиғланишга хос бўлган ўзгаришларнигина акс эттиради. Қон экмаси кўпинча манфий. Бел пункцияси нисбатан бирмунча кўшимча маълумот бера олса ҳам, транстенториал суқилишга туртки бўлиши.

Даволаш ихтисослашган нейрохирургия бўлимида олиб борилиши керак. Даволашнинг иккита принципиал тактикаси мавжуд: «фақат дори–дармон билан» (асосан антибиотиклар) ва хирургик муолажа ва антибиотиклар. Ҳозирги вақтга келиб, глюкокортикоидлар (ГК) фақат яққол ифодаланган бош чаноқ ичи гипертензияси ва дислокацион синдром аломатлари бўлган беморларга қўлланилади (дексаметазон).

Даволаш натижалари ва прогнози. Ҳаёт учун прогноз – ижобий. Ҳозирги вақтда ўлим ҳолатлари 10% дан ошмайди (кўпинча бундан ҳам кам). Доимий неврологик етишмовчилик 45% ҳолларда кузатилади. Иммунодепрессив терапия фониди замбуруғли абсцесс билан касалланган беморлар энг ёмон прогнозга эга (ўлим ҳолати 100% га яқинлашади).

ХКК-10 • А06.6+G07* Бош миянинг амёбали абсцесси • **A17.8+G07*** Бош миянинг ли абсцесси • **B43.1** Миянинг феомикотик абсцесси • **G06** Бош чаноқ ва умуртка поғонаси ичи абсцесси ва гранулёма.

Изоҳлар • Мия суқулиши – миянинг табиий тешиқларга (масалан, катта энса тешигига) чуррасимон суқулиб кириши, бош чаноқ ичи босиминиг тез кўтарилиб кетиши натижасида юзага келади • Йирингли вентрикулит – бош мия қоринчалари деворларининг яллиғланиши, унга умумий аҳволнинг кескин ёмонлашуви, тананинг фебрил ҳарорати, эс – ҳушнинг кома ҳолатигача йўқолиши хосдир; сезиларли менингеал синдром, пункция қилинганда ликворда йирингнинг мавжудлиги. Кўп ҳолларда ўлим билан тугайди.

ҲАЛҚУМ ОРТИ АБСЦЕССИ

Ҳалқум орти абсцесси (ретрофарингеал абсцесс) – йиринг тўпланиши билан кечадиган ҳалқум орти соҳаси лимфа тугунлари ва тўқимасининг ўткир йирингли яллиғланиши.

Этиологияси • Болаларда – вируслар (грипп, қизамиқ) ва бактериал флоранинг қўшилиши; скарлатина • Катталарда – (оддий) банал бактериал инфекция. **Хавфли**

омиллар • Бурун ва бурун – ҳалқум бўшлиғи орқа соҳаларидаги яллиғланиш ўчоқлари • Кичик ёшдаги бола (кўпинча 2 ёшгача) • Ҳалқум орқа девори жароҳатлари (ёт жисм билан, катталарда қаттиқ овқат билан).

Инфекциянинг кириш йўллари: • Бурун ва бурун – ҳалқум бўшлиқларининг яллиғланган ўчоқларидан лимфатик йўллар орқали ҳалқум орти лимфа тугунларининг зарарланиши • Ўткир инфекция натижасида (грипп, скарлатина, қизамиқ) • Ҳалқум деворининг бевосита зарарланиши.

Клиник манзараси • Ўткир бошланади • Тана хароратининг 39 – 40°C гача кўтарилиши • Ютишнинг қийинлашиши, ютинганда оғриқ – бемор овқатдан бош тортади • Тананинг вертикал ҳолатида кучаювчи, нафас олишнинг қийинлашиши (ҳансираш), • Айниқса уйқу вақтида инспиратор ҳансираш томоқ хириллаши билан кечади • Товушнинг ўзгариши (минғирлаб гапириш); ҳеч қачон афония юзага келмайди • Бошнинг мажбурий ҳолати (орқага ташланган ва касал томонга эгилган) • Бўйинда пастки жағ бурчаги орқасида шиш борлиги (доимо бўлавермайди).

Лаборатор текширувлар • Лейкоцитоз, лейкоцитар формуланинг чапга жиши, ЭЧТ тезлашиши.

Фарингоскопия ва ҳалқумни бармоқ билан текшириш – катта қисми ўрта чизикдан четда жойлашган, флюктуация қилувчи, хамирсимон хусусиятли шарсимон хоа.

Диагностикаси • Ташқи кўрик • Фарингоскопия • Ҳалқумни бармоқ билан текшириб кўриш • Диагностик пункция қилиш • Рентгенологик текширув.

Дифференциал диагностика - ёки захм табиатли совуқ ҳалқум орти абсцесси.

Даволаш. Асосий даволаш усули –хирургик. **Хирургик** • Бош томонни туширган ҳолатда абсцессни эрта очиш • 2 – 3 кунларда жароҳат четларини очиш ва абсцесс бўшлиғида йиғилган йирингни тозалаш. **Консерватив** • Антибиотикотерапия • Яллиғланишга қарши ностероид дори воситалари • Гипосенсибилизацияловчи терапия • Витаминотерапия • Симптоматик терапия.

Прогнози ўз вақтида хирургик йўл билан даволаганда ижобий.

ХКК-10 • **J39.0** Ретрофарингиал ва парафарингеал абсцесс.

ЎПКА АБСЦЕССИ

Ўпка абсцесси – ўпка тўқимасида локаллашган некроз ўчоғи бўлиб, битта ёки кўплаб бўшлиқлар ҳо бўлишига олиб келади. Ўткир ва сурункали (2 ойдан кўп давом этадиган) абсцессларга бўлинади. **Жойлашиши:** кўпинча – юқори бўлак орқа сегментида (S_2), пастки бўлак юқори сегментида (S_6).

Этиологияси • Аспирацион пневмония • *Staphylococcus aureus* ёки *Staphylococcus pyogenes* лар келтириб чиқарадиган ва ўпка деструкцияси билан кечувчи йирингли пневмония • Ўпка инфаркти • Септикопиемия • Бирламчи ўчоқдан гематоген йўл билан тушувчи септик эмболлар • Оғиз бўшлиғи тубининг флегмонаси, юқори лаб фурункулларида лимфоген инфекция • Нафас йўлларидаги ёт жисмлар • Ўпкадаги хавfli ўсманинг емирилиши • Плевра эмпиемаси, диафрагма ости абсцессларида йирингни алоқа йўл билан тарқалиши.

Хавфли омиллар • Хушни йўқотиш, ошқозон ичидаги овқат қолдиқлари аспирацияси (алкоголизм, наркомания, эпилепсия,) ҳолатлари • Иммунотанқислиги ҳолатлари • ҚД • Алкоголизм • Гиёҳванд моддаларни истеъмол қилиш • Синусит • Ўпкадаги ўсмалар • Ошқозон – қизилўнғач рефлюкси • Ошқозон ва қизилўнғачдаги операциялар.

Патоморфологияси • Зарарланган қисмларнинг марказий бўлимида йирингли, гангреноз ва некротик жараёнларнинг ривожланиши • Йирингли бўшлиқлар ҳо бўлиши билан бир қаторда атрофдаги ўпка тўқимасидан чегараланиши • Абсцесснинг девори – яллиғланишнинг хужайравий элементлари, фиброз ва грануляциян тўқима яхши васкуляризацияга эга • Ўпка тўқимасининг перифокал яллиғланишли инфилтрацияси билан кечувчи ўткир абсцесс қаттиқ пиоген қобик ҳо бўладиган сурункали абсцессга ўтиши (абсцесс капсуласи шаклланиши) эҳтимоли.

Клиник манзараси

- Ўткир ва сурункали абсцесснинг клиник белгилари ♦ Тахипноэ ♦ Тахикардия ♦ Кўкрак қафасининг асимметрик нафас ҳаракатлари ♦ Абсцесс устида перкутор товушнинг бўғилиши ♦ Нафас шовқинларининг сусайиши ♦ Турли калибрдаги нам хириллашлар ♦ Абсцесс бўшлиғи яхшилаб дренажланганда амфорик нафас олиш ♦ Уч қаватли балғам: ✦ сарифимтир шиллиқ ✦ сувли қават ✦ йиринг (тубида).

- Ўпканинг ўткир абсцесси ♦ Кўкрак қафасида оғрик ♦ Хансираш ♦ Йирингли балғам билан (бадбўй хидли) йўталиш ♦ Баъзида қон тупуриш ♦ хароратнинг гектик кўтарилиши.

- Тўсатдан кўп микдорда (оғизни тўлдириб) бадбўй хидли балғам ажралиши – абсцесснинг бронхга (нафас йўлига) ёрилганлиги белгиси. Бемор аҳволининг қисқа муддатли ўзига хос яхшиланиши.

- Ўпканинг сурункали абсцесси ♦ Йирингли жараённинг вақти вақти билан кўзгаб туриши ♦ Ремиссия даврида: ✦ йўтал ✦ тананинг ҳолати ўзгарганда йирингли балғам ажралишининг кўпайиши ♦ Қон тупуриш эҳтимоли ♦ Чарчаш ♦ Озиб кетиш ♦ Кечалари терлаш ♦ Ўнг қоринча етишмовчилиги белгилари «барабан таёқчалари» шаклидаги бармоқлар.

Лаборатор текширишлар • Қон – нейтрофилли лейкоцитоз, чапга жиши билан, анемия, гипоальбуминемия • Балғам микроскопияси – нейтрофиллар, турли хил бактериялар • Плеврал суюқлик – нейтрофилли цитоз.

Махсус текширишлар • Кўкрак қафасидаги аъзоларнинг тўғри ва ён проекциялардаги рентгенографияси ♦ Ўткир абсцесс ✦ Абсцесс шаклланиш даврида – ҳажми ўзгармаган ҳолда ўпка тўқимасининг сояланиши, бронх орқали ёрилгандан кейин – аниқ ички деворлари ва суюқлик сатҳи бўлган бўшлиқ ♦ Сурункали абсцесс – инфилтрация зонаси билан ўралган қаттиқ деворли бўшлиқ • КТ • Бронхоскопия йиринг аспирацияси билан, микрофлорани ва унинг антибиотикларга сезгирлигини аниқлаш учун.

Дифференциал диагностика • Бронхлар раки • Бронхоэктазлар • Плевра эмпиемаси • • Замбуруғли ўпка инфекциялари • Вегенер гранулематози •

Бронхга ёрилиб кирган диафрагма ости ёки жигар абсцесси • Бронхоген ёки паренхиматоз кисталар (туғма).

ДАВОЛАШ

Пархез. Энергетик қиймати – кунига 2000 – 2500 ккал гача, оқ миқдори кўп (110 – 120 г/кун) ва ўртача миқдорда камайтирилган ёғлар (80 – 90 г/кун). А, С, В гуруҳи витаминлари кўп бўлган овқатлар (буғдой кепаги, наъматак қайнатмаси, жигар, хамиртуруш, хўл мева ва сабзавотлар, шарбатлар) миқдори оширилади, кальций, фосфор, мис, рух тузлари бўлган овқатлар буюрилади. Ош тузи кунда 6 – 8г.гача камайтирилади, суюқлик чекланади.

Консерватив даволаш • Клиник – рентгенологик соғайишгача антибиотикотерапия ♦ Балғамни, қонни бактериологик текширувлари ва микроорганизмларни антибиотикларга сезгирлигини аниқлагандан кейин препаратлар танланади. Антибиотикограмма олингунча антианаэроб фаолликка эга бўлган кенг таъсир доирали антибиотиклар комбинацияси ишлатилади • Дезинтоксикацион ва симптоматик даволаш • Бронхоскопия вақтида трансbronхиал дренажлаш • УТТ ёки рентгеноскопия назорати ёрдамида тери орқали абсцесс бўшлиғини дренажлаш.

Хирургик йўл билан даволаш

• Кўрсатмалар ♦ Антибиотиклар билан даволашнинг самарасизлиги ♦ Ўпкадан қон кетиши ♦ Ўпка ўсмасини инкор қила олмаслик ♦ Абсцесс ўлчамининг 6 см.дан катталиги ♦ Абсцесснинг плевра бўшлиғига ёрилиб, эмпиеманинг бошланиши ♦ Сурункали абсцесс.

• **Операция турлари** ♦ Бир лаҳзали пневмотомия – абсцесс бўшлиғи устида плевранинг париетал ва висцерал япроқлари орасида битишмалар бўлса ♦ Икки лаҳзали пневмотомия – битишмалар бўлмаса ♦ Абсцессни пункция қилиб бўлгач, кўкрак қафаси девори орқали дренажлаш ёки троакар ёрдамида дренаж киритиш ♦ Сурункали абсцессларда – ўпкани бир бўлагини ёки бутунлай олиб ташлаш.

Асоратлари • Жараённинг диссеминацияланиши • Бош мия абсцесси • Менингит • Плевра эмпиемасининг пайдо бўлишини келтириб чиқарувчи плеврал бўшлиққа перфорацияси • Пневмоторакс • Ўпкадан қон кетиши.

Кечиши ва прогнози • Ўткир абсцесс яхши даволанмаса, сурункали формага ўтиши; тузалиб кетгандан кейин 3 ойдан сўнг қайта рентгенография қилиш • Прогноз ижобий: кўп ҳолларда абсцесс бўшлиғи ёпилиб, бемор тузалиб кетганлиги қайд этилади.

ХКК-10 • **A06.5+J99.8*** Ўпканинг амёбали абсцесси • **J85.1** Ўпканинг зотилжам билан кечадиган абсцесси • **J85.2** Ўпка абсцесси (йирингли) (милиарли) • **J85.3** Зотилжамсиз ўпка абсцесси.

КИЧИК ЧАНОҚ АБСЦЕССИ

Кичик чаноқ абсцесси – қорин пардаси бўшлиғининг энг пастки қисмида жойлашувчи (эркакларда тўғри ичак – сийдик пуфаги, аёлларда тўғри ичак – бачадон (дуглас бўшлиғи) чуқурлиги) ва ўткир яллиғланиш касалликлари,

шикастланиш ёки қорин бўшлиғидаги аъзолар операцияси асорати натижасида келиб чиқадиган абсцессдир.

Клиник манзараси • Қориннинг пастки қисмларида доимий оғриқ • Тенезмлар • Шиллиқли суяқ аҳлат • Тез – тез ва оғриқли сийиш • Гектик характерга эга ҳарорат чизиғи • Қорин пардаси таъсирланиш белгиларининг аксарият ҳолларда кузатилмайди.

Диагностикаси • Тўғри ичак ёки қин орқали бармоқли текшириш усули ўтказилади (гумбазнинг оиб қолиши, ўткир оғриқ ва тўқималарнинг қаттиқлашиши (инфилтрат), гоҳида марказда юмшаши мумкин) • Кичик чаноқ аъзоларини УТТ • Кўпроқ флюктуация бўлган жойда тўғри ичакнинг олдинги деворини ёки қиннинг орқа гумбазини пункция қилиш.

Даволаш – тўғри ичакнинг олдинги девори ёки қиннинг орқа гумбази орқали абсцесс бўшлиғини очиш ва дренажлаш, дезинтоксикацион ва антибактериал терапия.

Прогнози кичик чаноқнинг якка абсцессидида яхши.

ХКК-10 • **N73.5** Аёлларда аниқланмаган чаноқ перитонити • **K65.0** Ўткир перитонит.

ИЧАКЛАРАРО АБСЦЕСС

Ичаклараро абсцесс - қорин бўшлиғидаги ичак қовузлоклари, ичактутқич, қорин девори ва чарви орасида жойлашган абсцессдир. Кўпгина ҳолларда ичаклараро абсцесс бошқа абсцесслар билан қўшилиб келади (диафрагма ости абсцесси, кичик чаноқ абсцесси).

Клиник манзараси. Қориндаги аниқ жойлашмаган тўмтоқ оғриқ, қориннинг дам бўлиши, ҳолсизлик, ҳароратнинг гектик эгри чизиғи, қориннинг олдинги деворига яқин жойлашган абсцессларда қорин олдинги девори мушакларининг таранглашиши, айрим ҳолларда асимметрияси, кучли оғриқ каби маҳаллий белгилари кузатилади. Пайпаслаганда кучсиз оғриқли ҳаракатланмайдиган патологик ҳоа аниқланиши мумкин.

Диагностикаси қийин • Ичаклараро абсцессининг ривожланганлигини перитонит ёки қорин бўшлиғи аъзоларидаги операцияларни ўтказган, дивертикулёз касаллиги билан оғриган, Крон касаллиги, носпецифик ярали колит, қайталанувчи интоксикацион синдром билан оғрийдиган беморларда тахмин қилиш мумкин • Энг ишончли маълумот берадиган текшириш усули деб УТТ ва КТ ҳисобланади • Қорин бўшлиғи аъзоларини рентгенологик текширишда суяқлик даражаси, ичак – лар парези борлиги, контраст текширишда ичак қовузлокларининг қийиши аниқланади.

Даволаш хирургик усули билан – абсцесс бўшлиғини очиш ва дренажлаш. Абсцессни тери орқали УТТ ёки КТ назорати остида дренажлаш яхши усул ҳисобланади. Оператив даволаш йўли абсцесс жойлашуви ва миқдорида боғлиқ (одатда лапаротомия).

Прогнози. Якка абсцессларда одатда яхши.

Асоратлари: сепсис, абсцесснинг қорин бўшлиғига ёрилиб кетиши натижасидаги перитонит, ичак тутилиши.

ХКК-10 • К63.0 Ичак абсцесси.

ЮМШОҚ ТЎҚИМАЛАР АБСЦЕССИ

Юмшоқ тўқималар абсцесси – ёғ тўқималарида ва мушакларда жойлашган, атрофдаги аъзолардан ва тўқималардан пиоген мембрана билан ажралиб турувчи йиринг билан тўлган бўшлиқ.

Этиологияси • Тери қопламалари жароҳати ♦ Тери қопламалари шилиниши ♦ Асептика қоидалари бузилган даволаш муолажалари (масалан, инъекция) • Тери ва тери ости тўқималарининг ўткир йирингли яллиғланишларининг оқибати (чипқон, карбункул) • Юмшоқ тўқималар гематомасининг йиринглаши • Умумий йирингли инфекциянинг гематоген метастазланиши (метастатик абсцесс) • Оғир касалликларда организм қаршилиқ кучининг пасайиши • Тасодифан ёки атайин тўқималар некрозини келтириб чиқарувчи моддаларни (скипидар, керосин, бензин) киритиш • Кўзғатувчилар: стафилококк, ичак таёқчаси, кўк йиринг таёқчаси, анаэроблар.

Патогенези • Асептик – йирингли инфекция кўзғатувчиси иштирокисиз йиринглашга сабаб бўладиган моддаларни юмшоқ тўқималарга тушиши натижаси • Йирингли – терининг турли жароҳатларида юмшоқ тўқималарга инфекцион агентнинг тушиши натижаси • Ўткир: тез ривожланиб, кучли ифодаланган маҳаллий яллиғланиш, умумий аҳволнинг бузилиши билан кечади • Сурункали – кам вирулентли йирингли инфекция кўзғатувчиларининг кириши натижасида, узок кечади, йирингли яллиғланишнинг умумий ва маҳаллий белгилари кам ифодаланган бўлади.

Патоморфологияси • Кўпинча йиринг юзада (тери ости тўқималарида) жойлашади • Йирингли абсцесс ♦ Суюқ йиринг ♦ Секвестрлар ♦ Детрит ♦ Бактериялар ва уларнинг ҳаёт фаолияти маҳсулотлари • Геморрагик абсцесс ♦ Гематомага инфекция тушиши ва йиринглаши ёки абсцесс бўшлиғига қон қуйилиши натижасида ривожланади ♦ Ичидагига қон аралашган ♦ Чирик (гангренозли) абсцесс.

Клиник манзараси • Бошланғич босқичда – инфильтрат аниқ чегарасиз бўлади. • Кейинчалик – ўзига хос белгилари шаклланади ♦ Оғриқ ♦ Қизариш ♦ Шиш ♦ Флюктуация ♦ Маҳаллий температура • Юзаки жойлашган абсцессларда флюктуация эрта пайдо бўлади, чуқур жойлашганда эса – кечроқ.

Лаборатор текширишлар • Қоннинг умумий таҳлили ♦ Нейтрофилли лейкоцитиоз ♦ Лейкоцитар формуланинг чапга жиши ♦ ЭЧТ ошиши.

Махсус текширишлар • УТТ • Йўғон игна билан пункция қилиш, йирингни бактериологик текшириш.

Даволаш хирургик йўл билан • Очиқ усул ♦ Кенг очиш ♦ Абсцесс бўшлиғини дренажлаш • Ёпиқ усул ♦ Кичик кесим ♦ Ички девор кюретажи ♦ Ичидаги суюқликни чиқариш (аспирация қилиш) ♦ Бўшлиқни икки тешикли найча билан дренажлаш ♦ Операциядан кейинги даврда ювиш ва актив аспирация қилиш • Пункция усули ♦ Бўшлиқ ичидагиларни шприц игнаси орқали қайта аспирация қилиш, бўшлиқни ювиш, антибиотиклар юбориш.

Профилактикаси • Микрожароҳатлар профилактикаси • Бир марталик шприц ва игналардан фойдаланиш ♦ Инъекцияларни бажариш қоидаларига риоя этиш. ♦ Асептика ♦ Тери ичи, тери ости, томир ичи инъекциялари учун мўлжалланган игналарни мушак орасига инъекция қилишда ишлатмаслик ♦ Инъекцияларни бир жойга (навбатма – навбат бошқа оёқ – қўлга, мушакка ёки тананинг бошқа ярмига) қайта қилмаслик • Антибактериал зарур бўлса – дезинтоксикацион терапия.

Синонимлари • Апостема • Йиринг тўпланадиган жой • Чиқиқ.

ХКК-10 • L02. Тери абсцесси, чипқон ва карбункул.

ПАРАТОНЗИЛЛАР АБСЦЕСС

Паратонзиллар абсцесс (паратонзиллар йирингли яра) флегмонозли яллиғланиш натижасида танглай бодомча безлари атрофидаги тўқимада шаклланади; у паратонзилляр тўқималарни яллиғлантирувчи инфильтратнинг йирингли эриши натижасидир.

Клиник манзараси • Ангина ўтказгандан сўнг томоқда оғриқнинг қайтадан пайдо бўлиши • Оғриқлар жуда кучли, ютиш кескин оғриқли • Оғиз очишни қийинлаштирувчи чайнаш мушакларининг тризми • Тана ҳароратининг қайтадан фебрил даражаларгача кўтарилиши • Яққол ифодаланган интоксикация белгилари (бемор адинамик ҳолатда) • Худудар лимфа тугунларининг катталашиши ва оғриқли бўлиши.

Фарингоскопия: Танглай оёқчалари ва юмшоқ танглайнинг зарарланган томондаги туташган қисми шишган, томоқ асимметрик, торайган, танглай тилчаси ён томонга жиган.

Даволаш • *Паратонзиллитга* қаранг • Хирургик аралашувига қўшимча кўрсатмалар – абсцессни пункция қилиш ва ёриш, кейинчалик (бир кундан кейин) жароҳат четларини очиб қўйиш билан бирга • Ўтказилган терапия 7 – 10 кун давомида натижа бермаса – тонзилоэктомияга кўрсатма ҳисобланади.

ХКК-10 • J36 Перитонзилляр абсцесс.

ЖИГАРНИНГ АМЁБАЛИ АБСЦЕССИ

Жигарнинг амёбали абсцесси – бу жигар паренхимасининг абсцесси бўлиб, ўткир ёки қайталанувчи ичак амёбиозида *Entamoeba histolytica* нинг дарвоза венаси орқали гематоген диссеминацияси туфайли пайдо бўлади. Кўпинча жигарнинг ўнг бўлагида жойлашади (90% ҳолларда).

Этиологияси • Қўзғатувчиси – *Entamoeba histolytica* • 50% беморлар анамнезида ичак амёбиози • Тропик ва субтропик ўлкалар (Африка, Жанубий – Шарқий Осиё, Мексика) касалликнинг эндемик ўчоғи ҳисобланади.

Патогенези • Ўткир ва қайталанувчи ичак амёбиози асорати • *Entamoeba histolytica* цисталари билан ифлосланган сув ва овқатлар ичакка, кейин дарвоза венаси орқали жигарга боради. **Патоморфологияси** • Катта ўлчамли яққа абсцесс • Абсцесснинг ичидагиси суюқ, қизил – жигарранг тусга эга (жигар тўқималарининг фрагментлари ва унинг некрози маҳсуллари).

Клиник манзараси • Ўнг қовурға ёйи остида оғриқ • Гепатомегалия • Тана ҳароратининг кўтарилиши, лекин бактериал абсцессдагидан камроқ даражада • Плеврал оғриқ • Эт увишиши • Кечалари терлашлар • Кўнгил айниши, қайд қилиш • Қуруқ йўтал.

Лаборатор текширувлар • Касаллик бошланишида (75%) лейкоцитоз • Касаллик бошланишида зардобда трансаминаза ферменти даражаси ошган, сурункали кечишида ишқорий фосфатазининг фаоллиги ошган • Серологик синамалар. Танлаш усули – иммунофермент анализ реакцияси орқали *Entamoeba histolytica* га G классдаги иммуноглобулинларни аниқлаш (ИФА; сезгирлиги 99%, ўзига хослиги 90%дан ортиқроқ).

Махсус текширишлар • УТТ ўтгазилганда жигарда гипоехогенли ҳажмли ҳоа аниқланади (сезгирлиги 75 – 80%) • КТ УТТ га қараганда сезгирроқ (88-95%), лекин камроқ специфик усулдир. КТ жигардан ташқари зарарланишларни ва майда абсцессларни аниқлашда кўп маълумот беради • Жигарни ^{99m}Tc билан радиоизотоп сканерлаш бактериал (қайноқ ўчоғ) ва амёбали (совуқ ўчоғ) абсцессларни дифференциаллаш имконини беради • Абсцесснинг ичидагиси одатда стерил, кўзгатувчисини абсцесс девори қириндисиди топиш мумкин (бу усул кам маълумотли ҳисобланади).

Диагностик тактика • Иситмали қалтираш шароитида катталашган, оғриқли жигар, эндемик зонада бўлган шахс анамнезида амёбали дизентерия, ИФА реакциясида *Entamoeba histolytica* га G классдаги иммуноглобулинни аниқланиши, УТТ, КТ ва радиоизотоп сканерлашдаги тегишли ўзгаришлар диагноз қўйиш имконини беради • Натижа манфий бўлса, ИФАни бир ҳафтадан сўнг такрорлаш керак.

Дифференциал диагностика • Жигарнинг бактериал абсцесси • Жигар кистаси • Гемангиома • Ўсмалар.

Даволаш • Касалликнинг биринчи кунлари жисмоний фаолликни чеклаш • Овқатланиш – умумий • Танланган препарат – метронидазол 750 мг.дан кунига 3 маҳал 10 кун давомида • Метронидазолга аллергия бўлса, ёки у 5 кун давомида самара бермаса – хлорохин 500 мг.дан 2 кун давомида, кейин кунда 250 мг.дан 3 ҳафта давомида • Консерватив даво 3 – 5 кун ичида самара бермаса, УТТ ёки КТ кузатуви остида ичидагининг аспирацияси билан абсцесс бўшлиғини пункция қилиш кўрсатилган • Абсцесснинг ёрилиш хавфи бўлса, ёки чап бўлакда жойлашганлиги ҳам пункцияга кўрсатма ҳисобланади.

Асоратлари • Абсцессни плевра бўшлиғи ва бронхларга ёрилиши эмпиема, гепатобронхиал тешик (свищ), ўпка абсцессининг ривожланишини келтириб чиқаради • Абсцесснинг қорин бўшлиғига ёрилиши перитонитнинг ривожланишига олиб келади • Жигар чап томонининг абсцесси перикард бўшлиғига ёрилиб кетиши ўлимга сабаб бўлади.

Профилактикаси • Овқат ва сув ҳолатини текшириш.

Кечиши ва прогнози – Асоратларнинг ривожланиши ҳисобига, ўлим ҳолатлари 5% ташкил этади.

ХКК -10 • А06.4 Жигарнинг амёбали абсцесси.

ЖИГАРНИНГ БАКТЕРИАЛ АБСЦЕССИ

Жигарни бактериал абсцесси – жигарни йирингли яллиғланиши натижасида ривожланади.

Этиологияси • Ичак таёқчаси • Тилларанг стафилококк • Стрептококклар • Клебсиелла • Протей • Сальмонелла • Анаэроб грамманфий микроорганизмлар • Аралаш флора.

Патогенези • Доимо иккиламчи касаллик ҳисобланади • Ўт йўллариининг обструкцияси натижасида кўтарилувчи билиар инфекция – йирингли холангит ♦ Ўт – тош касаллиги ♦ Жигардан ташқари, ўт йўллариининг раки ♦ Склерозловчи холангит ♦ Ўт йўллариининг туғма аномалиялари • Инфекциянинг жигар артериялари бўйлаб (сепсисда) ёки дарвоза венаси бўйлаб (ОИТнинг инфекцион касалликларида) гематоген тарқалиши ♦ Пилефлебит ♦ Ўткир аппендицит ♦ Йўғон ичак дивертикулитлари ♦ Илеит ♦ Носпецифик яра колити (НЯК) ♦ Панкреатит • Атроф тўқималардаги ўчоқдан йирингли инфекциянинг алоқа йўл билан тарқалиши • Жигарнинг кирувчи ва тўмтоқ шикастланишлари • Жигардаги, ўт йўллардаги, жигар томирларидаги муолажалар • 50% ҳолларда этиологик омилни аниқлаб бўлмайди.

Патоморфологияси Йирингли холангитда кўпинча кўплаб абсцесслар пайдо бўлади • Абсцесс якка бўлиши мумкин, жигар ўнг бўлагиди учрайди.

Клиник манзараси • Асосий касалликнинг клиник кўринишлари • Иситмали қалтироқ ёки субфебрилитет • Кўнгил айниши • Анорексия • Ҳолсизлик • Тана вазнининг камайиши • Ўнг қовурға остида нафас олганда ва ҳаракатланганда кучаядиган тўмтоқ оғриқ • Инфекциянинг плеврал бўшлиққа тарқалишида – плеврал оғриқлар ва йўтал • Жигарнинг катталашиши, пайпаслашда жигар четларида оғриқ 50% беморларда кузатилади • Сариклик холангиоген абсцессларда кузатилади • Якка абсцесслар кам ифодаланган белгилар билан кечади.

Лаборатор текширувлар • Қон ♦ Юқори нейтрофилли лейкоцитоз ♦ Лейкоцитар формуланинг чапга жиши ♦ ЭЧТнинг ошиши ♦ Беморларнинг кўпчилигида ишқорли фосфатазанинг фаоллиги ошиши • Қонни бактериологик текшируви тахминан 50% ҳолатларда касаллик қўзғатувчисини аниқлаш имконини беради.

Махсус текширувлар • Қорин бўшлиғи аъзоларини рентгенологик текшириш ♦ Диафрагма ўнг гумбазининг баланд туриши, ҳаракатининг чекланганлиги ва равоқларининг деформацияси аниқланади ♦ Плеврал синусда суюқликнинг йиғилиши ♦ Томограммада газ ҳо килувчи флорада жигар сояси асосида суюқлик сатҳи аниқланиши • УТТ абсцессни салобатли ҳажмли хоалардан ажратиш имконини беради • КТ • Холангиоген абсцессларни диагностикасида – холангиография • Жигарни ^{99m}Tc билан радиоизотоп сканерлаш бактериал ва амёбали жигар абсцессларини бир биридан ажратиш (дифференциаллаш) имконини беради • Абсцессни УТТ ёки КТ назорати орқали пункция қилиш, ичидаги суюқликни аспирация қилиб, сўнгра бактериологик текшириш (90% ҳолларда қўзғатувчиларни экиб олиш имконини беради).

Дифференциал диагностика • Жигарнинг амёбали абсцесси • Жигар кистаси • Гемангиома • Ўсмалар.

Даволаш • Микрофлоранинг антибиотикларга таъсирчанлигига мос равишда антибиотикотерапия ўтказиш • КТ ёки УТТ орқали кузатиб абсцессни тери орқали дренажлаш, ичидаги йирингни аспирация қилиш • Абсцессни дренажлагандан сўнг, бир неча ҳафта мобайнида антибиотикотерапия давом эттириш • Йирингли ярани хирургик йўл билан очишга ва дренажлашга кўрсатмалар: ♦ Абсцесс жигарнинг чап бўлагиди жойлашган бўлса ♦ Лапароскопия ўтказишни талаб қиладиган йўлдош касалликлар мавжуд бўлса ♦ Консерватив даво самара бермаса • Ўт йўллари ўтказувчанлигини эндоскопик ретроград холангиопанкреатикография, папиллосфинктеротомия ва тошни олиб ташлаш йўли билан тиклаш.

Асоратлари • Сепсис • Диафрагма ости абсцесси • Абсцесснинг қорин ёки плевра бўшлиғига, ўпкага, перикард бўшлиғига ёрилиши • Абсцесс ичига қон кетиши.

Профилактикаси • Қорин бўшлиғи аъзоларининг ва ўт йўллариининг ўткир инфекцион касалликларини ўз вақтида даволаш • Антибиотикли терапия билан бирга қорин бўшлиғи ичидаги йирингли йиғилмаларни дренажлаш.

Прогнози ҳар доим жуда жиддий • Катта ва яқка абсцессларда, агар тўғри даволанса, 90% гача беморлар тузалиб кетади • Кўп сонли, дренажланмаган абсцесслар кўпинча оқибати ўлим билан тугайди.

ХКК – 10 • К 75.0 Жигар абсцесси.

ДИАФРАГМА ОСТИ АБСЦЕССИ

Диафрагма ости абсцесси – қорин бўшлиғида диафрагма остида (кўпинча ўнг томонда) жойлашадиган ва қорин бўшлиғи аъзолари ўткир яллиғланишли касалликларининг, шикастланишларининг ёки улардаги хирургик амалиётларининг асорати сифатида пайдо бўладиган абсцессдир.

Хавфли омиллар • Оператив аралашув • Сурункали касалликлар – жигар циррози, сурункали бўйрак етишмовчилиги, овқатланишнинг бузилиши • ГК қабул қилиш • Кимётерапия • Нур терапияси.

Клиник манзараси • Чуқур нафас олганда кучаядиган ва курак ёки елкага тарқаладиган қовурға остидаги оғриқ • Кўкрак қафаси соҳасидаги оғриқлар, кўпроқ ўнг томонда. Абсцесс олд қорин деворига яқин жойлашган бўлса, оғриқ белгиси кўпроқ ифодаланади • Кўнгил айнаши, ҳикичоқ тутиши кузатилади • Беморда мажбурий чалқанча ётиш, ёнбошлаб ётиш ёки ярим ўтирган ҳолат • Ҳарорат эгри чизиғи гектик характерга эга • Қалтираш, терлаш • Агар узоқ давом этса – терининг пастозлиги, абсцесс жойлашган соҳада қовурғалар орасининг (одатда ўнг томондаги IX-XI) бўртиб чиқиши • Тахикардия • Ҳансираш • Пайпаслаш қилганда – қорин деворининг юқори қисмида мушакларнинг таранглашиши, қовурғалар йўналиши бўйича оғриқ • Одатда қорин парданинг таъсирланиш белгилари кузатилмайди.

Текшириш усуллари • Периферик қон анализи – нейтрофилли лейкоцитоз, лейкоцитар формуланинг чапга жиши, ЭЧТ нинг ошиши • Қонни стерилликка текшириш • Кўкрак ва қорин бўшлиғи аъзоларини рентгенологик текшириш ♦ Диафрагма гумбазининг юқори туриши ва ҳаракатчанлигининг чекланганлигини ♦

Диафрагма остида суюқлик сатҳининг борлиги, кўшни аъзоларнинг жиганлиги ♦ Ўпкада ателектазлар – пастки сегментларда пневмоник фокуслар ♦ Зарарланган томондаги плеврал бўшлиқда суюқлик бўлиши • КТ, УТТ, ⁶⁷Ga билан радиоизотоп сканерлаш.

Дифференциал диагностика • Қорин бўшлиғидаги бошқа абсцесслар • Ўткир холецистит.

Даволаш. Асосий даволаш усули – хирургик (абсцессни тери орқали дренаж қилиш ва/ёки хирургик йўл билан), шу билан бирга антибиотикотерапия: бактериологик текшириш натижаларига кўра микроорганизмларнинг антибиотикларга сезувчанлиги аниқлаб, кенг доирадаги антибиотикларни қўллаш.

Кузатиш • Жараён тугагач, 6 ҳафта давомида доимий кузатиш • Қон таҳлилларини мунтазам ўтказиш • Беморнинг аҳволи яхшилангунга қадар кўкрак қафаси аъзоларини вақти – вақти билан рентгенологик текшириш.

Асоратлари • Абсцессинг қайталаниши • Қон кетиши • Ичак тугилиши • Зотилжам • Плевра эмпиемаси • Кўп аъзолар (полиорган) етишмовчилиги • Сепсис • Абсцессинг қорин ёки плевра бўшлиғига ёрилиши • Тешик (свищ).

Прогнози • Ноадекват даволаганда 10 – 90% гача ўлим (абсцесс дренажланмаган, инфекция манбаи олиб ташланмаган) билан тугаши мумкин.

ХКК-10. К65.0 Ўткир перитонит.

ЭПИДУРАЛ СПИНАЛ АБСЦЕСС

Эпидурал спинал абсцесс – орқа мия эпидурал тўқимасининг ўчоқли йирингли яллиғланишидир. Касаллик исталган жойдаги йирингли яллиғланишнинг (кўпроқ стафилококкли этиологияга эга бўлган), септикопиемиянинг, умуртқа поғонаси жароҳати ёки остеомиелитининг асорати сифатида юзага келади.

Клиник манзараси • Яққол намоён бўлувчи интоксикация белгилари • Тананинг юқори ҳарорати, эт увишиши ♦ Умуртқа поғонасида пайпаслаш ва перкуссия вақтида кучаядиган локал оғриқ • Кучли илдизли оғриқлар (жараён жойлашишига мос равишда) • Орқа миянинг қииши (боиши) белгилари ♦ Қииш даражасига қараб пара – ёки тетраплегия ♦ Абсцесс сатҳидан пастда сезгининг йўқолиши ♦ Чанок аъзолари фаолиятининг бузилиши.

Диагностикаси. • Жароҳат сатҳида эпидурал бўшлиқни пункция қилганда йирингни чиқиши. • Бел пункцияси субарахноидал бўшлиқни у ёки бу даражадаги блокадасини (ликвор айланишининг бузилиши) ва оқ миқдорининг ошганлигини аниқлаш имконини беради • МРТ ва КТ. • Нейтрофилли лейкоцитоз чап томонга жийди, ЭЧТ нинг ошиши.

Дифференциал диагностика – Орқа мия қиишига олиб келувчи бошқа касалликлар (ўсмалар, шикастланишлар); кўндаланг миелит.

Даволаш • Асосий усул – хирургик: ламинэктомия (умуртқа каналини умуртқа ёйларини олиб ташлаш йўли билан очиш), абсцессни олиб ташлаб, кейинчалик эпидурал бўшлиқни дренажлаш • Операциядан олдин ва кейин юқори дозада антибиотикларни буюриш.

Асоратлари • Бел – думғаза соҳасида жойлашган абсцессни люмбал пункция қилгандан сўнг, йирингли менингитни ривожланиши (субарахноидал бўшлиққа инфекция кириши).

Прогнози • Ўз вақтида оператив даволанса яхши • Кечиктирилган ҳолларда – орқа миянинг қайтарилмас даражада жароҳатланиши.

ХКК-10 • **G06.1** Умуртқа ичи абсцесси ва гранулёмаси • **G06.2** Аниқланмаган экстрадурал ва субдурал абсцесс.

ЎТКИР ПАРАПРОКТИТ

Ўткир парапроктит (ЎП) - тўғри ичак атрофи тўқималари абсцессининг оқмасимон шаклидир. Бирламчи яллиғланиш ўчоғи анал криптларида жойлашади (ўткир анал криптити). Кейинчалик йиринг анал(орқа тешик) безларининг йўллари орқали тарқалади. **Кўпинча 20 – 60 ёшлиларда бўлиб**, болаларда кам учрайди. **Эркаклар кўпроқ касалланади.** (7:3).

Классификацияси • Йиринг, инфилтрат, шишнинг жойлашишига қараб: ♦ Шиллиқ ости – тўғри ичак шиллиқ ости қаватида жойлашган ♦ Тери ости – анал(орқа тешик) канал ва перианал соҳа териси остида жойлашган ♦ Думба – тўғри ичак (ишиоректал) – орқа чиқарув тешигини кўтарувчи мушакдан пастда жойлашган; пайпаслаб кўрса бўлади • Тос – тўғри ичак (пельвиоректал) – орқа чиқарув тешигини кўтарувчи мушакдан юқорирокда жойлашади ♦ Тўғри ичак орқасида (ретроректал) -пресакрал тўқимада жойлашади • Инфекцияни таркибига қараб: ♦ Вульгар ЎП ♦ Анаэроб ЎП ♦ Специфик ЎП (, захм, актиномикотик).

Этиологияси ва патогенези • Инфекцияни анал безлари йўллари орқали параректал тўқималарга ўтиши. Йирингли яранинг тўғри ичак билан боғлиқлиги параректал тўқимани мунтазам равишда ёки вақти-вақти билан инфицирланишига олиб келади • Тўғри ичак шиллиқ пардасини ва анал канални ҳазм бўлмаган овқат махсулотлари, қаттик нажас, ёт жисмлар билан жароҳатланиши, бундан ташқари даволовчи муолажаларда- клизма, параректал прокаинли блокада, склерозлантирувчи препаратларни инъекция қилиш вақтида микротравмалар кузатилиши • Инфекцияни параректал тўқимага лимфоген ва гематоген йўл билан ўтиши • Аралаш микрофлора: стафилококк ва унинг асоциацияси грамм мусбат ва грамм манфий таёқчалар ҳамда уларнинг асоциацияси, монобактериал флора • , актиномикоз, захм негизида специфик ЎП торпид кечади ва инфилтратив типда тарқалиш билан намоён бўлади.

Хавфли омиллар • Қабзият ёки узоқ давом этувчи диарея • Геморраидал тугунларнинг қиши ва тушиши • Тўғри ичакнинг яллиғланиш касалликлари (носпецифик ярали колит, Крон касаллиги) • Анамнезида параректал абсцесс.

Патоморфологияси • Анал (орқа тешик) безлар ва морганиев крипталарининг яллиғланиши • Тўқимасимон бўшлиқларнинг яллиғланиши билан йирингли ўчоқларнинг шаклланиши • Йиринг атрофида ва тўғри ичак бўшлиғи билан алоқа қилиш йўлида яллиғланиш инфилтрацияси ва чандиқли ўзгариш, кейинчалик эса оқма йўлининг эпителизацияси.

Клиник манзараси

● **Тери ости ЎП** ♦ Орқа тешиқ ва оралиқ соҳасида кучайиб борувчи оғриқ ♦ Тана хароратининг кўтарилиши (кечга 38-39°C гача кўтарилиши) ♦ Нажаснинг ушланиши, йиринг орқа чиқарув тешиқнинг олдида жойлашса – дизурия ♦ Яллиғланган инфильтрат пайпасланганда – кучли оғриқ, флюктуация ♦ Тўғри ичакни бармоқ билан текширганда оғриқ. Ўткир парапроктитнинг асоси бўлган крипталарни эндоректал пайпаслаганда зичланганлиги ва оғриши.

● Шиллиқ ости ЎП ♦ Дефекацияда кучаядиган тўғри ичакдаги ўртача оғриқ ♦ Тананинг субфебрил харорати ♦ Йиринг тўғри ичак бўшлиғига чиқиб кетиши мумкин – бундай ҳолатда касаллик соғайиш билан тугайди ♦ Тўғри ичакни бармоқ билан текширганда – тишли чизик устидаги шиллиқ қават остида жойлашган оғриқли думалоқ эластик ҳоани сезиш мумкин.

● Думба – тўғри ичак (ишиоректал) парапроктити ♦ Оғриқ аста-секин бошланади, беморнинг умумий аҳволи ёмонлашгани, кучсизлик, уйқунинг бузилиши кузатилади ♦ Кейинчалик тўғри ичакда ва тос тубида оғирлик сезилади, доимий ўткир оғриқлар пайдо бўлади ♦ Тана харорати 39-40°C гача кўтарилади, эт увишиши ♦ Яллиғланиш жараёни простата беши ва сийдик чиқариш канали атрофида жойлашганда – дизурик бузилишлар

● Чанок – тўғри ичак (пельвиоректал) ЎП ♦ Оғриқ синдроми мутлақо бўлмасида беморнинг умумий аҳволи ёмонлашиши (иситма, эт увишиши, дармонсизлик, иштаҳанинг йўқолиши). Бу даврнинг давомийлиги 1-3 ҳафта ♦ Абсцесс пайдо бўлиши билан оғриқ ўткир тус олади : тўғри ичакда ва тос тубида симиллаб турадиган оғриқ, интоксикация, тананинг гектик харорати, ич қотиши, тенезм кузатилади ♦ Диагностика - тўғри ичакни бармоқ билан текшириш.

● Тўғри ичак орқасидаги (ретроректал) ЎП ♦ Касалликнинг бошланишиданок тўғри ичакда ва дўмғазада жойлашган кучли оғриқ синдроми пайдо бўлади, оғриқ дефекацияда, ўтирганда ва дизурияда янада кучаяди ♦ Тўғри ичакни бармоқ билан текширганда унинг орқа девори соҳасида ўткир оғриқли шиш сезилади.

Лаборатория текширувлари. ҚУТ (лейкоцитоз, лейкоцитар формуланинг чапга жиши), абсцесс йирингини бактериал текшириш, капсуласининг чандиқли тўқимасини патогистологик текшириш.

Махсус текширишлар ● абсцесс бўшлиғи олдиндан йирингдан тозаланиб, буёқ (одатда кўк метиленининг 1% ли эритмаси) билан тўлғазиш ёрдамида абсцессни тўғри ичак бўшлиғи билан алоқа қилиш йўлини аниқлаш имконини берувчи буёқ билан синаб кўриш ● Зонд билан синаб кўриш – металл тугмачасимон зондни абсцесс қаваги ва мавжуд бўлган алоқа йўли орқали ичак бўшлиғига ўтказиб, инфекциянинг кириш йўлини ва шунингдек оқма йўлининг сфинктер пайларига алоқасини аниқлаш.

Дифференциал диагностика ● Параректаль дермоид кистанинг йиринглаши ● Думғазанинг шишиши ● Дуглас бўшлиғининг абсцесси ● Дум суяги эпителиал йўлининг йиринглаши ● Чот ораси йирингли – яллиғланиш касалликлари (абсцесс, фурункул, йирингли атерома).

ДАВОЛАШ

Асосий – хирургик усул. Диагноз қўйилгандан сўнг дарҳол операцияни ўтказиш керак.

Парҳез – осон ҳазм бўладиган, шлакисиз овқатлар. Операциядан кейин ўсимлик тўқималарига бой парҳез буюрилади, кўп суюқлик ичиш тавсия этилади.

Режим • Умумий оғриқсизлантириш остида хирургик ишларни бажариш учун бемор йирингли хирургия ёки колопроктология бўлимига ётқизилади • Умуман олганда операциядан кейин беморнинг кун тартиби фаол, лекин у ўтказилган операциянинг усулига ҳам боғлиқ бўлади.

Хирургик даволаш

• Ҳозирги вақтда асосий хирургик усул – ичак бўшлиғида йиринг қаватини ёришдан иборат. Операцияни мутахассис жарроҳ амалга оширади.

Операциядан сўнг беморга қараш • Радикал (ёки паллиатив) операциядан кейин яра жараёни фазаларини ҳисобга олган ҳолда операциядан сунгги даволашни ўтказиш лозим: биринчи фазада, яра юзаси тозалангунга қадар сорбентлардан (апликацион сорбция), гидрофил асосидаги суртмалардан (масалан, «Левосин») фойдаланилади, иккинчи фазада, грануляциялар пайдо бўлганда, - ёғли ёки желесимон суртмалар ишлатилади • Яра юзасини озонлаш, лазер ва ультрабинафша нурлари билан ишлов бериш, ультратовушли кавитация яхши самара беради • Операциядан 3 кун ўтгач беморга эрталаб ва кечга 20-30 г. дан канакунжут мойи буюрилади.

Дорилар билан даволаш • Антисептик моддалар: гидроксиметилхинокиндиоксид эритмаси, перекись водород, нитрофурал, хлоргексидиннинг сувли эритмаси • Метилурацилли шамчалар • «Левосин», «Актовегин» суртмалар • Вазелинли ёки канакунжутли мойлар ичиш буюрилади • Антибактериал моддалар умумий реакция юз берганда (тананинг юқори ҳарорати билан кечадиган интоксикация синдроми), шунингдек ҚД билан оғриган беморларга тавсия этилади.

Амбулатор текширувлари. Операциядан сўнг яралар тўла битиб кетгунга қадар ва анал сфинктерлари функцияси тиклангунча мунтазам физикал текширувлар ўтказиб турилади ва уни умумий амалиёт врачлари бажариши лозим.

Асоратлари • Ўткир парапроктитда одатдагича йиринг очилиб, унинг ички тешиги йўқ қилинмаса, 30-50 % беморларда кейинчалик тўғри ичак оқма яраси шаклланади ёки ЎП қайталанади. • Орқа тешик сфинктерлари етишмовчилиги (анал сфинктерларига тегиб турган йиринглаш жараёнига ёки операция техникасига боғлиқ) • Агар «сабабчи» крипта олиб ташланмаган бўлса, абсцесснинг қайталаниши.

Касалликнинг кечиши ва прогноз. Кейинги натижалар ЎП шаклига, хирургик аралашувнинг муддати ва усулларига боғлиқ.

Профилактика • Ич қотиши профилактикаси • Перианал соҳаси гигиенаси • Чаноқ аъзолари йирингли – яллиғланиш касалликларини эрта аниқлаш ва вақтида даволаш • Клизма ва бошқа трансанал тиббий амалиётлар ўтказиш методикасига қатъий риоя этиш.

Ёш хусусиятлари • Болалар. Кўпинча янги туғилган чақалоқларда ва эмизикли болаларда учрайди • Кексаларда. Кўпинча сурункали колостаздан сўнг пайдо бўлади.

Синонимлари • Аноректал абсцесс • Криптогландуляр абсцесс.
ХКК 10 • К61 Орқа тешик ва тўғри ичак соҳалари абсцесси.

КАРБУНКУЛ

Карбункул – ёнма – ён жойлашган бир нечта соч фоллекулалари, ёғ безларининг атроф тери ва тери ости клетчаткасига тарқалувчи ўткир йирингли некротик яллиғланишидир.

Этиологияси • Тилларанг стафилакокк, кўпинча бошқа бактериялар билан биргаликда (протей, ичак таёқчаси) • Санитария – гигиена қоидаларига риоя қилмаслик • Моддалар алмашинувининг бузилиши, сифатли овқатланмаслик, иммунодефицит.

Патоморфологияси • Диаметри 1 – 1,5 см га етадиган гиперемияли конуссимон шаклдаги сероз инфильтрат даври • Йирингли – некротик давр – карбункул чўққисида йирингли пуста хо бўлади • Некротик ўзакнинг чиқиши ва иккиламчи чандикланиш даври.

Клиник манзараси: Кўп ҳолларда бўйиннинг орқа юзасида, кураклар орасида, белда, думбада, баъзан эса оёқ – қўлларда жойлашади • Унча катта бўлмаган яллиғланиш инфильтрати юза йирингли пуфакча билан хо бўлади ва тезда катталашади • Ўткир оғриқ пайдо бўлади • Тери таранглашади, шишади, тўқ қизил рангга киради • Кейинчалик ўчоқ юзасидаги эпидермис бир неча жойидан ёрилади ва тешиклар («элак») хо бўлади. Тешиклардан яшил – кулранг йирингли ажралма чиқади; тешиклардан некрозланган тўқималар кўринади • Алоҳида тешиклар кўшилиб, терида катта нуқсон (дефект) хо бўлади. Бу нуқсон орқали кўп микдорда йиринг оқади ва ўлик тўқималар ажралади • Тана ҳарорати 40°С гача кўтарилади • Интоксикация белгилари (кўнгил айниши, қайт қилиш, иштаҳанинг йўқолиши, кучли бош оғриғи, уйқусизлик, қалтираш, хушсиз ҳолатлар) пайдо бўлади • Йирик карбункулларда, шунингдек улар юзда жойлашганда умумий белгилар аниқ – яққол кўзга ташланади, лекин йиринг оқиб чиқиши ва ўлик тўқималар ажрала бошлаши билан улар тезда камая бошлайди • Жароҳат тозалангач ўрни грануляцион тўқима билан тўлади ва яра битади.

Лаборатор текширув • Лейкоцитоз • Лейкоцитар формуланинг чапга жиши • ЭЧТ тезлашиши.

Дифференциал диагностика • Фурункул • Куйдирги.

ДАВОЛАШ

Беморга қараш тактикаси • Албатта шифохонага ётқизиш • Карбункул оғиз бурчагидан юкорида ва кўз бурчагидан пастда жойлашганда («хавfli карбункул»), бошқа оғир касалликлар ҳам бўлганда (ҚД, ўсмаларда) интоксикация синдромида интенсив терапия палатасига жойлаштириш • Зарурият бўлганда терапевт кўриги (кексаларда), эндокринолог (ҚД) кўригидан ўтказиш.

Консерватив даволаш • Яллиғланиш ўчоғи атрофидаги терини яхшилаб тозалаб, ишлов бериш ♦ 70 % этил спирти ♦ 2 % салицил спирти ♦ Бриллиант яшилининг 0,5 – 1 % спиртли эритмаси билан ишлов бериш ♦ Шаклланган босқичида 5 %

йоднинг спиртдаги эритмаси, диметил сульфоксид эритмаси билан ишлов бериш • Антибактериал терапия – аввалига эмперик, сўнгра бактериологик текширув маълумотларини ҳисобга олган ҳолда ♦ Оксацилин ♦ Цефазолин ♦ ЯҚНДВ • УВЧ • Интоксикацияга қарши даво чоралари.

Хирургик даволаш • Инфилтратни хочсимон шаклда кесиш ва некрозга учраган тўқималарни олиб ташлаш • Очиқ кўриниб турган жароҳатни ҳар куни хлорамфеникол + метилурацил, ферментлар (химопсин, химотрипсин) билан боғлаш • Грануляциялар пайдо бўлганда, ўсаётган грануляциялар ва эпителияга шикаст етказмаслик учун жароҳатни эҳтиёт бўлиб боғлаш.

Асоратлари • Лимфангиит • Худудар лимфаденит • Йирик тери ости веналари олдида жойлашган карбункулларда одатда ўткир тромбофлебит ривожланади • Айрим ҳолларда юздаги карбункулларда карбункул йирингини сиқиб чиқаришга уриниш, соқол олаётганда кесиб юбориш, массаж пайтида шикастланиш натижасида сепсис ривожланади.

Касалликнинг кечиши ва прогнози • Ўз вақтида ва тўғри даволанса тузалиб кетади • ҚД нинг оғир шакллари билан касалланган озғин, нимжон беморларда, шунингдек карбункул юзда жойлашган ҳолларда касаллик ўлим билан тугаши мумкин.

Профилактикаси • Тананинг тозалигига риоя қилиш • Чойшабларни мунтазам алмаштириб туриш, айниқса йилнинг иссиқ вақтларида • Терининг карбункул пайдо бўлиши мумкин бўлган жойларини кийим билан ишқаланишига йўл қўймаслик • Соматик касалликларни даволаш.

ХКК – 10 • J34.0 Бурун абсцесси, чипқони ва карбункули • **L02** Тери абсцесси, чипқони ва карбункули.

САРАМАС

Сарамас бу – А гуруҳидаги β – гемолитик стрептококклар чақирадиган, терининг устки лимфа тизимини жароҳатловчи тери ва тери ости тўқималарининг инфекцияси – аллергия касаллигидир.

Хавфли омиллар • Терининг ҳар қандай яллиғланиш жараёни • Терида чандиклар мавжудлиги (операциялар, шикастланишлар) • Лимфостаз • Болдирдаги трофик яралар • Иммунотанқислиги ҳолатлари, ориқлаб кетиш • Касалликка мойил бўлиш. **Патогенези.** Стрептококклар ва уларнинг токсинлари таъсири натижасида терида сероз ёки сероз – геморрагик яллиғланиш ривожланади. У оғир кечганда, бириктирувчи тўқималарнинг йирингли инфилтратцияси ва некроз билан асоратланади. Лимфангоит, артериит, флебит ривожланади. Стрептококкларнинг организмга таъсири, умуман олганда, интоксикация, ички органларнинг токсик жароҳатланиши, иккиламчи йирингли асоратларнинг шаклланиши орқали намоён бўлади.

Патоморфологияси • Шиш • Вазодилатация, лимфатик томирларнинг кенгайиши • Нейтрофиллар, лимфоцитлар ва бошқа яллиғлантирувчи ҳужайралар билан инфилтратцияланиш • Эндотелийнинг бўртиши • Граммусбат коккларнинг топилиши • Эпидермиснинг десквамацияси • Жараён ривожланиб борганда

экссудат билан тўлдирилган пуфакчалар пайдо бўлади • Оғир ҳолатларда – тери некрози. **Клиник манзараси** • Инкубацион давр бир неча соатдан 5 кунгача бўлиши мумкин • Касаллик ўткир иситмали қалтираш, умумий ҳолсизлик, бош оғриғи, тана ҳароратининг 39° - 40° С гача кўтарилиши, қайт қилиш, бўғинлардаги оғриқлар билан бошланади. Биринчи кун давомида шиш, жароҳатланган қисмда оғриқ ва гиперемия, соғ теридан кўнғир ранги билан кескин ажралиб туради. Кейинчалик худудар лимфаденитлар ва лимфангоитлар кўшилади • Енгил шаклида қисқа муддатли (3 кунгача) нисбатан баланд бўлмаган (39° С гача) иситмали қалтираш, ўртача интоксикация, бир анатомик соҳадаги терининг эритематоз жароҳатланиши хосдир • Ўртача – оғир сарамасда иситмали қалтираш 4-5 кунгача давом этади, терининг жароҳатлари эритематоз-буллёз ёки эритематоз - геморрагик хусусиятга эга • Оғир шикастланишлар эса психик бузилишлар билан биргаликда ифодаланган интоксикация, терининг катта қисмида эритематоз – буллёз ва буллёз – геморрагик жароҳатлар ва йирингли – септик асоратларнинг (абсцесслар, гангрена, сепсис, инфекция – токсик шок) кўп учраши билан ажралиб туради. Биринчи учрашидан кейин сарамас бир неча кундан ёки ҳатто бир неча йилдан кейин ҳам қайталаниши мумкин. Сарамаснинг қайталаниши мунтазам бўладиган ҳоллар ҳам тез-тез учрайди. Биринчи касалланишдан кейин 2 йил давомида ўша жойларда (кўпинча оёқларда) пайдо бўладиган жароҳатлар сурункали қайталанувчи деб аталади • Теридаги кўринишлар қичишдан ва терининг таранглик ҳиссидан бошланади. Кейинроқ бир неча соат ўтгач, тез катталаниб борувчи эритема ўчоғи пайдо бўлади • Эритематоз шаклидаги эритема интакт тери юзасидан кўтарилган, бир текис ёрқин рангли, чегаралари аниқ ва периферик тарқалишга мойил. Эритема чегаралари нотўғри шаклга эга бўлиб, соғлом теридан аниқ чегараланган. • Сарамаснинг буллёз-эритематоз турида эритема ўрнида эпидермис кўчади (одатда касалликнинг 1 – 3 кунда) ва сероз суюқлик билан тўлган турли ўлчамли пуфаклар вужудга келади. Пуфакларни очгач геморрагик пўстлоқлар шаклланади ва у кейинчалик соғлом тери билан алмашинади. Айрим ҳолларда пуфак ўрнида трофик яраларга айланувчи эрозия пайдо бўлиши мумкин • Сарамаснинг эритематоз-геморрагик шакли эритематоз сарамасга ўхшаш кечади, бунда эритема фонида терининг зарарланган жойларига қон қуйилиши кузатилади • Буллёз-геморрагик сарамас эритематоз-буллёз сарамасдан пуфакларининг сероз суюқлик билан эмас, балки геморрагик экссудат билан тўлганлиги билан фарқ қилади. Касалликнинг ўткир даврида периферик қонда нейтрофилли лейкоцитоз, ЭЧТнинг ошганлиги аниқланади.

Лаборатор текширувлар • Лейкоцитоз (одатда $>15 \times 10^9$ /л) лейкоцитар формуланинг чапга жиши билан, ЭЧТнинг ошиши • Стрептококклар фақат эрта босқичларида экмаларда аниқланади. Антистрептолизин О, антистрептогиалуронидаза, антистрептокиназа • Гемокультура экмаси – мусбат.

Дифференциал диагностика • Эризипилоид (сустроқ ифодаланган интоксикация, қичиш бўлади) • Алоқали дерматит (тана ҳарорати ошмайди) • Ангионевротик шиш (тана ҳарорати ошмайди). Скарлатина (тошмалар кўпроқ тарқалган, шиш кузатилмайди) • СҚВ (жойлашиши – юзда, тана ҳарорати бироз кўтарилади, АНАТ

мавжудлиги) • Кулоқ супраси тоғайлари полихондрити • Дерматофития • Туберкулоид мохов • Флегмона.

ДАВОЛАШ

Олиб бориш тамойили • Микробга қарши терапия • Оғриқ ва иситма синдромини симптоматик даволаш • Дезинтоксикацион терапия.

Танлов препаратлари • Феноксиметилпенициллин 250-500 мг. ҳар 6 соатда (болаларга кунига 25-50 мг/кг. дозадан тўрт маҳал) камида 10 кун. Яхшиланиш одатда дастлабки 24 – 48 соатдаёқ кузатилади • Оғир ва асоратли кечишда – пенициллин гуруҳи препаратлари 1 – 2 млн. ТБ дан ҳар 4 – 6 соатда парентрал юборилади • Сурункали қайталаниб кечувчи турида айрим мутахассислар ремиссия даврида кам дозада антибиотикларни қўллашни тавсия этишади.

Ўриндош препаратлар • Эритромицин кунига 250 мг. дан тўрт маҳал (болаларга кунига 30-40 мг/кг. дозада тўрт маҳал) • Цефалоспоринлар.

Маҳаллий даволаш • Асоратланмаган ва эритематоз шакллари – этакридин ёки нитрофурал эритмалари бўлган нам – қуритилган боғламлар • Буллёз шакли – бирламчи ишловдан кейин буллага нитрофурал ёки этакридин эритмалари билан боғламлар. Кейинчалик эктерицидди, винилинли боғламлар буюрилади • Флегмоноз – некротик тури одатдаги флегмоналардек даволанади • Маҳаллий даво физиотерапевтик муолажалар билан алмаштирилиб турилади.

Асоратлари • Зарарланган тери остидаги томирлар тромбози • Қўл ёки оёқ гангренаси • Сепсис • Скарлатина • Зотилжам • Менингит.

Кечиши ва прогнози • Тўғри даволанганда тўлиқ шифо топиш • Сурункали қайталаниб кечишида сурункали лимфедема (фил оёқлик) ёки чандиқлар.

Ёшга хос хусусиятлари • Болалар ♦ Бир ёшгача бўлган болаларда В гуруҳга кирувчи стрептококклар этиологик омил бўлиши мумкин, қориннинг олдинги девори териси жароҳатланиши хос ♦ Катта ёшдаги болаларда юзда, бошнинг сочли қисмида, болдирларда жойлашиши хос • Кексалар ♦ Тана ҳарорати у даражада ифодаланмайди ♦ Асоратлар кўп кузатилади ♦ Юрак касаллиги бўлган, ҳолсизланаган беморларда юрак етишмовчилиги ривожланиши мумкин.

Профилактикаси • Сурункали қайталаниб кечишда антибиотикларнинг профилактик курслари • Юзида сарамаси бўлган беморлар ўткир даврида соқол олишлари мумкин эмас, чунки сарамаснинг дастлабки белгилари пайдо бўлгандан кейин 5 кун давомида соқол олган эркакларда сурункали қайталанишлар кўпроқ учрайди • Сурункали ҳолларда – сурункали стрептококкли инфекция ўчоғини топиш керак (танглай бодомча безлари, бурун бўшлиқлари, кариесга учраган тишлар).

Синоним • Авлиё Антони олови.

ХКК-10. А 46 Сарамас.

Эслатма. Глюкокортикоидларни мунтазам олиб юрувчи беморларда клиник кўриниши яширин бўлганлиги учун ташхислаш қийин бўлиши мумкин.

ГИДРОАДЕНИТ

Гидроаденит – апокрин тер безларининг ўткир пайдо бўладиган йирингли яллиғланиши; аксарият 30 – 40 ёшдаги аёллар касалланади.

Этиологияси • Апокрин безининг тикилиб қолиши ♦ Эмбрионал даврда апокрин йўли шаклланишининг бузилиши ♦ Йўлнинг безнинг кенгайган секретор қисмидан боиши ♦ Гипергидроз, тирналиш, тери бичилиши ♦ Бактериал инфекция: стафилококклар, стрептококклар • Балоғатга етиш даврида эндокрин системанинг гормонал қайта қурилиши • Фолликул тикилиб қолиши триадасининг бир қисми ♦ Шарсимон ҳуснбузарлар ♦ Бошнинг қатламлашувчи панникулити ♦ Йирингли гидроаденит.

Хавфли омиллар • Ёғ босиш • Қандли диабет • Гиперхолестеринемия • Модда алмашинуви секинлашиши • Пардоз буюмларига (масалан, дезодорантлар) ўта сезувчанлик.

Патоморфологияси • Ўткир яллиғланиш (бошланғич босқичларда инфилтрат, сўнгра безнинг йирингли эриши) • Сурункали фазода – оқма йўлларнинг фиброз тортмалари, улар вақти – вақтида ёрилиб туради, ўткир абсцессларининг қайталаниши.

Клиник манзараси • Диаметри 0,5 – 3 см.ли қаттиқ тугунча (тугунчалар), тери остида жойлашган, сўнгра инфилтрат тери устига чиқади ва тўқ – қизил – кўкимтир тусга киради • Яллиғланиши бир неча тер безларини эгаллаши ёки бир бездан иккинчисига ўтиши мумкин • Жойлашуви: қўлтиқ, аноленитал, қов, киндик олди соҳаси, бошнинг сочли қисми, бўйин, юз • Тери қичишиши, маҳаллий оғриқ • Абсцесс ривожланганда – флюктуация, оқма йўл шаклланиши эҳтимол • Елка бўғимида ҳаракат чекланиши • Тана ҳарорати кўтарилган • Соғайиш чандиқлар, оқма йўллар, комедонлар (қора ҳуснбузар) ҳо бўлиши билан ўтади.

Лаборатор текширувлар • Нормоцитлар анемия • Лейкоцитоз • СОЭ ошиши.

Махсус текширувлар • Ўчоқдан культурани экиш: стафилококклар, стрептококклар, *E. coli*, протей, сурункали кечганда – анаэроб сапрофит флора.

Дифференциал диагностика • Фурункулез • қўлтиқ лимфаденити • Специфик инфекциялар • Лимфогранулематоз • Лимфосаркома • Антибиотикларга қўшимча реакциялар • Ичакнинг аногенитал оқмали яллиғланиш касалликлари.

ДАВОЛАШ

Олиб бориш тамойили • Дезинфекцияловчи воситалар (бактериоцид совун), антисептик препаратлар билан маҳаллий ишлов бериш • Фолликул бекилиб қолишига сабаб бўлувчи маҳаллий омилларни бартараф этиш (гигиеник муолажалар)

• Ўткир белгиларни симптоматик даволаш.

Шифохонага ётқизишга кўрсатмалар • Яллиғланиш синдромининг яққоллиги, абсцедирланган босқич ва умумий оғриқсизлантириш билан операция ўтказиш, ёши 60 дан ошган, оғир йўлдош патология борлиги • Яллиғланиш ўчоқлари кичкина бўлиб, юза жойлашганда операция қилиш учун маҳаллий анестезия қилиш ва кейинчалик оилавий поликлиника ва ҚВП шароитида кузатиш • Хирургик амалиётдан сўнг беморлар йирингли хирургия бўлимига ётқизилади.

Хирургик даволаш • Ўчоқни очиш ва дренаж қилиш • Зарарланган тўқима, оқма йўллари кесиш • Крютаж (тозалаш), электр коагуляция, углекислий (карбонатли) лазер • Сурункали кечганда ва терапия наф бермаганда соғлом теридан кўчириб ўтказиш кўрсатилган.

Дорилар билан даволаш

• Антибиотиклар ♦ Тетрациклин 250 мг. дан кунда 4 марта ёки 500 мг. дан кунда 3 марта, ёки ♦ доксициклин биринчи кун 100 мг. дан кунда 2 марта, сўнг 100 мг.дан кунига 1 марта, ёки ♦ эритромицин 0,25 г. дан 4 марта 7 – 14 кун ичишга ♦ Клиндамицин 2 % эритмасида докани хўллаб кўйилади ♦ Неомицин малҳам кўринишида ♦ Микрофлоранинг сезувчанлигига кўра бошқа антибиотиклар.

• ЯҚНДВ, масалан диклофенак 25 мг. дан кунда 2 марта.

• 2 % борат спирти ёки 10 % камфора спирти, диметил сульфоксид (1:5) эритмаси маҳаллий қўлланилади. Физиотерапевтик даво: куруқ иссиқ, УБН.

• Специфик иммунотерапия – стафилококкли вакцина, анатоксин, γ – глобулин.

Асоратлари • Флегмона • Лимфедема • Контрактуралар • Оқма йўлларида ясси хужайрали рак • Инфекция диссеминацияси • Артрит.

Кечиши ва прогнози • Кўпинча узоқ қайталаниб кечади • Спонтан ёрилиш – камдан – кам • Айрим ўчоқлар секин сўрилади (10 - 30) • Чандикланиш авж олиши

• Оқма йўллар ҳо бўлиши.

Профилактикаси • Гигиеник тадбирлар: кийим бошнинг атроф муҳит шароитларига мос бўлиши (ҳарорат, намлик), тор кийим киймаслик керак

• Семириб кетганда тана оғирлигини меъёрлаштириш

• Қўлтиқ остини кунт билан тоза ювиш

• Таъсирловчи парфюмерия ва пардоз буюмларини ишлатмаслик.

Синонимлари • Тубероз абсцесс • Шохли елин.

ХКК – 10 • L73.2 Йирингли гидроаденит.

ДИСПЕПСИЯ ВА БОШҚА ОШҚОЗОН – ИЧАК КАСАЛЛИКЛАРИ

ДИСПЕПСИЯ

Диспепсия – кўкрак ости соҳасида (ўрта чизиққа яқин) жойлашган, оғриқ ва ўзини ёмон ҳис қилиш ҳисси (оғирлик, ошқозон тўлиб кетгандек ҳис қилиш, эрта тўйиниш ҳисси, дам бўлиш, кўнгил айнаши) билан характерланадиган ҳолат. Алоҳида касаллик кўринишидаги функционал диспепсияни (ярали булмаган диспепсия, идиопатик, ноорганик, эссенциал диспепсия) органик касалликларнинг белгиси сифатида кечадиган диспепсиядан фарқлаш керак.

ХКК – 10: K30 Диспепсия.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯСИ

• Диспепсия аҳолининг 20 – 25 % ида, эркак ва аёллар ўртасида бир хилда учрайди.

• 20 – 40 ёшлиларда диспепсия белгилари кенг тарқалган, ундан катта ёшдагиларда камроқ кузатилади.

- Биринчи тиббий ёрдам муассасаларига мурожаат қилган 3 % беморларнинг асосий шикоятлари – диспепсия. Ўтказилган сўровларга биноан, диспепсия билан касалланганларнинг фақатгина 1/4 қисмигина шифокорга мурожаат қилади.

КЛАССИФИКАЦИЯСИ

- II Рим мезонларига биноан (1999), ошқозон ва/ёки ўн икки бармоқли ичак моторикасининг бузилиши натижасида ривожланадиган, бирон органик патология билан боғлиқ бўлмаган ва ўн икки ҳафтадан кўп давом этадиган диспепсия функционал диспепсияларга киради.
- Функционал диспепсиянинг кичик гуруҳларини *диагностика* бўлимида келтирилган.

ДИАГНОСТИКАСИ

Функционал диспепсия ташхиси шунга мос клиник белгилар йил давомида ўн икки ҳафтадан ортиқ давом этганда ва ўхшаш белгилар билан кечадиган органик патология истисно қилинганда қўйилади.

АНАМНЕЗ ВА ФИЗИКАЛ ТЕКШИРУВ

- **Умумий белгилар:** қориннинг юқори қисмида, ўрта чизик атрофида оғрик ва дискомфорт, семизлик ва тез тўйиб қолиш ҳисси, кўнгил айнаши.
- **Функционал диспепсиянинг диагностик тамойиллари:**
 - ◆ Диспепсия белгиларининг давомийлиги 1 йил давомида камида 12 ҳафта (кетма – кет бўлиши шарт эмас) ташкил қилади.
 - ◆ Диспепсия белгиларининг тасдиқловчи ФЭГДС натижаларига асосан органик касалликнинг йўқлиги.
 - ◆ Диспепсия белгилари дефекациядан кейин камаймайди, нажас консистенциясига ва дефекация сонига боғлиқ эмас (бу белги «ичак таъсирланиш синдроми» истисно қилади).
- **Бошқа касалликлардан дарак берувчи белгилар:**
 - ◆ Жиғилдон қайнаши (эпигастрал соҳада эмас, балки ретростернал соҳада ачишиш ҳисси) гастроэзофагеал рефлюкс касаллиги борлигини кўрсатади;
 - ◆ Дисфагия қизилўнғачнинг органик патологиясини билдириши мумкин;
 - ◆ Хавфли белгилар бўлганда (анемия, озиб кетиш, қон кетиш) ҳамиша органик касаллик бўлиш эҳтимолини назарда тутиш керак (хавфли ўсмалар, ошқозон яра касаллиги ва б.қ.)

ИНСТРУМЕНТАЛ ВА ЛАБОРАТОР ТЕКШИРУВЛАР.

- Зарурий диагностик текширувлар сифатида рентгенография ва УТТ тавсия этилмайди, чунки органик касалликлар диагностикасида бу усулларнинг ФЭГДС дан устун томонлари йўқ.
- ФЭГДС ◆ 45 ёшдан катта беморларда ФЭГДС текширувини ўтказиш мажбурий
- ◆ Шунингдек ёмон сифатли ўсмалар ва асоратлар (масалан, қонаб турган яра) хавфи юқори бўлганда ФЭГДС ўтказилади.
- Диспепсия белгиларини ўзак сақланганда (хавфли белгилар йўқлиги ва эмпирик давога қарамай) *Helicobacter pylori* борлигини текшириш керак.

ДИФФЕРЕНЦИАЛ ДИАГНОСТИКА

- Гастроэзофагеал рефлюкс касаллиги • Ошқозон ва ўн икки бармоқли ичак яра касаллиги • Ошқозон ва қизилўнгач раки • Дори воситаларнинг ножўя таъсири (ЯҚНДВ, эритромицин, теofilлин, юрак гликозидлари ва б.) • Ўт – тош касаллиги • Сурункали панкреатит • Целиакия • Диффуз эзофагоспазм • Мальабсорбция синдроми • Ошқозон ичак йўлининг функционал касалликлари: аэрофагия, функционал қайт қилиш • ЮИК • ҚД, тизимли склеродермияда ва бошқаларда ошқозон – ичак йўлида иккиламчи ўзгаришлари.

Диспепсиянинг органик сабаблари 40% беморларда аниқланади.

МУТАХАССИСЛАР МАСЛАҲАТИГА КЎРСАТМА

- Гастроэнтеролог маслаҳати диспепсия хавфли белгилар билан кечганда ёки тажриба йўли билан даволаш наф бермаганда тавсия этилади.
- Хавфли белгилар (дисфагия, мелена, гематемезис, гематохезия, иситма, озиб кетиш, ЭЧТ нинг ошиши, лейкоцитоз, диспепсия белгиларининг биринчи марта 45 ёшдан кейин пайдо бўлиши) бўлган беморларни ФЭГДС ёки бошқа махсус текширувлардан ўтишга юбориш керак.
- ◆ ФЭГДС – эзофагит, яра касаллиги, панкреатит ва бошқаларни истисно қилиш мақсадида бажарилади.
- ◆ Умумий ва яширин қон борлигини аниқловчи нажас таҳлили – ошқозон – ичакдан яширин қон кетишни (масалан ошқозон, йўғон ичак раки) истисно қилиш учун ўтказилади.
- ◆ Қорин бўшлиғи аъзоларида УТТ ўт – тош касаллиги, сурункали панкреатитни истисно қилиш мақсадида амалга оширилади.
- ◆ Қизилўнгач ичи рН ининг кеча – кундузлик назорати – гастроэзофагеал рефлюкс касаллигини истисно қилиш мақсадида ўтказилади.
- ◆ Зарурияти бўлганда, қизилўнгач ва ошқозоннинг рентген текшируви, *Helicobacter pylori* диагностикаси, қизилўнгач монометрияси электрогастрография, сцинтиграфия (гастропарезни аниқлаш мақсадида) ўтказилади.
- 4 – 6 ҳафта давомида ўтказилган даволанишга ижобий жавоб бермайдиган ва 45 ёшдан катта беморларни кўшимча текширувга юборилади (ФЭГДС ва *Helicobacter pylori* ни аниқлаш).

ФУНКЦИОНАЛ ДИСПЕПСИЯ КИЧИК ГУРУҲЛАРИ

- Функционал диспепсия диагнози касаллик белгилари ривожланиш даврида ўтказилган ФЭГДС ёрдамида органик касалликлар истисно қилинганда қўйилади.
- Диагноз қўйилгач функционал диспепсия қуйидаги кичик гуруҳлардан бирига киритилади.
- ◆ Ярасимон диспепсия (асосий белги – эпигастрал соҳада оғрик).
- ◆ Дискинетик вариант (асосий белгилар – эпигастрал соҳада дискомфорт ҳисси (оғриқсиз), ошқозон тўлиб кетгандек ҳис қилиш, эрта тўйиниш ҳисси, қорин дам бўлиши, кўнгил айниши).
- ◆ Носпецифик диспепсия (аралаш белгилар кузатилади).
- Кичик гуруҳнинг аниқланиши диспепсияни даволашда дори танлашга ёрдам бериши мумкин.

ДАВОЛАШ**ДАВОЛАШДАН МАҚСАД**

- Белгиларни енгиллаштиришга эришиш.
- Беморга касаллиги функционал табиатга эга эканлиги ва белгилари қайталаниб туриши мумкинлигини тушунтириш керак.

ДОРИЛАРИСИЗ ДАВОЛАШ

- Парҳез ♦ овқатланиш рационидан қийин ҳазм бўладиган ва қаттик маҳсулотларни чиқариш ♦ Тез – тез, оз – оздан овқатланиш ♦ Чекиш, алкоголь, кофе ва ЯҚНДВ истеъмол қилишни тўхтатиш ҳам самара бериши мумкин.

ДОРИЛАР БИЛАН ДАВОЛАШ**Тажриба йўли билан даволаш**

- 45 ёшгача бўлган беморларда хавфли белгилар булмаса, тажриба йўли билан даволашни ФЭГДС^B ўтказмасдан туриб бошлаш мумкин, чунки бирламчи ФЭГДС ва тажриба йўли билан даволашнинг фойда ва ҳаражатлари бир-биридан унчалик катта фарқ қилмайди.
- Синовли тажриба йўли билан даволаш 4 – 6 hafta давом этади.
 - ♦ Ярасимон вариантда – антацидлар ва бошқа антисекретор воситалар.
 - ♦ Дискинетик вариантда – прокинетиклар, носпецифик вариантда – устунлик қилувчи белги аниқланмаганда прокинетик ва антисекретор воситалар биргаликда тавсия этилади.
- Ярасимон диспепсия
 - ♦ Антацидлар.
 - ♦ H₂ – гистамин рецепторлари антагонистлари ранитидин кунига 150 – 300 мг.дан 2 маҳал ёки фамотидин кунига 20 мг.дан 2 маҳал.
 - ♦ Протон насос ингибиторлари: омепразол 10 – 20 мг.дан кунига 4 маҳал ёки лансопризол 15 -30 мг.дан кунига 4 маҳал
- Дискинетик вариант
 - ♦ Домперидон кунига 3 – 4 маҳал 20 мг.
 - ♦ Метоклопрамид кунига 4 маҳал 5 – 10 мг.дан ичиш учун, лекин бу препаратни узоқ вақт қабул қилганда домперидондан кўра кўпроқ ножўя таъсир кўрсатади.
- Специфик бўлмаган вариант: устунлик қилувчи белги аниқланмаганда прокинетик ва антисекретор воситаларни биргаликда буюриш.

Бошқа даво чоралари

- Хеликобактер инфекцияси борлиги тасдиқланган шахсларга эрадикацион терапия курсини тавсия этиш зарур.
- Антидепрессантлар функционал гастроэнтерологик касалликлар белгиларини сусайтиради.

ДАВОЛАШ БЎЙИЧА МУТАХАССИСЛАР МАСЛАҲАТИ

Даволаш ёрдам бермаганда, хавфли белгилар ривожланганда ва махсус муолажалар зарур бўлганда бемор гастроэнтерологга юборилади.

БЕМОРНИ ЎРГАТИШ

- Беморга ўтказиладиган диагностик ва даво муолажаларининг моҳияти тушунтирилади: яъни ёшликда хавфли белгиларсиз диспепсия камдан – кам ҳолларда ошқозон раки, асоратли яра касаллиги ва гастроэзофагеал рефлюкс касаллиги сингари жиддий ошқозон – ичак касалликлар билан боғлиқ бўлиши ҳамда диспепсияни қисқа дори – дармон курслари билан даволаш мумкинлиги.
- Даволаш наф бермаганда; 45 ёшдан катта, хавфли белгилари (қон кетиш, анемия, озиб кетиш ёки дисфагия) бўлган барча беморларда ФЭГДС ўтказилиши лозимлиги ўқтирилади.
- Кейинги текширув даволаш наф бермаган функционал диспепсия билан оғриган беморларга ўтказилади.

КЕЙИНЧАЛИК БЕМОРЛАРГА ҚАРАШ

- Даво самарадорлигини (диспепсия белгиларининг энгиллашишини) аниқлаш учун кейинги назорат ва керакли қўшимча текширувлар рўйхати тузилади.
- Функционал диспепсия хавфли белгиларсиз кечган беморларда бир турдаги дори моддалари самара бермаганда, бошқа гуруҳлар билан (прокинетиклар, гистамин H₂ рецепторлари антагонистлари, протон насос ингибитори) синовли даво ўтказилади.
- Ёш беморларда даволаш наф бермаганда ФЭГДС текшируви ўтказилади.
- Қон кетиш, озиб кетиш ва дисфагия эҳтимолини унутмаслик керак. Бу белгилар пайдо бўлганда беморни гастроэнтеролог маслаҳатига юбориш зарур.
- Эрадикация давосини олган беморларда *Helicobacter pylori* га текширувини такрорлаш керак.

ПРОГНОЗИ

Диспепсия билан касалланганларнинг 30 – 50 % бир йилдан кейин бутунлай соғаяди. Асоратсиз диспепсия билан касалланган ёш беморлар ичида хавфли касалликлар жуда кам учрайди.

ЗАРДА ҚАЙНАШИ

Зарда қайнаши – бу тўш суяги ортининг ачишиши бўлиб, уни оғриқ сезгиларидан фарқлаш керак. У кўпинча совуқ ва иссиқ ичимликлардан, цитрус шарбатларидан, алкоголь истеъмол қилишдан кейин кучаяди ва антацид препаратлари қабул қилгандан сўнг энгиллашади.

ХКК-10: R12 Зарда қайнаши.

- Зарда бошқа тўсатдан пайдо бўлган ёки хавфли белгилар билан бирга кузатилган пайтда (кўкрак қафасидаги ва қориндаги оғриқ, қон қусиш) ҳаётга хавф туғдирувчи ҳолатларни (юррак-томир касалликлари, оғир даражадаги эзофагит, асоратланган яра касаллиги) истисно қилиш керак.
- Зарда қайнаши безовта киладиган бошқа беморларни симптоматик даволаш зарур, мабодо оғриқ давомийлиги чўзилса, қўшимча текшириш ўтказилади. Одатда зарда – гастроэзофагеал рефлюкс касаллигининг асосий белгисидир.

Статистик маълумотлар

- Ривожланган давлатларда гастроэзофагеал рефлюкс белгиси сифатида зарда катта ёшли аҳоли ўртасида 20-40% ҳолларда учрайди • АҚШ даволаш муассасаларида соғлом ходимларнинг 7% ида зарда ҳар куни, 14% ида ҳар ҳафта кузатилган • Ҳомиладорлик пайтида зарда қайнаши нисбатан кўпроқ учрайди (20-40%) • Зарда қайнаши ва ошқозон-қизилўнғачнинг рефлюкси билан боғлиқ бошқа белгилари одам ёши ошган сари кучаяди • Зарда қайнашига шикоят қилиб, тиббий ёрдам сўраб келган беморлар сони унинг учрашига нисбатан жуда кам, шунинг учун гастроэзофагеал рефлюкс касаллиги тарқалишининг ҳақиқий даражасини аниқлаш имконияти йўқ.

Этиологияси

- Зарда одатда ошқозон-қизилўнғач рефлюкси оқибатида келиб чиқади. Бу белги қуйидаги ҳолатлар билан боғлиқдир ♦ Гастроэзофагеал рефлюкс касаллиги (эзофагит билан ёки эзофагитсиз) ♦ Қизилўнғач ҳаракат фаолиятининг бузилиши (ахалазия, қизилўнғач диффуз спазми, қизилўнғач сегментар спазми) ♦ Яра касаллиги ♦ Ошқозон бўшашининг бузилиши ♦ Ичак таъсирланиш синдроми ♦ Қизилўнғач ва ошқозон ўсмалари ♦ Диафрагманинг қизилўнғач тешиги чурраси.
- Рефлюкс кўп ҳолларда анатомик ўзгаришсиз пайдо бўлади. Диафрагманинг қизилўнғач тешиги чурраси рефлюкс белгилари билан биргаликда кечади.

Асоратлари

- Гастроэзофагеал рефлюкс одатда енгил кечади ва оғир асоратлар кузатилмайди.
- Сурункали бошқарилиб бўлмайдиган яллиғланиш қизилўнғач ясси эпителийсининг метаплазиялашган цилиндрик эпителийга айланишига олиб келиши мумкин (Баррет қизилўнғачи). Баррет қизилўнғачи эзофагит билан касалланган беморларнинг 8-20% да кузатилади, бу юқори даражада аденокарцинома ривожланиши билан боғлиқ.
- Сурункали ярали эзофагит стриктура ва дисфагияни келтириб чиқариши мумкин. Эзофагит барча ошқозон-ичак қон кетишларининг 7% ни ташкил этади. Қон кетиши деярли ҳамма вақт сурункали кечади ва камқонликка олиб келади.
- Эзофагит белгилари кам кузатилган рефлюкс касаллиги қизилўнғачнинг органик касалликларига олиб келмаслиги ҳам мумкин.
- Рефлюкс касаллиги айниқса болалар ва кекса кишиларда аспирация ва тез-тез қайталанувчи нафас йўллари инфекцияси билан боғлиқ бўлиши мумкин. Ҳозирги вақтда эзофагитнинг бронхиал астма патогенезидаги ўрни ўзининг етарлича тасдиғини топмаган.

Анамнез ва объектив текширув

Рефлюкс касаллигида учрайдиган белгилар:

- Клиник кўринишлари овқатланиш билан боғлиқ: кўп миқдордаги ёғли овқат, шоколад ейиш, кофе, алкоголь ичимликлари, аччиқ шарбатларни ичиш белгиларни кучайтиради, сут ва антацидлар эса аксинча уларни камайтиради.
- Эгилганда, оғир нарсалар кўтарганда, тор кийим кийганда ва горизонтал ҳолатда белгилар кучаяди.

- Зарда бошқа эзофагеал белгилар билан боғлиқ: кўкрак қафасидаги оғриқ, дисфагия, аччиқ ва ҳаво билан кекириш.
- Рефлюкс касаллиги бор беморларда кўпроқ қабзият, қорин димланиши, метеоризм кузатилади.
- Кекса беморларда нордон ошқозон суюқлиги аспирацияси билан боғлиқ тунги йўтал тутиш хуружлари бўлиши мумкин.
Рефлюкс касаллигида кам учрайдиган белгилар:
- Қориндаги оғриқ ва эпигастрал соҳадаги оғриқ кўпроқ яра касаллигига ёки шу соҳадаги бошқа органик касалликларга хос.
- Кўкрак қафасидаги зўриқиш билан боғлиқ оғриқ, кўпинча кардиоген характерга эга. Айрим вақтларда бир хил омиллар ҳам қизилўнгач, ҳам юрак томондан белгилар кучайишига сабаб бўлади. Нитратлар ҳам қизилўнгач билан боғлиқ оғриқларни камайтиради. Ўз навбатида, рефлюкс касаллиги ЮИК белгиларини кучайтириши мумкин.
- Дисфагия қизилўнгач моторикасининг бирламчи бузилишлари ёки органик зарарланиши билан боғлиқ.

Дастлабки ФЭГДС ўтказмасдан даволаш:

- Гистамин H_2 –блокаторлари, протон насос ингибиторлари (антацидлар ёки сукральфат) белгилари унча кучли булмаган 45 ёшгача бўлган беморларга буюрилади.
- Агар белгилар 3 ҳафтадан кўпроқ кузатилса ёки қайта такрорланса, ФЭГДС қилиниши шарт. Агар белгилар сабаби аниқланган бўлиб, лекин даволашдан сўнг қайта такрорланса, бу беморларга қайта даволаш курси буюрилади.

Бирламчи кўрик

- Барча 3 ҳафтадан ортиқ давом этган, ҳар куни ва тез-тез такрорланувчи зарда қайнаши кузатилган беморларга ♦ ФЭГДС ♦ умумий қон таҳлили ўтказилади.
- Биопсия билан ўтказилган ФЭГДС да рефлюкс - эзофагитни аниқлаш даражаси юқоридир.
- Макроскопик ўзгаришсиз бўлган эзофагит гистологик верификацияси аҳамиятга эга эмас.
- ФЭГДС ёрдамида зарданинг сабаблари, масалан яра касаллиги, қизилўнгач ва ошқозон ўсмасини тасдиқлаш ёки истисно қилиш мумкин.

Рефлюкс касаллигининг эндоскопик классификацияси

Даволаш усулини танлаш ва унинг давомийлиги эзофагит оғирлигига боғлиқ (эзофагитни эндоскопик кўриниши Лос-Анжелес классификацияси бўйича).

- **А** даражаси. Бир ёки бир нечта шиллиқ қават қисмларининг битта бурмаси билан чегараланган, узунлиги 5 мм. дан ортиқ бўлмаган зарарланиш (шиллик қават нуқсонни ёки эритема майдони аниқ чегараланган).
- **В** даражаси. Камида битта 5 мм. дан ортиқ бўлган зарарланган қисм, шиллиқ қаватнинг бир бурмасидан четга чиқмаган ва қўшни бурмаларга тарқалмаган.
- **С** даражаси. Шикастланиш шиллиқ қавати бурмаларининг иккита ва ундан кўпига тарқалган, лекин қизилўнгач доирасининг 75% камини эгаллаган.

• Д даражаси. Шиллиқ қават шикастланиши қизилўнгач доирасининг 75% кўп қисмига тарқалган.

• **Асоратлари.** Яра, стриктура, цилиндрик эпителий.

Кейинги текширишлар

• Агар, эндоскопияда эзофагит аниқланмаган, лекин беморда кескин ривожланган, қайталанувчи белгилар кузатилса (тўш соҳасида нокардиоген оғрик ёки аспирация белгиси), рефлюкс ёки қизилўнгач моторикаси бузилиши мавжудлигини тасдиқлаш керак.

◆ Қизилўнгач рН мониторинги рефлюкс умумий вақтининг узайишини аниқлайди (4,0 кам бўлган рН умумий вақтнинг 5% кўпини ташкил этиши).

◆ Муолажани ўтказишдан олдин пастки қизилўнгач сфинктерининг босимини аниқлаш зарур (керакли ускуналар булса).

◆ Қизилўнгач ҳаракати бузилишига шубҳа қилинса, у контраст модда билан рентгенография қилинади. Меъёр рентгенография ҳаракат бузилишининг энгил даражасини истисно қилмайди.

• Жисмоний зўриқишда бемор кўкрак қафасида оғрик пайдо булса ёки кучайса, юрак касалликлари борлигига шубҳа қилиш керак. Бу ҳолда қуйидаги текширишларни ўтказиш лозим ◆ кўкрак қафаси рентгенографияси ◆ ЭКГ ◆ велоэргометрия

ДАВОЛАШ

• Яққол ифодаланган белгиларни камайтириш.

• Эндоскопик кўринишнинг меъёрлашувига эришиш.

• Касаллик кескинлашиши олдини олиш.

• Асоратларни олдини олиш.

• Беморнинг ҳаёт тарзини меъёрлаштириш.

Дорилар билан даволаш

• Протон помпаси ингибиторлари билан узоқ вақт даволаш самарали ва хавфсиз.

• Тахминан 10% беморлар оператив даволашга мухтож бўладилар. Кўрсатмалар ◆ дорилар билан даволашнинг самарасизлиги ёки касалликнинг тез-тез кучайиб туриши ◆ эзофагит асоратлари: стриктуралар, Баррет қизилўнгачи ривожланиши билан кечувчи сурункали эзофагит, қон кетиши, аспирация белгилари.

Беморни кузатиш тактикаси

• Белгилар камайса ва энгил даражали эзофагитда эндоскопия билан назорат ўтказиш шарт эмас.

• Ўрта ва оғир даражали эзофагит тузалишини эндоскопик текширув билан назорат қилиш керак. Касалликнинг клиник манзараси ўзгарса ҳам бемор эндоскопия текширувидан ўтиши шарт.

• Баррет қизилўнгачида эндоскопик назоратни шиллиқ қавати битишига қарамай 2 йилда 1 марта такрорлаб туриш зарур. Баррет қизилўнгачи билан

касаланган беморлар аденокарцинома ривожланиши хавфи юқори бўлган гуруҳга киритилади.

- Эндоскопия ёрдамида эзофагитга хос ўзгаришлар аниқланмаганда рефлюкс касаллиги эндоскопик негативли ҳисобланиб, у рефлюкс-эзофагит сингари даволанади. Агар бемор ўзини яхши ҳис қилса, қайта эндоскопия ўтказиш ва кузатишни давом эттириш шарт эмас.

Қизилўнгач ҳаракати бузилишини даволаш

Гипермотор дискинезия, масалан қизилўнгач диффуз спазми куйидаги дори воситалари билан даволанади:

- Нитратлар
- ◆ нитроглицерин овқатдан олдин.
- ◆ изосорбит мононитрат овқатдан олдин.
- Цизаприд (қизилўнгач ҳаракатини тиклаш учун).
- Агар нитратлар билан даволаш самарасиз булса, кальций каналлари блокаторлари берилади, масалан нифедипин ёки дилтиазем. Шуни эсда тутиш зарурки, кальций каналлари блокаторлари рефлюкс белгиларини кучайтириши ҳам мумкин.
- Ахалазиянинг оптимал давоси бўлиб пневмодилатация (пневмокардиодилатация) ҳисобланади. У самара бермаса, шиллиқ ости миотомияси тавсия қилинади (Хеллер операцияси).

ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛ РЕФЛЮКС КАСАЛЛИГИ

Гастроэзофагеал рефлюкс касаллиги (ГЭРК) - қизилўнгачга ошқозон ширасининг қайта - қайта тушиши натижасида қизилўнгач дистал қисмининг яллиғланиши ва хос белгиларнинг ривожланиши. Эндоскопик позитив гастроэзофагеал рефлюкс касаллигида рефлюкс эзофагит эндоскопик аниқланади. Эндоскопик негатив гастроэзофагеал рефлюкс касаллигида эса эзофагитнинг эндоскопик белгилари бўлмайди.

Учраши. ГЭРК белгилари катта ёшдаги аҳолининг деярли ярмида, эндоскопик белгилари эса ушбу текширувдан ўтганларнинг 10%ида аниқланади. Баррет қизилўнгачи рефлюкс эзофагит билан касалланганларнинг 20% (аҳолининг 0,4%) да ривожланади.

Этиологияси • Диафрагманинг қизилўнгач тешигида ёки унинг атрофида ўтказилган хирургик муолажалари ◆ Ваготомия ◆ Ошқозон кардиал қисмининг резекцияси ◆ Эзофагогастростомия ◆ Ошқозон резекцияси ◆ Гастрэктомия • Диафрагманинг қизилўнгач тешиги чурраси • Ошқозон ва ўн икки бармоқли ичак яра касаллиги • Пилороспазм ёки пилородуоденал стеноз • Склеродермия • Экзоген интоксикациялар ◆ Чекиш ◆ Алкогол • Ҳомиладорлик ва ПКС тонусини сусайтирувчи дори воситалари ◆ Антихолинергик воситалар ◆ β_2 – адренорецептор агонистлари ва теофиллин ◆ Кальций каналлари блокаторлари ва нитратлар • Семизликда кардиал сфинктернинг етишмовчилиги • *Helicobacter pylori* чақирган гастрит.

Патогенези

ПКС дисфункцияси натижасида ошқозон – қизилўнғач рефлюкси ПКС дисфункцияси сабаблари ва вариантлари: • Тинчликда ПКС нинг сусайган тонуси • ПКС нинг давомли ва такрорланувчи бўшаши • Қорин ва ошқозон ичи босимнинг транзитор ошиши (метеоризмда, ич қотганда, семизликда, пилорик қисмнинг спазмида) • Ошқозонни овқатдан бўшашишининг кечикиши • Қизилўнғач ҳаракатининг ўзгариши • Ошқозон кенгайиши • Рефлюксга қарши тўсиқни қувватловчи механик омилларнинг кучсизланиши (диафрагма оёкчалари ва Хисс кардиал-қизилўнғач бурчаги) • Калта қизилўнғач.

Патологик анатомия • Ўзгаришлар асосан қизилўнғачнинг дистал қисмида жойлашади ♦ Чегараланган: (якка-якка эрозия ва яралар бўлиб, кўлишга мойил эмас) ♦ Диффуз ♦ Қўшиладиган, қизилўнғачнинг шиллиқ пардасини зарарлайдиган • Енгил ҳолатларда – шиллиқ парданинг мўътадил гиперемия ва шиши • Оғир кечишда – эрозиялар, яралар, чандиқлар, эпителийнинг цилиндр хужайрали метаплазияси (Баррет қизилўнғачи) • қизилўнғачнинг буйлама бужмайиши (Баррет синдроми) • 8-10% ҳолатларда яралар малигнизацияга учрайди.

Рефлюкс - эзофагит классификацияси • А даража – шиллиқ парданинг 5 мм гача бўлган, шиллиқ парданинг бурмалари билан чегараланган (бир ёки ундан куп) зарарланиш • В даража – шиллиқ парданинг 5 мм дан ортиқ қулган, бурмалари билан чегараланган (бир ёки ундан кўп) зарарланиш • С даража – шиллиқ парданинг икки ва ундан зиёд бурмаларга тарқалувчи, лекин қизилўнғач айланасининг 75% дан кам соҳани эгаллайдиган (бир ёки ундан кўп) зарарланиш • D даража - қизилўнғач айланасининг 75% ва ундан зиёд соҳани эгаллайдиган шиллиқ парданинг (бир ёки ундан кўп) зарарланиш.

Клиник манзараси • Зарда қайнаши – энг характерли белги (83%) бўлиб, нордон ошқозон ширасининг қизилўнғач шиллиқ пардасига давомли таъсири натижасида пайдо бўлади. арда қайнаши парҳез бузилганда, газли ичимликлар, алкоголь истеъмол қилганда, жисмоний зўриқишда, эгилган ва горизонтал ҳолатда кучаяди • Кекириш овқатдан, газли ичимликлар ичгандан кейин кучаяди • Овқат билан кекириш жисмоний зўриқишда ва регургитацияга олиб келувчи ҳолатда кучаяди • Ўтиб кетувчи характердаги дисфагия (қизилўнғачнинг гипермотор дискинезияси билан боғлиқ) • Эпигастрал соҳада ёки тўш ортидаги оғриқ овқат егандан кейин пайдо бўлиб, эгилганда ва горизонтал ҳолатда кучаяди • Камроқ одинофагия, ютинганда тикилиш ҳисси, кулоқ ва пастки жағда оғриқ, кўкрак қафасида оғриқ юзага келиб, унга жисмоний зўриқш туртки бўлади • ГЭРК нинг қизилўнғачдан ташқари белгиларига сурункали йўтал, пневмония, дисфония, бронхообструкция, тишлар эрозияси ва бошқалар кириб, қизилўнғач ва бошқа аъзолар ўртасидаги вагус рефлекси туфайли юзага келади.

Диагностика • Рентгенологик текширув бемор орқасига ётган ёки олдинга эгилган вертикал ҳолатда ўтказилиб, барий сульфатининг қизилўнғач дистал қисмига тушиши, эзофагит рентгенологик белгилари кузатилади • Эндоскопик текширув биопсия билан: турли даражали рефлюкс-эзофагит, ошқозон шиллиқ каватининг қизилўнғачга пролапси, қизилўнғачнинг чин кискариши, ошқозон ва/ёки дуоденал ширанинг қизилўнғачга тушиши, эндоскопик негатив ГЭРК да эзофагит белгилари бўлмайди • Эзофаготонокимография (монометрия) – сфинктер

эспиратор босимининг пасайиши, сфинктер деструктуризацияси, ПКС транзитор бушаш сонининг ошиши, қизилўнғач кўкрак қисмининг перистальтик қисқаришлар амплитудасининг пасайиши • кунлик рН-метрия даволаш эффективлигининг асосий назорат усули. Куйидагиларни баҳолаш тавсия этилади: Ётган ва турган ҳолатда пасайган кислоталикнинг умумий вақти ($\text{pH} < 4$); 1 кун давомида рефлюкслар умумий сони; давомийлиги 5 минутдан зиёд бўлган рефлюкслар сони; энг давомли рефлюкснинг давомийлиги • Ишқорий рефлюксларни аниқлаш учун билиметрия ўтказилади • Қизилўнғачнинг мотор-эвакуатор бузилишларини аниқлаш мақсадида сцинтиграфия ўтказилади • Омепразол синамаси ГЭРК нинг клиник белгилари 40 мг.омепразолни ҳар куни ичганда 3-5 кун ичида сусаяди • Бернстайн синамаси ГЭРК булса 0,1 N HCl эритмасининг қизилўнғачга киритилиши клиник белгиларнинг пайдо бўлишига олиб келади (эндоскопик негатив ГЭРК бўлганда ҳам).

ДАВОЛАШ

Дориларсиз даволаш • Ҳаёт тарзини ўзгартириш ♦ Чекишни ташлаш ♦ Тана вазнини меъёрлаштириш ♦ Ётганда бош қисмини баландроқ қилиш ♦ Қорин мушаклари таранглигига зўриқишни камайтириш • ПКС тонусини пасайтирувчи дори воситаларни қабул қилмаслик (нитратлар, кальций антагонистлари, теофиллин, прогестерон, антидепрессантлар) • Парҳез: Газ ҳо қилувчи, аччиқ, жуда иссиқ ёки совуқ овқатни чеклаш, алкоголь, ПКС тонусини пасайтирувчи маҳсулотларни истеъмол қилмаслик (пиёз, саримсоқ, қалампир, кофе, шоколад ва б.), кўп емаслик, охириги овқатланиш вақти 3-4 олдин бўлиши керак.

Дорилар билан даволаш 8-12 ҳафтадан кам бўлмай, кейин 6-12 ой давомида ушлаб турувчи терапия ўтказилади • Протон помпа ингибиторлари: (омепразол, лансопразол рабепразол) оддий ёки иккиланган дозада берилади. Оғир эзофагитда одатда уларни прокинетиклар билан бирга бериш зарур • Антацидлар ва алгинатлар ♦ одатда овқатдан 1,5 - 2 соатдан кейин ва кечаси ичишга тавсия этилади ♦ Белгилар ўртача намоён бўлганда самарали • Прокинетиклар – домперидол, метоклопрамид.

Хирургик даво • Оператив даволашга кўрсатмалар ♦ ГЭРК нинг асоратлари (қизилўнғач стриктуралари, такрор қон кетишлар, Баррет қизилўнғачи) ♦ Ёш беморларда медикаментоз давонинг (6 ой давомида) самарасизлиги ♦ ГЭРК нинг адекват антирефлюкс терапияга жавобсиз бўлган бронхиал астма билан келиши ♦ Антирефлюкс операциялар, масалан, Ниссен бўйича фундопликация.

Асоратлари • Қизилўнғачнинг яхши сифатли стриктураси • Қизилўнғачнинг яраланиши • Қизилўнғачнинг яраланган шиллик пардасидан яширин қон кетишидан профуз қон оқишигача • Қизилўнғачнинг чандиқли ўзгариши: унинг қисқариши ва стенозигача • Ларингоспазм • Ўпка аспирацияси • Баррет қизилўнғачи.

ҚИСҚАРТМА. ЭРК - гастроэзофагеал рефлюкс касаллиги. ПКС - пастки қизилўнғач сфинктери.

ХКК - 10: К 21- Гастроэзофагеал рефлюкс.

ИЛОВА • Баррет синдроми – қизилўнғачнинг пастки бўлимида кардиал қисмининг шиллиқ парда эпителийсини эслатувчи сурункали пептик яраси. Одатда гастроэзофагеал рефлюкс натижасида ривожланади.→Баррет қизилўнғачи

• **Баррет қизилўнғачи** - қизилўнғач дистал қисмининг шиллиқ пардасининг ингичка ичак эпителийсига метаплазияси кўринишидаги ГЭРК нинг асорати. Баррет қизилўнғачи рак олди ҳолат ҳисобланади • **Шатцки халкалари** - қизилўнғач пастки учлигида жойлашган бўшлигини торайтирадиган ёки ёпадиган парда тўсиғи. Этиологияси номаълум касаллик. Бу касаллик одатда ошқозон қизилўнғач рефлюкси бўлган беморларда учрайди. **Диагностикаси** – барий сульфатидан фойдаланиб ўтказилган рентген контраст текшируви. Бу текширув қизилўнғач пастки қисмидаги констрикция борлигини тасдиқлайди.

Даволаш - қизилўнғач дилатацияси ва антирефлюкс операцияси. **Кечиши** сурункали, кучаювчи.

Синоними. Қизилўнғач пастки қисми ҳалка синдроми.

ХКК – 10 :Q 39.4 Қизилўнғач тўсиғи.

ҚИЗИЛЎНҒАЧНИНГ ДИФФУЗ СПАЗМИ

Қизилўнғачнинг диффуз спазми – бу қизилўнғач деворининг спастик қисқариши туфайли келиб чиққан касаллик бўлиб, бунда одатда қизилўнғач пастки сфинктерининг қисқариш қобилияти меъёр сақланади.

Касаллик зўрайганда эзофагоспастик классик кардия ахалазиясига ўтиши мумкин.

Учраши – қизилўнғачнинг барча ҳаракат бузилишларининг 6% ни ташкил этади.

Этиологияси • Бирламчи (идиопатик), сабаби – асаб тизимининг органик бузилишлари • Иккиламчи (рефлекторли) висцеро-висцерал рефлекслар туфайли келиб чиқади, бошқа касалликлар билан бирга кечади.

Клиник манзараси • Қўқрак қафасидаги оғриқ ♦ Оғриқ елка, бўйин, кулоқ, пастки жағ ва қўлларга тарқалади ♦ Овқат қизилўнғачдан ўтаётганда юзага келади • Овқат ейишдан бошқа вақтда пайдо бўлади (бундай ҳолатлар стенокардия оғриқларидан фарқ қилиниши керак) • Дисфагия: доимий эмас ва кўпинча парадоксал характерга эга • Невроз ривожланиши мумкин.

Диагностика • Рентгенологик текширув ♦ 50% ҳолларда патология аниқланмайди ♦ Қизилўнғачнинг «тасбеҳсимон», «штопор» кўринишидаги деформациясини, сохта дивертикулларни кузатиш мумкин ♦ Перистальтика нотекис ва мунтазам эмас • Текшириш вақтида тўш ортидаги кучли оғриқлар туфайли ФЭГДС ўтказиш қийинлашади • Эзофаготонокимография (қизилўнғач манометрияси) ♦ Қизилўнғач деворининг турли шакл ва амплитудадаги тўлқинлар кўринишида спастик қисқаришлари ♦ Эзофагоспазмни ахалазиядан фарқ қилишга имкон берувчи меъёр перистальтика эпизодлари ♦ Қизилўнғач пастки сфинктерининг рефлексор бўшашиши ♦ Қизилўнғач пастки сфинктерининг тўлиқ булмаган релаксацияси (тахминан 30 % беморларда) ♦ Ацетилхолин ва карбахолин билан ўтказилган диагностик фармакологик синама манфий.

ДАВОЛАШ

Парҳез. Овқат лукмаси ўтганда оғриқ юзага келмаслиги учун суяқ ва бутқасимон овқат тавсия этилади.

Консерватив даволаш 50% ҳолларда муваффақиятли • Антихолинергик воситалар • Нитратлар (қисқа ва узоқ таъсир кўрсатувчи) • Кальций канали блокаторлари • Гидралазин - перистальтика амплитудасини камайтириш учун • Қизилўнғачни бужлаш • Қизилўнғач бўшлиғини баллонли кенгайтириш.

Оператив даволаш эмоционал барқарор беморларда яхши натижа беради, бунда ошқозон ичак йўли пастки булимларида патология булмаслиги керак. Қолган ҳолларда самараси юқори эмас. **Операциялар:** эзофагомиотомия, антирефлюкс операцияси.

Синонимлари: • Эзофагоспазм • Эзофагизм.

Қискартиришлар: ҚПС-қизилўнғач пастки сфинктери.

ХКК - 10. К22.4 Қизилўнғач дискинезияси.

ЙЎҒОН ИЧАК ЯЛЛИҒЛАНИШ СИНДРОМИ

Йўғон ичак яллиғланиши синдроми – ошқозон-ичак йўли фаоллигининг бузилиши бўлиб, унинг пастки бўлимлари шикастланиши билан намоён бўлади; асосий белгилари – қориндаги оғриқ, қабзият, диарея. Клиникаси деярли ҳамма вақт бемор уйғоқлигида ва стресс ҳолатида ёки овқат еяётганида пайдо бўлади. **Учраши** • умумий популяциянинг 14 - 30 % (болалар ва ўсмирларда кам учрайди), касалликнинг ўсиши – йилига 1 %, 30 - 40 ёшлиларда касаллик энг кўп учрайди. Кўпроқ аёлларда учрайди (3:1).

Этиологияси ва патогенези. Ошқозон ичак йўли лиқ мускул хужайралари (СМХ) ёки нейрогуморал регуляцияда нуқсонларнинг мавжудлиги.

Клиник манзараси • Касалликнинг кечиш вариантлари ♦ Кўп ҳолларда диарея – сурункали интермиттирловчи диарея билан кечади ♦ Кўпинча қабзият ва қоринда оғриқ ♦ Диарея ва қабзиятнинг навбатма - навбат келиши ♦ Хусусан ичак фаолиятининг бузилиши ♦ Қориндаги турли даражадаги (чидаб булмас санчиққа қадар) оғриқ (80 - 90 % ҳолатларда), диффуз ёки эпигастраль соҳада, қориннинг пастки қисмида, сигмосимон ичак йўлида оғриқ (қўл билан пайпаслаб кўрганда таранглашган, оғриқли, нажас билан тўлган ичакни сезиш мумкин), овқат ейиш, стресс, жисмоний иш билан боғлиқ, эрталаб ёки кундузи пайдо бўлади, дефекациядан кейин ёки газ чиқиб кетгандан кейин оғриқ пасаяди. Уйқу вақтида ва ётганда оғриқ интенсивлиги камаяди ёки умуман оғриқ бўлмайди ♦ Ич келишининг бузилиши, қабзият, диарея ёки уларнинг кетма-кет келиши ♦ Аҳлатда шиллик бўлиши, қон йўқлиги ♦ Ичакнинг тўлиқ бўшамаганлигини ҳис қилиш ♦ Уйқу вақтида оғриқ ҳам, дефекацияга чақириқ ҳам пайдо булмайди ♦ Метеоризм • Носпецифик белгилар ♦ Кўнгил айниши, қайт қилиш, зарда қайнаши, овқат егандан сўнг эпигастраль соҳада нохушлик сезиш ♦ Бош оғриғи ♦ Ноадекват асаб - вегетатив реакциялар ва улар билан боғлиқ юрак уришининг кучайиши, чарчоқ, дармонсизлик, уйқусизлик, сержаҳллик, парестезия ♦ Депрессия, безовталаниш ♦ Ўтиборни жамлаб булмаслиги.

Лаборатор диагностикаси. Органик патологияни истисно этиш учун ошқозон-ичак трактини тўлиқ текшириш зарур • Қоннинг тўлиқ таҳлили • Сийдикнинг

умумий тахлили • Копрограмма – нажасда яширин қон, гижжа тухуми, паразитлар ва микроорганизмлар патоген культурасини ажратиш тахлили; нажас массасида лейкоцитлар борлигини аниқлаш учун суртма (агар мусбат жавоб олинса кейинчалик яллиғланиш жараёни манбаини аниқлаш).

Махсус текширувлар. Патологик ўзгаришлар йўқ • Қорин бўшлиғи УТТ • Ирригография • Зарурият бўлганда ФЭГДС • Колоноскопия – аппарат киритилганда ва ҳаво юборилганда кўпинча ичак спазми ва оғриқ пайдо бўлади; кучсиз гиперемия ва анчагина шиллиқ борлигини аниқлаш мумкин.

Олиб бориш тамойили

- Бемор кўтара олмайдиган маҳсулотларни истисно қилган ҳолда парҳез.
- Беморга психоэмоционал таъсир кўрсатиш, баъзи ҳолларда психотерапевт билан ҳамкорликда иш олиб бориш даркор ♦ Седатив препаратлар, транквилизаторлар ♦ Антидепрессантлар.

- Ичак фаолияти бузилишини коррекциялаш.

- ♦ **Қабзият синдроми** – ўсимлик клетчаткасига бой парҳез (мева ва сабзавотлар, денгиз карами, сули, ўстирилган буғдой донлари, кепакли нон), етарлича микдордаги суюқлик (кунига камида 1,5 литр). Ич сурадиган воситалар ва ҳукна тайинлаш мақсадга мувофиқ эмас ♦ **Диарея синдроми** – лоперамид, аввалига 4 мг. дозада, кейин ҳар бир суюқ ич кетишидан сўнг 2 мг. дан ёки ҳар бир суюқ ич кетишидан кейин 2,5 - 5 мг. дан дифенокат – атропин ♦ Парҳезни коррекциялаш (нордон сут маҳсулотлари, ўсимлик клетчаткаларига бой маҳсулотлар, олигосахаридлар, антиоксидантлар).

- Оғриқ синдромини қолдириш, ошқозон ичак тракти лик мушаклари тонусини ва уларнинг қисқарувчанлик хусусиятини пасайтириш учун ♦ Миотроп таъсир кўрсатувчи спазмолитиклар, масалан дротаверин, папаверин гидрохлорид, бенциклан ♦ М - холиноблокаторлар – атропин, адифенин, пирензипин ♦ Психоседатив ва антихолинергик таъсир кўрсатувчи препаратлар (беллатаминал, белласпон ёки амитриптилин [уйқудан олдин 25-50 мг.]) ♦ Ичак лик мускул ҳужайраларидаги кальций каналлари блокаторлари – пинаверия бромид кунда 50 мг. дан 3 маҳал ♦ Ичакдаги опиат рецепторлари агонисти – тримебутин кунда 100 – 200 мг. дан 3 маҳал.

Касалликнинг кечиши ва прогнози. Яллиғланиш жараёни ёки саратон ривожланишига қадар кучайиб кетмайди. Стресс ҳолатларда касаллик қайталаниши мумкин. Ёш ўтиши билан касаллик қайталаниши кўпаяди.

Синонимлари • Шиллиқ билан қопланган санчиқ • Шиллиқ қаватли колит.

ХКК - 10 • К58 Яллиғланган ичак синдроми.

ИЧАКНИНГ СУРУНКАЛИ ЯЛЛИҒЛАНИШ КАСАЛЛИКЛАРИ

Носпецифик ярали колит – сабаби номаълум сурункали яллиғланиш касаллиги бўлиб, йўғон ичак шиллиқ пардасининг ярали – некротик ўзгаришлари билан характерланади.

Псевдомембранозколит – йўғон ичакнинг ўткир оғир касаллиги бўлиб, антибактериал терапиянинг асорати сифатида ривожланади.

Крон касаллиги – ошқозон ичак тракти турли булимларининг сабаби номаълум носпецифик яллиғланишли зарарланиши бўлиб, у сегментарлик, қайталаниб туриш, яллиғланган инфилтратлар ва чуқур бўйлама яралар ҳо бўлиши, кўпинча асоратлар юзага келиши билан характерланади. Ошқозон ичак тракти қисмларини зарарланишига кўра касалликнинг ингичка ичак, йўғон ичак ва аралаш шакллари фарқланади.

ХКК – 10 • К50 - 52 Ноинфекцион энтерит ва колит.

Асосий ҳолатлар

- Қоринда қайталаниб турувчи оғрик, тана оғирлигининг камайиши, қайталанувчи ёки сурункали (қонли) диарея кузатиладиган беморларда ичакнинг сурункали яллиғланиш касалликларини шубҳа қилиш керак.

- Яшин тезлигида кечувчи колити бўлиб, шифохонада даволаш лозим бўлган беморларни аниқлаш керак.

- Ичакларида яллиғланиш касалликлари бўлган беморларда малигнизация хавфи борлиги туфайли, бундай беморларни узоқ вақт кузатишни ташкиллаштириш лозим.

Статистик маълумотлар

- Носпецифик яралли колит билан касалланишнинг янги ҳолатлари 100000 аҳолига 8 та, тарқалиши эса 100000 аҳолига 200 тани ташкил этади.

- Крон касаллиги ва носпецифик яралли колит тарқалиш нисбати ўртача 1:3 ни ташкил этади.

Текширув

- Текширув ўтказишда асосан сигмоскопия ёки колоноскопия қўлланилади. Бу текширувлар деярли барча ҳолатларда носпецифик яралли колитни аниқлаш имконини беради, ваҳоланки Крон касаллигида йўғон ичак шиллик қавати меъёр ҳолатда бўлади. Ичакнинг яллиғланиш касалликларига шубҳа бўлган барча ҳолатларда биопсия ўтказиш шарт, ҳаттоки шиллик қаватда ўзгаришлар бўлмаса ҳам.

- ◆ Крон касаллигида диагнозни тасдиқлайдиган гранулёмалар кўпинча ташқи кўриниши ўзгармаган шиллик қават биоптатида аниқланади.

- Биринчи тиббий ёрдам кўрсатиш муассасасида сигмоскопия ўтказиш имконияти булмаганда биопсия ректороманоскопия вақтида амалга оширилади; биоптатни гистологик текширувида яллиғланиш белгилари аниқланади.

- Колоноскопия ёрдамида барча беморларда яллиғланиш жараёнининг тарқалиши аниқланиши керак, тўғри ичак билан чегараланган енгил даражадаги колит билан оғриган беморлар бундан мустасно (сигмоскопияда тасдиқланганда).

- Крон касаллигига шубҳа бўлганда барийли оҳакни пассажи қилиш билан икки тарафлама контрастли рентгенография ўтказилади.

Дифференциал диагностика

- Инфекцион колит (нажасни экиш, шиллик қават биопсияси).

- *Clostridium difficile* натижасида келиб чиққан диарея, шунингдек антибиотиклар ичиш натижасида келиб чиққан диарея турлари.

- Ишемик колит (50 ёшдан ошган беморларда қоринда оғрик ва кейинчалик қонли диарея билан кечади).
- Нур терапияси олгандан кейин пайдо бўладиган колит (хатто бир неча йилдан кейин).
- Периапендикуляр абсцесс (кўпинча уни пайпаслаб кўриш мумкин).
- Ўсма жараёни.
- Дивертикулит (дивертикуллар ичак ирригоскопияси ёки колоноскопияда аниқланади: шиллиқ қават ўзгармаган, жараён кўпинча йўғон ичакнинг чап ярми билан чегараланган).
- Ярали колит ва Крон касаллиги дифференциал диагностикаси қуйидаги жадвалда келтирилган:

Белгилари	Ярали колит	Крон касаллиги
Қоринда оғрик	+	+++
Диарея	+++	++
Нажасда қон бўлиши	+++	+
Роктит	+++	+
Тўғри ичак оқмаси	-	+
ЭЧТ баланд бўлиши	+	+++
Қорин пайпаслашсида оғриқли ҳоа	-	+

ДАВОЛАШ

Дорилар билан даволаш

- Проктитда ва дистал колитда танлов препарати сифатида сульфасалазин ёки месалазин кунига 2 - 3 маҳал.
- Даволашнинг кўшимча усулларига дори препаратларини шамча ва клизма ҳолатларда юбориш киради ♦ аминосалицил кислотали клизмалар (танлов препарати) ♦ Преднизолон билан клизмалар ♦ Гидрокортизонли губка ♦ Будесонидли клизма ♦ Проктитда сульфосалазин ёки месалазинли шамчалар.
- Симптоматикани бошқа усуллар билан бартараф этиш мумкин бўлмаган ҳолларда глюкокортикоидларни системали киритиш қисқа курсларидан фойдаланилади. Глюкокортикоидлар Крон касаллиги қайталаниши сонини сезиларли даражада камайтирмайди ● Сульфасалазинни ёки месалазинни касаллик қайталаниб туришининг олдини олиш учун узоқ вақт мобайнида қабул қилиш керак. Дистал колитда бир неча йиллардан сўнг гистологик текширувда яллиғланиш белгилари аниқланмаса дори воситаларини ичишни тўхтатиш мумкин. Шунингдек, ремиссияни сақлаб туриш учун азотиопринни қабул қилиш самаралидир.
- Умум амалиёт шифокори керакли текширувлардан сўнг (эндоскопия ва биопсия) даволашни бошлаши мумкин. Имконият бўлган пайтларда колоноскопия ёки лейкоцитар сцинтиграфия ўтказилади. Даволаш самарали бўлганда, бу текширув натижалари даволаш бошлангандан сўнг бир неча hafta ўтгач меъёрлашади. Беморга қараш учун кейинги тактикани танлашда мутахассис маслаҳати зарур.

Баъзи бир мамлакатларда ичакнинг яллиғланиш касаллиги билан оғриган беморларни кузатиб бориш ва даволашни ихтисослаштирилган тиббиёт муассасалари шифокорлари амалга оширадилар, улар беморга дори-дармон буюришни назорат қилиб турадилар.

- Енгил даражадаги рецидивни умум амалиёт шифокори даволаши мумкин. Давони сульфасалазин кунига 3–4 г.дан, месалазин 800 мг.дан кунда 3 – 4 маҳал. Ҳафта давомида дозани ошириш мумкин.

- Ўрта оғирликдаги клиник кўринишларда (қонли диарея) 1-2 ҳафта мобайнида кунда 30 - 40 мг. дан преднизолон бериш керак, кейинчалик доза 4-8 ҳафта давомида камайтириб борилади.

- Оғир ҳолларда метотрексат, ципрофлоксацин ва иммуносупрессив терапия (азатиоприн, циклоспорин, баъзи ҳолларда метотрексат) тавсия этиди. Беморни мутахассис даволаши ва кузатиши лозим.

Мутахассис маслаҳатига кўрсатмалар

- Касаллик қайталанганда даво бошлангандан кейин 1 - 2 ҳафта ичида кучли клиник кўринишлар камаймаса
- глюкокортикоидлар қабул қилишни 2 ойдан сўнг тўхтатиб бўлмаса
- ҳомиладорлик, ҳатто симптоматика бўлмаса ҳам
- ичакдан ташқари белгилар (жигар, тери, бўғимлар, бел соҳаси, кўз зарарланиши).

Ичакдан ташқари белгилар

- Бўғимлар (периферик артрит, анкилозланувчи спондилит)
- Тери ва шиллик қаватлар (тугунли эритема, афтоз стоматит, гангреноз пиодермия)
- Кўз (эписклерит, ирит, увеит)
- Жигар (жигар ёғли дистрофияси, сурункали гепатит, склерозланувчи холангит, перихолангит, холангиокарцинома)
- Бошқа кўринишлар (аутоиммун гемолитик анемия, вена тромбозлари).

Кузатиш

- Зарурият бўлганда жараён фаоллигини назорат қилиш учун колоноскопия ўтказилади.

- Малигнизация хавфи бўлганлиги туфайли, носпецифик ярали колит билан оғриган беморларда дисплазияни ўз вақтида аниқлаш учун 8 йил давомида ҳар 1-2 йилда колоноскопия ўтказилиб турилади. Юқори даражадаги дисплазияда хирургик даво тавсия этилади.

- Адекват кузатувни таъминлаш учун бемор диспансер назоратида туриши керак.

- Шуни эсда тутиш керакки, Крон касаллигида ҳам малигнизация хавфи худди носпецифик ярали колитники сингари бўлади.

- Беморни назорат текширувларидан ўтказганда касалликнинг ичакдан ташқари кўринишларини, масалан бўғимлар, умуртқа поғонаси, кўз шикастланиши кабиларни аниқлашга эътибор қаратиш лозим.

- Одатдаги лаборатория текширувлари ЭЧТ, СРО, лейкоцитар формулани умумий қон таҳлили, АЛТ таркибини аниқлаш, ишқорли фосфатаза, қон зардобиди альбумин миқдорини аниқлашни ўз ичига олади.

Қўшимча маълумотлар

- Крон касаллигида парҳезни глюкокортикоидли даво билан бирга олиб бориш самаралидир.
- Унча катта бўлмаган текширув маълумотларига кўра, ёнбош ичакдан сунъий ҳо қилинган қоп яллиғланишида метронидазол самаралидир; бу ҳолатда эубиотикларни ичиш эса сурункали яллиғланишида ремиссияни таъминлайди.

ПСЕВДОМЕМБРАНОЗ КОЛИТ

Псевдомембраноз колит – йўғон ичакнинг ўткир ва оғир касаллиги ҳисобланиб, антибактериал даволашнинг асорати сифатида ривожланади. **Учраши.** Антибактериал воситалар билан даволанганлар орасида 6,7: 100 000 нисбатда учрайди • Шифохонада даволанаётганларнинг 10-20% Clostridium difficile аниқланади. Устувор учрайдиган еш 40 – 75.

Этиологияси • Катта ёшдаги аҳоли орасида Clostridium difficileни ташиб юриш 2-3% ни ташкил этади. Clostridium difficileнинг кўпайиш шароити - анаэроб муҳит ҳамда меъёр ичак флораси ривожланишининг бузилишидир • Касаллик ичак микрофлорасининг ривожланишини камайтирувчи турли хил антибиотикларга нисбатан Clostridium difficile чидамлилиги натижасида пайдо бўлади. Рақобатнинг йўқлиги Clostridium difficileнинг тезкор кўпайиши ва токсинларнинг ажралишига шароит яратади • Кўпинча колитни клиндамицин, линкомицин, цефалоспорин, тетрациклин, эритромицин каби дори воситалари чақиради. Антибактериал воситаларни қабул қилиш усули ҳеч қандай аҳамият касб этмайди. Воситани оғиз орқали қабул қилишда (микрофлорага таъсир этишдан ташқари) антибиотикнинг ичак деворига маҳаллий таъсир этиши кузатилади.

Хавфли омиллар • Антибиотикларни узок вақт давомида қабул қилиш • Химиятерапия – фторурацил, метотрексат, комбинациялашган воситалар • Ичакларни хирургик даволаш • Уремия • Ичак ишемияси • Суяк илигининг трансплантацияси.

Клиник манзараси • Белгилар антибактериал терапия бошлангандан сўнг 3 кундан то 4 ҳафтагача бўлган муддатда ривожланади • Бадбўй хидли суюқ диарея; баъзида қон аралаш (ичаклар шиллик пардасининг эррозив-геморрагик ўзгариши ривожланишида) кузатилади. Аҳлат ажралиши этиологик аҳамиятга эга бўлган антибиотик қабул қилишни тухтатгандан сўнг ҳам кўпайиши мумкин. Дефекациядан кейин йўғон ичак соҳасида, яъни қориннинг пастки қисмида тутқаноқсимон оғриқлар кузатилади • Тана ҳароратининг кўтарилиши (то 38° даражасигача). Дегидратация ва электролит бузилишлари – касаллик оғир кечишининг белгиси ҳисобланади. Токсик мегаколон ва йўғон ичакнинг тешилиши хирургик давони талаб этадиган лекин кам учрайдиган жиддий асоратдир.

Диагностикаси

- Периферик қоннинг тахлили, лейкоцитоз, лейкоцитар формуланинг чапга жиши
- ◆ Гипоальбуминемия.

- Clostridium difficilening бўлганлигини тасдиқлаш. Нажасни бактериологик текшириш ҳамда унда Clostridium difficile ning токсинини аниқлаш. Специфик антитоксин билан нейтрализациялашган цитопатик токсин борлиги (аниқланадиган муҳитда) тасдиқланса, синама мусбат ҳисобланади. Касаллик оғирлигига қараб мусбат натижа 20-90% ҳолларда кузатилиши мумкин.
- Колоноскопия – юмшоқ, аммо шиллиқ парда билан зич бириккан лейкоцитлар ва ажралган некротик эпителиал ҳужайралардан иборат фибриннинг сарғимтир-оқ пиллакчасимон мембраналарнинг аниқланиши. ўзгаришлар кўпроқ тўғри ичак ва чамбар ичакнинг дистал қисмларида аниқланади ♦ Хусусиятли белгиси – шиллиқ парда соҳаларининг псевдомембраноз қопламлар тагида, зарарланган соҳалар орасида кўприкчалар кўринишида сақланишидир. Шиллиқ парда шишган, аммо яраланмаган. Псевдомембранани олиб ташлаш учун уринганда, қон кетиш пайдо бўлиши мумкин. Гистологик текшириш диагностик аҳамиятга эга бўлсада, лекин унинг натижасига кўра ҳар доим ҳам псевдомембраноз колитни носпецифик яралли ёки ишемик колитдан ажратиш бўлмайди.
- Қорин бўшлиғи обзор рентгенографиясида йўғон ичакнинг димлаш белгиси кузатилади • Ирригография ♦ Йўғон ичак қонтурларининг тишчасимон ҳолда бўлиши шиллиқ парда яралари билан боғлиқ бўлган ёки барийнинг бўртиб чиққан юзаси орасида оқиб чиққан псевдомембраналарнинг борлиги билан ифодаланади ♦ Ичак деворларининг шишиши, қаватларининг кенгайиши, гаустрациянинг бузилиши кузатилади.

Дифференциал диагностикаси • Носпецифик яралли колит • Крон касаллиги • Ишемик колит • Йўғон ичак таъсирланиш синдроми • Юқумли этиологияли колитлар.

Даволаш тактикаси • Ҳаётини кўрсатмалар бўлмаган барча ҳолатларда касаллик пайдо бўлишига сабаб бўлган антибиотик воситаларни бекор қилиш • Clostridium difficilening элиминациясига қаратилган этиотроп терапия. Ванкомицин 125 мгдан кунига 4 маҳал, ичишга, 7-10 кун давомида. Зарур бўлганда дозаси 500мгдан кунига 4 маҳал миқдорида оширилиши мумкин. Метронидазол 500мгдан кунига 2 маҳал ичишга ёки 7-10 кун давомида вена ичига • Сув-электролит мувозанатини ва метаболик бузилишларни даволаш. **Эубиотиклар** - юқори дозадаги пробиотикларни (бифиформ, бифидобактериялар, бифидум ва б.к.) қўллаш. Одам фекал флорасига монанд бактериал аралашмаларни буюриш; турли аралашмалар, клизмалар, назодуоденал зонд ёки колоноскоп ёрдамида юбориллиши мумкин. Фекал флоранинг бактериацид таъсири натижасида, Clostridium difficile сабабли пайдо бўлган ва диареяга шикоят қиладиган беморларнинг 95% га касаллик белгиларининг бартараф этилишига эришилади. Даволовчи ҳамиртуруш (Saccharomyces boulardi, Энтерол препарати) Clostridium difficile штамларига нисбатан антагонистик ва антитоксик таъсирга эга. Кунига 1 капсуладан 3 маҳал ичишга буюрилади.

Хирургик даво. Оғир асоратлар ривожланаганда (ичак тешилиши ёки йўғон ичакнинг ўткир токсик кенгайиши) тотал колонэктомия ёки илеостомия операцияси бажарилади.

Асоратлари • Йўғон ичакнинг токсик кенгайиши • Йўғон ичак ёрилиши • Оғир мальабсорбция синдроми.

Кечиши • Касалликни вақтида аниқлаш, антибиотикларни ўз вақтида бекор қилиш ва монанд даво чораларини ўтказиш соғайишга олиб келади.

Синонимлар • Псевдомембраноз энтероколит • Шиллиқ санчиғи • Ичак шиллиқ қавати санчиғи • Псевдомембраноз шиллиқли санчик • Пардали колит • Шиллиқли пардали колит • Шиллиқли колит.

ХКК-10 • **A04.7** Clostridium difficile чақирган энтероколит.

НОСПЕЦИФИК ЯРАЛИ КОЛИТ

Носпецифик ярали колит (НЯК) – этиологияси номаълум йўғон ичакнинг сурункали яллиғланиш касаллиги бўлиб, шиллиқ парданинг ярали – некротик ўзгаришлари билан характерланади.

Касаллик ҳамма вақт йўғон ичакдан бошланиб, проксимал йўналишдан тарқалади. Йўғон ичакнинг тотал зарарланиши 25% ҳолларда учрайди. Оғир ҳолларда зарарланиш ичак деворининг шиллиқ ости, мушакли ва сероз пардаларигача тарқалиши мумкин. Яллиғланган псевдополипоз ва шиллиқ парда крипталарини яраланиши, қон кетиш, йўғон ва тўғри ичакларда яраларнинг пайдо бўлиши хос. Касаллик кўп ҳолларда анемия, гипопропротеинемия ва электролит дисбалансини чақиради, баъзи ҳолларда перфорация ёки чамбар ичак раки пайдо бўлишига олиб келади.

Учраши – 2 – 7: 100.000. Касалланишнинг 2 чўққиси – 15 – 30 ёш (юқори чўққи) ва 50 – 65 ёш (пастки чўққи). Устувор жинс – аёллар.

Классификацияси • Клиник кечишига кўра ♦ Ўткир форма ♦ сурункали қайталанувчи ♦ Сурункали узлуксиз • Оғирлик даражасига кўра ♦ Енгил даражаси ♦ Нажас кунига 4 маҳал ва ундан камроқ, бўтқасимон ♦ Нажас таркибида оз микдорда қон аралашган ♦ Тана ҳароратининг кўтарилиши, тахикардия, камқонлик хос эмас; тана массаси ва ЭЧТ ўзгармайди ♦ Оғир кечиши ♦ Нажас кунига 20 – 40 маҳал, суюқ ♦ Нажас кўпинча қон аралаш ♦ Тана ҳарорати 38⁰С ва ундан юқори ♦ Пульс минутига 90 ва ундан кўп ♦ Тана вазнининг 20% ва ундан ортиқга камайиши ♦ Яққол ифодаланган камқонлик ♦ ЭЧТ 30 мм/соат ва ундан ортиқ ♦ Ўртача оғир кечиш ўзида енгил ва оғир даража орасида бўлган белгиларни мужассамлаштиради.

КЛИНИК МАНЗАРАСИ

- Касаллик бошланиши ўткир ёки аста – секин бўлиши мумкин.
- Асосий белги – қон, йиринг, шиллиқ аралаш, суюқ нажас, тенезм ва дефекацияга сохта чақириқлар билан биргаликда. Ремиссия вақтида диарея тез тўхташи мумкин, аммо нажас одатда бўтқасимон, кунига 3 – 4 марта шиллиқ ва қон аралаш бўлади.
- Қоринда тўлғоқсимон оғриқ. Кўпинча бу сигмасимон, чамбар ва тўғри ичаклар соҳаси, кўпинча – киндик ва кўричак соҳасида кузатилади. Одатда дефекация олдидан оғриқни кучайиши ва ич келгандан кейин пасайиши хос. Оғриқ локализацияси зарарланган жойга боғлиқ бўлади.

• Бошқа аъзо ва тизимлар зарарланиши мумкин ♦ Тери ва шиллик пардалар: дерматит, афтоз стоматит (5–10%), гингивитлар ва глосситлар, тугунчали (1–3%) ва мультиформли эритема, гангреноз пиодермия (1–4%), оёқлардаги яралар хос ♦ Артралгия ва артрит (15–20% ҳолатда), шу жумладан спондилит (3–6%) ♦ Офтальмологик асоратлар (4–10%): эписклерит, увеит, иридоциклит, конъюнктивит, катаракт, кўриш нервнинг ретробульбар неврити, роговица яралари хос ♦ Жигар: ёғли гепатоз (7–25%), цирроз (1–5%), амилоидоз, бирламчи склерозирловчи холангит (1–4%), сурункали фаол гепатит.

Лаборатор текширишлар • Периферик қон таҳлили ♦ Камқонлик (постгеморрагик – қон йўқотиш натижасида; яширин яллиғланишга суяк илигининг реакцияси; темир, фолат кислотаси, витамин В₁₂ сўрилишининг бузилиши) ♦ Турли даражали лейкоцитоз ♦ ЭЧТ ошиши ♦ Гипопротромбинемия ♦ Аминокислоталар малъабсорбцияси натижасида ривожланган гипоальбуминемия ♦ α_1 – ва α_2 – глобулинлар миқдорининг ошиши ♦ Гипохолестеринемия • Электролит бузилишлар ♦ Бевосита ионлар, шунингдек витамин D сўрилишининг пасайиши натижасида гипокалиемия ♦ Гипомагниемия.

Махсус текширишлар • Зўрайиш даврида ректороманоскопияни ичакнинг дастлабки тайёргарлигисиз ўтказадилар • Ўткир белгилар камайгандан сўнг колоноскопия буюрадилар, чунки касалликнинг оғир кечишида яра перфорацияси ёки токсик дилатация бўлиши мумкин ♦ НЯК – енгил даражаси – шиллик парда донсимон ўзгариши ♦ НЯК ўртача оғир даражаси – тегинганда шиллик парда қонайди, яралар зарарланишлар ва шилликли эксудат кузатилади ♦ НЯК оғир даражаси – ичак шиллик қаватидан спонтан қон кетишлар, кўп яралар зарарланишлар ва псевдополипларнинг пайдо бўлиши (эпителий билан қопланган грануляр тўқима) • Ирригография ♦ Гаустрациянинг камайганлиги ёки йўқлиги ♦ Ичак ёриғининг бир текисда торайиши, унинг деворининг қисқариши ва ригидлиги («водопровод трубаси» кўринишида) ♦ Шиллик қаватлари бурмаларининг бўйлама ориентацияси улар тузилишининг кичик ва катта тўрсимон типдаги ўзгариши билан ♦ Ичак найи контурининг аррасимон ва ноаниқ ўзгаришига, яра ва псевдополиплар сабаб бўлади (зўрайиш даврида) ♦ Токсик мегаколон ривожланганда муолажа тақиқланади ♦ НЯК оғир ҳолатларида, колоноскопия ва ирригография тақиқланганда, қорин бўшлиғи аъзоларининг обзор рентгенографияси айниқса муҳим ♦ Йўғон ичакни калталашини ♦ Гаустрациянинг йўқлиги ♦ Шиллик қаватнинг нотекислиги ♦ Йўғон ичак кенгайиши (токсик мегаколон) ♦ Перфорацияда диафрагма остида бўш ҳаво аниқланиши.

Дифференциал диагностикаси • Ўткир дизентерия • Крон касаллиги • Ичак и • Йўғон ичакнинг диффуз оилавий полипозиди • Ишемик колит.

ДАВОЛАШ

Парҳез. №4 парҳезнинг турли хил вариантлари. Чамбар ичак яллиғланган шиллик қаватининг механиқ таъсирлардан ҳимоя қилиш мақсадида ҳўл мева ва сабзавотларни исътемом қилмаслик тавсия этилади. Баъзи беморларда сутсиз парҳез клиник белгиларнинг камайишига сабаб бўлади, аммо самара бермаганда ундан воз кечиш керак.

ОЛИБ БОРИШ ТАМОЙИЛИ

Тўсатдан зўрайишда ичакни овқатдан озод этиш ҳамда вена ичига суёқликларни қисқа давр мобайнида юбориш тавсия этилади. Тўлиқ парентерал озикланиш ичакнинг узок вақт дам олишига имконият беради.

- Салицилосульфаниламид воситалар касалликнинг барча оғирлик даражаларида самарали бўлиб, ремиссияга олиб келади ва зўрайишлар сонини камайтиради ♦ Сульфасалазин 0,5-1 г. дан кунига 4 марта клиник белгилар камайгунча, сўнгра қайталанишлар профилактикаси учун кунига 1,5-2 г. дан узок муддат давомида (2 йилгача) ♦ Салазодиметоксин 0,5 г. дан кунига 4 марта, 3-4 ҳафта давомида, сўнгра 0,5 г. дан кунига 2-3 мартадан, 2-3 ҳафта давомида буюрилади ♦ Месалазин – 400-800 мг. дан кунига 3 марта 8-12 ҳафта давомида; қайталанишлар профилактикаси учун 400-500 мг. дан кунига 3 марта, зарурат бўлганда бир неча йил давомида. Дорини овқатдан кейин қабул қилиб, сўнг кўп миқдорда суёқлик ичиш лозим. Чап томонлама НЯК да препарат ректал (шам ва клизмалар) қабул қилиниши мумкин. Сульфасалазин препаратини кўтара олмасликда ва уни қўллаш кам самарали бўлган ҳолатларда тавсия этилади.

- ГК – касалликнинг ўткир шаклларида, оғир қайталанишларда ва ўрта оғир шаклларида бошқа ДВ ларига резистентлик ривожланганда тавсия этилади ♦ Дистал ва чап томонлама колитларда – гидрокортизон 100-250 мг.дан кунига 1-2 марта, ректал томчилаб ёки микроклизма қилиб юбориш. Препарат самарали таъсир қилганда уни ҳар куни 1-ҳафта давомида, сўнгра кун-ора 1-2 ҳафта давомида, сўнгра секин – аста 1-3 ҳафта давомида препарат бекор қилинади ♦ Преднизолон кунига – 1 мг/кг ичишга, ўта оғир ҳолларда кунига – 1,5 мг/кг. Ўткир ҳуруж даврида кунига 240-360 мг.дан в/и га юборишга кўрсатма берилиши мумкин, кейинчалик оғиз орқали қабул қилишга ўтилади. Клиник ҳолат яхшиланганидан 3-4 ҳафта ўтгач, преднизолоннинг дозаси аста – секин 40-30 мг.гача камайтиради, сўнгра даволашга сульфасалазинни қўшиш мумкин, преднизолон кейинчалик тўлиқ истисно қилинади.

- Ёрдамчи восита сифатида сульфасалазин ёки ГК билан биргаликда – кромоглицин кислотаси бошланғич дозаси кунига 200 мг.дан 4 марта, овқатдан 15 минут олдин тавсия этилади.

- Енгил ва ўртача клиник кўринишларида, токсик мегаколон белгилари булмаганда, эҳтиёткорлик билан ич қотирувчи (масалан, лоперамид 2 мг.) лар ёки антихолинергик препаратлар тавсия этилади. Аммо ичак перистальтикасини фаол тормозловчи препаратларни қўллаш йўғон ичакнинг токсик дилатациясига олиб келиши мумкин.

- Иммунодепрессантлар, масалан, меркаптопурин, азатиоприн, метотрексат (25 мг. м/о ҳафтасига 2 марта), гидроксихлорохин.

- Камқонлик ривожланиши хавфида – темир препаратлари ичишга ёки парентерал юбориш; кагта қон кетишларда – гемотрансфузиялар.

- Токсик мегаколонда – Ич қотирувчи ва антихолинергик препаратларни зудлик билан бекор қилиш. Интенсив инфузион терапия (натрий хлориднинг 0,9% ли эритмаси, калий хлорид, альбумин) ♦ Кортикотропин кунига 120 ТБ ёки

гидрокортизон кунига 300 мг. дан в/и томчилатиб ♦ Антибиотиклар (масалан, ампициллин 2 г. дан ёки цефазолин 1 г. дан в/и ҳар 4-6 соатда).

Қарши кўрсатмалар • Сульфасалазин – препаратга ўта сезувчанликда, жигар ва буйрак етишмовчиликларида, қон касалликларида, порфирияда, глюкозо-6-фосфат дегидрогеназа етишмовчилигида, эмизикли боласи бор аёлларга қарши кўрсатилган • Месалазин – салицилатларга ўта сезувчанликда, қон касалликларида, жигар етишмовчилигида, ошқозон ва ўн икки бармоқли ичакнинг яра касалликларида, 2 ёшгача бўлган болаларга, эмизувчи аёлларга қарши кўрсатилган.

Хирургик даволаш • Кўрсатмалар ♦ Асоратлар ривожланиши ✦ Токсик мегаколон (интенсив медикаментоз терапия 24-72 соат давомида самарасизлигида); ✦ Перфорация ✦ Консерватив даволаш самара бермаганда (кам ҳолларда юзага келади) кўп қон кетиш ✦ Карцинома ✦ Ичак стриктураларида карциномага шубҳа қилинганда ♦ Консерватив даволашнинг самарасизлигида, касалликнинг тез ривожланишида ♦ Ўсмирларда бўй ўсиши тўхтаганда ва буни консерватив даволаш самара бермаганда ♦ Шиллик қаватнинг дисплазияси ♦ Касалликнинг 10 йилдан ортиқ муддат давомида кечиши (рак ривожланишининг хавфи жуда юқори) • Хирургик аралашувининг куйидаги гуруҳлари фарқланади ♦ Паллиатив – икки найли илео- ёки колостома кўйиш ♦ Радикал – чамбар ичакнинг сегментар ёки субтотал резекцияси, колэктомия, колопротэктомия ♦ Қайта реконструктив – чов-тўғри ичак ёки чов-сигма ичак анастомозини «учи-учига» кўйиш.

Асоратлар • Чамбар ичакнинг ўткир токсик дилатацияси (диаметри 6 см гача) (токсик мегаколон) 3-5% ҳолларда ривожланади. Бу эҳтимол чамбар ичак шиллик қаватининг катта қисми яллиғланиши ва ичакнинг нерв билан бошқариш функциясининг бузилиши натижасида вужудга келади. Холинолитикларнинг ва ич қотирувчи препаратларни ноадекват тавсия қилиш асоратлар юзага келишида алоҳида аҳамият касб этади. Беморнинг аҳволи одатда оғир, тана ҳароратининг кўтарилиши, қорин соҳасида оғрик, лейкоцитоз, дармонсизлик, ҳолсизлик, чарчокни ҳис қилиш, ўлим ҳолатлари юзага келиши мумкин. Даволаш – 48-72 соат давомида интенсив медикаментоз даволаш. Олиб борилаётган даволашнинг самарасизлиги зудлик билан тотал эктомия қилишга кўрсатма ҳисобланади. Ўлим ҳолатлари 20% ни ташкил этади, 60 ёшдан катта беморларда ундан ҳам юқори.

- Массив қон кетишлар. НЯК нинг асосий белгиси – тўғри ичакдан қон кетиш (кунига 200-300 мл. гача). 300-500 мл. дан кам булмаган қон кетишини массив қон кетиш деб ҳисобланади.

- НЯК да йўғон ичак ярасининг перфорацияси 3% ҳолларда юзага келади ва кўпинча ўлимга олиб келади • Стриктуралар – 5-20% ҳолларда юзага келади • Йўғон ичак раки. Чамбар ичак субтотал ва тотал зараланишларида ва касаллик 10 йилдан ортиқ муддатда давом этганда йўғон ичак раки пайдо бўлиш эҳтимоли кўпаяди (10 йилдан кейин карцинома хавфи 10% гача, 20 йиллик муддатда 20% гача, ва 25-30 йиллик муддатда 40% гача ҳолда ривожланиш хавфи бор) ♦ НЯК фонидида ривожланадиган ичак раки одатда кўп ўчоқли ва агрессив бўлади ♦ Касаллик давомийлиги 8-10 йилни ташкил этган НЯК ли беморларда ҳар йили ҳар 10-20 см масофада биопсия билан колоноскопик текшириш усуллари тавсия

этилади. Юқори даражали дисплазияда профилактик тотал колонэктомия ўтказиш эҳтимоли бор.

Синонимлар • Носпецифик ярали-геморрагик колит • Ярали идиопатик колит • Ярали-трофик колит • Ярали проктоколит • Ярали-геморрагик ректоколит • Йирингли геморрагик ректоколит.

Қисқартириш: НЯК – носпецифик ярали колит.

ХКК – 10 • К15 Ярали колит.

САЛМОНЕЛЛЁЗ

Сальмонеллёз – ўткир инфекцион касаллик бўлиб, ошқозон – ичак йўллари зарарланиши билан характерланади (камроқ тарқалган шакллари кузатилади).

Сальмонеллалар чақирадиган асосий ўзгаришларни шартли равишда уч гуруҳга бўлиш мумкин: қорин тифи ва паратифлар, гастроэнтеритлар ва септицемиялар. Кўпинча ”сальмонеллёз“ термини айнан шу туркумга оид бактериялар чақирган гастроэнтеритларга нисбатан қўлланилади.

Этиологияси. Қўзғатувчиси *Enterobacteriaceae* оиласига мансуб *salmonella* гуруҳидаги граммманфий ҳаракатчан бактериялардир.

Эпидемиологияси. Касаллик ҳамма жойда кенг тарқалган. Кўпчилик қўзғатувчиларнинг табиий манбаи одам ва турли хил ҳайвонлардир (жумладан судралиб юрувчилар, қуруқликда ва сувда яшовчилар, балиқлар ва паррандалар).

Асосий юқиш йўллари – озиқ-овқат (ачиган овқат маҳсулотлари), сув ва алоқа орқали.

Патогенези

- Сальмонеллалар ҳазм йўлининг эпителиал ҳужайраларига мустақил ўта олмайди, уларга фақат эндоцитоз орқали тушиши мумкин.
- Бактериялар эпителияда кўпайишга кам мослашган ва базал мембранагача етиб, шиллик парданинг хусусий пластинкасига ҳам ўтади.
- Шу ердан улар қон оқимида тушади (гемокультурада ажратиш олиш мумкин), бироқ кўпчилик сальмонеллалар бактериемиянинг клиник белгиларини чақирмайди, чунки фагоцитлар томонидан тезда элиминацияга учрайди. *Salmonella typhimurium* бундан мустасно.
- Мононуклеар фагоцитлар активлиги пасайган одамларда септицемия ривожланиш хавфи ўта юқоридир. Масалан: ўроқча ҳужайрали камқонлик касаллигида ва ОИВ инфекцияси бўлган шахсларда.
- Қўзғатувчи шиллик парданинг хусусий пардасида кўпайиб, маҳаллий яллиғланиш реакциясини чақиради ва зарарланиш ўчоғига суяқлик қуйилиши
- Диарея синдроми пайдо бўлиши Пг синтезини фаолловчи, оқлар синтезини емирувчи циклли аденозинмонофосфат миқдорини оширувчи энтеротоксинлар ишлаб чиқарилишига боғлиқ.

Клиник кўриниши ва классификацияси

- **Гастроинсинамаинал шаклли :**

◆ Инкубацион даври 12-18 соатдан 2-3 кунгача (ўрта ҳисобда 7 – 24 соат) ўзгариб туради.

◆ Касаллик ўткир бошланади: тана ҳарорати ошади, эт увишади, диспептик бузилишлар кузатилади (кўп марта қайта – қайта қайт қилиш, нажаснинг кўп ва суюқ келиши, қоринда оғриқлар).

◆ Касалликнинг бошланғич даврида биринчи ўринга интоксикация белгилари чиқади (бош оғриғи, ҳолсизлик, эт увишиши ва б.).

Гастроинсинаминал формада патологик жараёнга ҳазм трактининг ҳамма бўлимлари кўшилади.

◆ Касаллик авжига чиққан пайтда кўнгил айниши, қусиш, иштаҳанинг пасайиши, баъзан ичнинг суюқ ҳолда кетиши кузатилади. Қусиш бошида кўп марта бўлади. Нажаснинг суюқ келиши кунига 10 -15 мартага етади. Кўпинча нажас кўп миқдорда, суюқ, шиллиқ аралаш бўлади.

◆ Қориндаги оғриқ доимий белги ҳисобланиб (биринчи соатлардаёқ пайдо бўлади), пайпаслашда ҳам оғриқли; оғриқ тарқалган ёки яққол қайт қилишда эпигастрал ва киндик соҳасида локал бўлиши ҳам мумкин.

✦ Йўғон ичак зарарланганда оғриқ хуружсимон кўриниш олиб, қориннинг пастки соҳаларига ўтади. Баъзи беморларда хуружсимон оғриқлар дефекация акти билан боғлиқ бўлади.

✦ Нажас кўпинча сувсимон ёки бўтқасимон бўлиб, унда шиллиқ, баъзан қон аниқланади.

✦ Қорин пайпаслашсида қориннинг ҳамма соҳаси бўйлаб оғриқ, спазм ва сигмасимон ичак сезувчанлигининг ошиши, кўричакда қулдираш аниқланади.

✦ Баъзан эпигастрал соҳа пайпасланганда ҳам оғриқ аниқланади.

• Функционал ўткир буйрак етишмовчилигининг сабаби буйракларда қон айланишининг бузилиши ва сув-электролит балансининг ўзгариши билан боғлиқдир. Инфекцион – токсик шок ривожланганда ўзгаришлар кўпроқ кузатилади.

• **Генераллашган шакли**

◆ Тифсимон варианты - кўпинча қорин тифи ва паратифни эслатади. Бунга давомли иситма, жигар ва талоқнинг катталашishi, тери қопламлари оқарганлиги, кўз склерасининг субиктериклиги характерли. Кўкрак ва қорин терисида розеолёз тошма аниқланади.

◆ Септик варианты - яллиғланишнинг метастатик ўчоқлари шаклланиши билан сальмонеллёз сепсиси келиб чиқади (ўпкалар, миянинг юмшоқ пардалари, суяк илиги ва б.к.).

◆ Болаларда ва кексаларда салмонеллёзнинг клиник кўриниши.

✦ Болаларда тифсимон ва септик варианты кўп учрайди. Оғир шакллари эрта ёшдаги болаларда кузатилади. Бунда оғирлик даражаси сувсизланишга қараб аниқланади.

✦ Кекса беморларда интоксикация симптоматикаси одатда яққол ифодаланади, уларда кўпинча бактерия ташувчанлик ва асоратлар ривожланади.

• **Бактерия ташувчанликка** салмонеллёзнинг субклиник шакли сифатида қаралади.

◆ Ўткир бактерия ташувчанликда бактерия ажратиш муддати 15 кундан 3 ойгача чўзилади. Бундан узоқ муддат бактерия ажратиш (3 ойдан кўпроқ) сурункали бактерия ташувчанликка киради.

◆ Транзитор ташувчанлик. Касаллик клиник белгилари текширув вақтида ҳам, уч ой ичида ҳам аниқланмайди. Динамикада нажас ва сийдикни бактериологик уч марта текширилганда манфий натижаларда, серологик таҳлилларнинг манфий натижалари бир икки марта бактерия ажратилади.

ДИАГНОСТИКАСИ

• Бактериологик текшириш. Таҳлил учун материаллар: нажас, кусук массалари, ошқозон ювиндиси, қон, сийдик. Шунингдек, бемор овқатланган овқат маҳсулотлари қолдиғи, тайёрлашда ишлатилган маҳсулотлар ва ярим тайёр маҳсулотлар бўлиши мумкин; Тайёр овқат синамалари, ҳайвонот еми, кўзгатувчининг ўтиш омили деб шубҳа қилинган жиҳозларнинг ювиндилари. Бактериологик текширув ўтказишнинг оптимал муддати сальмонеллэзнинг гастроинсинамаинал шаклида биринчи кунлари; тарқалган шаклларида иккинчи хафтанинг охири ва учинчи хафтанинг бошланишидир.

Мусбат натижалар миқдори текширув сонига боғлиқ ҳолда ошиб боради. Нажас текширилганда мусбат натижалар олиниш эҳтимоли энг юқори.

• РПГА цистеинли синама билан IgG синфига кирувчи АТ титрини дифференциал аниқлашга имкон беради.

Дифференциал диагностикаси • Вирусли гастроэнтерит • Бошқа бактериал гастроэнтеритлар (дизентерия, вабо ва б.) • Сепсис (менингококкли, стафилококкли) • Аппендицит • Холецистит • Ичак перфорацияси (тешилиши).

ДАВОЛАШ

• Озиқ рационидида механик ва термик ишлов берилган маҳсулотлар бўлган парҳез.

• Гастроинсинамаинал формада ошқозон натрий гидрокарбонат эритмаси ёки калий перманганатнинг кучсиз эритмаси билан ювилади; Диспептик ўзгаришларни бартараф этиш учун метоклопрамид қўлланилади.

• Регидратацион терапия.

◆ Тузли эритмалар (масалан: регидрон) ичишга.

◆ Инфекцион токсик шокда, сувсизланишнинг IV даражасида, бекарор гемодинамикали сувсизланишнинг III даражасида, тўхтовсиз қусишларда, қусиш ва диарея билан суюқлик соатига 1 литрдан ортиқ йўқотилганда; олигоанурияда, ҚД ва глюкоза сўрилиши бузилишларида – тузли эритмалар (масалан, натрий ацетат+натрий хлорид, натрий ацетат+натрий хлорид+калий хлорид) вена ичига юборилади.

◆ Дезинтоксикация учун (озгина сувсизланишда ёки у бартараф этилгач) тузли эритмалар билан бирга коллоид эритмалар буюрилади.

• Асоратланмаган шаклларида антибиотикотерапия кўрсатилмаган.

• Бола ҳаётининг биринчи йилида, кексаларда, иммунодепрессив ҳолатларда, генераллашган инфекцияларда – оғиз орқали 3-7 кун (иммунодепрессив ҳолатларда, генераллашган шаклларида - кўпроқ) ампициллин 4 г/кунгача берилади (болалар ҳаётининг биринчи йилида 50 - 100 мг/кг/кун 3 маҳал),

амоксициллин 0,5 - 1 г. дан кунга 3 маҳал (бир ёшгача бўлган болаларга - 20 мг/кг/сут 3 маҳал), ципрофлоксацин 500 мг. дан ҳар 12 соатда (катталарга) берилади.

- Бактерия ташувчилик билан боғлиқ бўлган ҳолларда (масалан, озиқ – овқат блокадида ишловчи, тиббиёт ходимлари) ципрофлоксацин 500 мг. дан ҳар 12 соатда бир ой мобайнида ичишга (бактериологик текширишда манфий натижа олингунча).

АСОРАТЛАРИ • Гиповодемик шок • Инфекцион токсик шок.

ПРОФИЛАКТИКАСИ. Озиқ – овқат маҳсулотларини ишлаб чиқаришда, сақлашда ва транспортировка қилишда гигиенага риоя этиш. Ҳайвонлар нажаси, қафаслари билан алоқада булмаслик. Тўшақларни ва бошқаларни тоза сақлаш. Қўлларни кунт билан тозалаш ювиш.

ХКК – 10 • А02 Бошқа сальмонеллез инфекциялар.

АМЁБИАЗ

Амёбиаз (амёбали колит, амёбали дизентерия) – антропоноз протозойли инфекция бўлиб, ҳар хил органларда (кўпинча жигарда) абсцесслар ва йўғон ичакда яра пайдо бўлиши билан ҳарактерланади. **Учраши.** 1% дан кам ҳолларда учрайди. Хавфли гуруҳларда нисбатан кўп учрайди.

Статистик маълумотлар. Амёбиаз жуда кўп мамлакатларда кенг тарқалган бўлиб, кўпинча субтропик ва тропик ўлкаларда учрайди (айрим мамлакатларда аҳолининг зарарланиши 50 – 80 % га етади). Жаҳон Соғлиқни Сақлаш Ташкилоти (ЖССТ) маълумотига кўра амёбиаз барча паразитар касалликлар ўртасидаги ўлим кўрсаткичи бўйича безгадан кейинги ўринда туради.

Классификацияси • Бутун Жаҳон Соғлиқни Сақлаш Ташкилоти тавсиясига кўра (1970) ♦ Ичак амёбиази ♦ Ичакдан ташқари амёбиаз ♦ Тери амёбиази фарқланади. • Ичак амёбиази оғирлик шаклидан қатъий назар ўткир, сурункали қайталанувчи ва сурункали узлуксиз вариантларда кечиши мумкин.

Этиологияси. Кўзгатувчиси – *Entamoeba histolytica*. Ҳаёт цикли икки босқичдан иборат – вегетатив ва тинчлик босқичи (цисталар), унинг бир босқичдан иккинчи босқичга ўтиши озуқа муҳитига боғлиқ. Иккита вегетатив шакли тафовутланади - тўқимали (инвазив) ва қобикли. *Entamoeba histolytica* цисталари амёбиазнинг одамга юқишида ва унинг тарқалишида муҳим рол уйнайди. Кам ҳолларда амёбиаз микс–инфекция кўринишида учрайди (бактериал ва протозойли ичак инфекциялари билан биргаликда учрайди).

Эпидемиологияси. Инфекция манбаи циста ташувчи ёки ремиссия давридаги сурункали форма билан оғриган беморлар ҳисобланади. Амёбиазнинг ўткир шакли ёки сурункали амёбиази бўлган беморлар қайталаниш даврида эпидемик хавфи булмаган кўзгатувчини вегетатив шаклини ташқи муҳитга ажратади. *Entamoeba histolytica* цистаси ва қобикли шакллари ташувчилик барча жойларда рўйхатга олинган ва аҳолининг инвазияланиш даражасини шакллантирадиган кенг тарқалган табиат феномени ҳисобланади. Юқиш механизми – фекал - орал. Юқиш йўллари - озиқ овқат, сув, контакт йўл орқали. Тропик ва субтропик иқлимли ўлкаларда амёбиаз билан касалланиш кўп учрайди. Амёбиаз билан касалланиш спорадик кўринишда учрайди, эпидемик кўтарилиш кам учрайди. Зарарланувчи

контингенти – кўпинча катталар ва катта ёшдаги болалар ҳисобланади. Амёбиазда иммунитет ностерил бўлиб, кўзгатувчи одам ичагида яшайдиган давридагина инфекцияни юқтирмаслик сақланиб қолади.

Хавфли омиллар • Ижтимоий – иқтисодий шароитнинг пастлиги • Шахсий гигиенага риоя қилмаганда • Эркаклар гомосексуализмида • Иссиқ иқлимли ўлкаларда яшаш.

Патоморфологияси • Йўғон ичак биопсиясида шиллик парда хужайралари лизиси (бутилкасимон яралар); ШИК реакцияси билан аниқланадиган трофозоитлар; зарарланган ўчоқ перифериясида нейтрофиллар хос • Жигар биопсиясида: трофозоитлар билан ўралган некроз майдонлари учрайди.

Клиник манзараси • Ичак амёбиазининг инкубацион даври 1 - 2 хафтадан бир неча ойгача бўлади • Ичак амёбиази ♦ Колит синдроми: қоринда секинлик билан ривожланувчи тўлғоқсимон оғриқлар (кўпинча чап ёнбош соҳасида), сезиларли даражада қон, шиллик аралаш суюқ аҳлат (малинасимон желе), тез - тез ич кетиш. Йўғон ичак пайпаслаш қилинганда оғриқ ва спазм аниқланади ♦ Интоксикация синдроми: субфебрил ҳарорат баъзан фебрил характерда; иш қобилиятининг астеновегетатив кўринишдаги пасайиши, ҳолсизлик, тахикардия, артериал гипотензия ♦ Ичак амёбиазининг ўткиркўриниши 4-6 хафта давомида пасайиб боради, аммо уз-узидан согайиш ва организмнинг кўзгатувчидан санацияси камдан - кам ҳолларда учрайди ♦ Кўп ҳолларда ремиссия давридан бир неча хафта ва ойлар ўтгач, рецидивнинг клиник симптоматикаси қайд қилинади. Бундай ҳолларда ноадекват даволаниш натижасида касаллик (амёбиазининг сурункали шаклли) бир неча ун йиллар давом этади. Бу шаклли учун моддалар алмашинувини барча турларининг бузилиши хос (озиб кетиш, гиповитаминоз, эндокринопатиялар, анемия ва б.к.) ♦ Ушбу сурункали амёбиазга бактериал ичак инфекцияси (шигеллэз, сальмонеллэз) кушилиб келганда ичак касаллигининг оғир клиник кўриниши кучли интоксикация ва сув-электролит алмашинувининг дисбаланси билан намоён бўлади • Ичакдан ташқари амёбиаз ♦ Жигарнинг амёбали абсцесси (*Жигарнинг амёбали абсцессига* қаралсин) ♦ Амёбали зотилжам йўғон ичак ёки жигарнинг зарарланган ўчоқларидан кўзгатувчининг гематоген диссеминацияси натижасида ривожланиб, ўпкада яллиғланган ўзгаришлар билан кечади. Жараён узок давом этади ва специфик даво қилинмаганда ўпка абсцесси шаклланиши мумкин ♦ Амёбали менингоэнцефалит (бош мия амёбали абсцесси) кучли интоксикация, ўчоқли неврологик бузилишлар ва бош мия чап ярим шарларида кўп сонли абсцесслар хо бўлиши билан кечади • Тери амёбиазида яралар чотда, жинсий аъзоларда, оқмалар ва операциядан кейинги жароҳатлар соҳасида пайдо бўлади. Ушбу яралар кам оғриқли нотекис қиррали ва бадбўй хидга эга.

Текшириш усуллари • Бемор нажасида, балғамида, абсцесс ва яра туби ажралмаларида тўқимали ва катта вегетатив шаклларининг кўзгатувчилари топилади ♦ Люголь эритмаси еки Хайденхайн усули билан бўялган суртма тайерланиб текширилади. Аҳлат массаларидан топилган қобикли прецистали ва цистали шакллари амёбиаз ташхисини тасдиқламайди, лекин бу текширилувчининг зарарланганлигидан далолат беради ♦ Сунъий озуқа мухитида амёбани ўстириш ♦ Лабораторияда ҳайвонларга (сичқонларга) юқтириш усули.

• Серологик усуллар • Колоно ва ректороманоскопияда: фиброз - ярали колит ва проктосигмоидит, пунктатда шиллиқ қават паразитнинг тўқимали шаклли аниқланади; ичак амёбиазининг сурункали шаклида йўғон ичакнинг дистал қисмида чандиқли стриктуралар хо бўлади • КТ: жигар абсцесси аниқланади • Обзор рентгенографияда зотилжам, унғ томонлама реактив плеврит ва жигар абсцесси аниқланади • Умумий қон таҳлилида: чапга жиган нейтрофилли лейкоцитоз ва ЭЧТ тезлашган • Жигарнинг амёбали абсцесси аниқлаш учун УТТ ўтказилади.

Даволаш одатда оилавий поликлиника ва ҚВП шароитда ўтказилади; оғир ҳолларда ва ичакдан ташқари зарарланишда бемор шифохонага ётқизилади • Ичак амёбиазининг енгил шаклларида ва/ёки белгисиз кечганда ♦ Хиниофон 500 мг.дан кунда 3 маҳал (кунда 3 гр.гача) 10-20 кун давомида еки метронидазол 750 мг. дан кунда 3 маҳал 5-10 кун буюрилади (алкогол истеъмол қилгандан кейинги кун еки бир вақтнинг узида дорилар ичиш мумкин эмас) • Ичакли амёбиазни урта оғир ва оғир шаклларида ♦ Метронидазол 5-10 кун, сўнг хиниофон ёки эметин 1мг/кг. кунда (60мг.гача /кунда) мушак орасига 5 кун давомида (систематик ЭКГ назорати остида; тахикардия ва артериал гипотензия, ошқозон ичак тракти функцияси бузилганда, дерматозларда препарат бекор қилинади; юрак касалликлари ва хомиладорликда тўғри келмайди) • Ичакдан ташқари амёбиазда ♦ Метронидазол 750 мг.дан кунда 3 марта 5-10 кун давомида ёки ♦ Эметин 5 кун давомида (жигар амёбиазида – хлорохин билан биргаликда 600 мг/кунда ичишга 2 кун давомида, кейин 300 мг/кунда 2-3 хафта давомида) ♦ Ичакда қўзғатувчи аниқлангач, хиниофон билан даволаш курси ўтказилади.

Асоратлари • Ичак амёбиази ♦ Ичак деворининг перфорацияси перитонит ривожланиши билан ♦ 9-10% беморларда периколит қайд этилади. Ёпишқоқ фиброзли перитонит учун ичак деворларининг (кўпинча кўричак ва кўтарилиувчи чамбар ичак) проекциясида яралар чуқур ривожланиши ҳарактерли. Асосий клиник белгилари – 3-15 см. диаметрдаги оғриқли инфилтрат, тана ҳароратининг кутарилиши, қорин олдинги девори мушакларининг маҳаллий таранглашуви, нейтрофилли лейкоцитоз; Асоратлар хирургик аралашувларни талаб қилмайди ва специфик даволаш тез қилади ♦ Амёбали аппендицитлар ўткир ёки сурункали аппендицит симптоматикасини беради. Чувалчангсимон ўсимта зарарланиши кўричакдан специфик яллиғланишнинг тарқалиши билан боғлиқ. Хирургик аралашувлар хавfli бўлиб, касаллик генераллашиши мумкин • Йўғон ичакнинг чандиқли стриктуралари натижасида ичак тутилиши келиб чиқади. Пастки динамик ичак тутилиши симптоматикасида типик оғриқли синдром, пайпаслашда каттик инфилтрат, қоринни шишиши ва асимметрияси кузатилади ♦ Амёбома (амёбали ўсма) ♦ Бошқа кам учрайдиган асоратлар – ичакдан қон кетиш, йўғон ичак полипоз, тўғри ичак шиллиқ қавати тушиши • Ичакдан ташқари амёбиаз ♦ Амёбали абсцесс перфорацияси.

Кечиши ва прогнози. Амёбиаз қўзғатувчиси инвазияси билан даволанмаса баъзан беморнинг ўлимига олиб келиши мумкин. Даволанганда одатда бир неча кундан кейин аҳволи яхшиланади. Айрим беморларда муваффақиятли даволангандан кейин ҳам йўғон ичак таъсирланиш (диарея, чап енбош соҳасида тўлғоқсимон

оғрик) белгилари бир неча хафта давомида сақланади. Қайталаниш эҳтимоли ҳам бор.

Профилактикаси • Ичак кўзғатувчидан тўлиқ тозаланганда, яъни бир – икки кун ўтиб, нажас 6 марта текширишга олинганда кўзғатувчи топилмаса, бемор шифохонадан чиқарилади • Тўлиқ тuzалмаган 6–12 ой давомида албатта инфекционистларнинг диспансер кузатувида бўлишлари керак • Соғлом одамлар эпидемиологик ноқулай ҳудудларга бормоқчи бўлганда эҳтиёт чораси сифатида амёбага қарши универсал таъсир этувчи индивидуал кимё профилактикасини ўтказиш кўзда тутилади (юқорига белсисиз ва енгил шаклларни даволашга қаралсин) • Бемор атрофида 3% лизол ёки 2% крезол эритмаси билан жорий дезинфекция ўтказилади.

ХКК – 10 • А06 Амёбиаз.

ШИГЕЛЛЁЗ

Шигеллёз – ўткир юқумли касаллик бўлиб умумий интоксикация белгилари ва йўғон ичак дистал қисми зарарланиши билан характерланади. Беморларнинг бир қисмида касаллик сурункали формага ўтиши мумкин.

Этиологияси. Кўзғатувчиси *Enterobacteriaceae oиласи Shigella* авлодидан бўлиб, грам манфий ҳаракатсиз бактериядир.

Эпидемиологияси. Инфекция манбаи – касал одам ва бактерия ташувчилардир. Шигеллёз йил давомида, кўпроқ иссиқ фаслларда учрайди. **Юқиш механизми** - фекал орал ва алоқа – маиший, сув, озиқ - овқатлар орқали тарқалади. Сувараклар, пашшалар инфекция тарқалишида асосий рол ўйнайди. **Юқумлилиқ дозаси** – касаллик ривожланиши учун одатда 200-300 тирик ҳужайралар етарли ҳисобланади.

Патогенези. Зарарланиш шигеллаларнинг йўғон ичак шиллиқ пардасидаги ҳужайралар ичига кириб олиш хусусиятига боғлиқ. Шигеллаларнинг эпителиал ҳужайраларда кўпайиши уларни халокатга учратиб, бактерияларнинг пастки тўқималарга ўтишига, шиллиқ парда нуксони ривожланишига (катарал, катарал-геморрагик, ярали-некротик зарарланишлар), шиллиқ ости пардаси яллиғланишига ва қон шаклли элементларининг ичак бўшлиғига чиқишига олиб келади. Юқорида айтиб ўтилган вирулентлик хусусиятларини бошқарувчи генлар хромосомалар ва плазмидаларда жойлашган. Патогенлик омили-зарарланиш ўчоғида ҳужайра халокатини чақириб ва суюқлик йиғилишига олиб келадиган цитотоксин (Шига токсини) ҳисобланади. Грам манфий бактерияларнинг эндотоксини муҳим рол уйнайди.

Клиник манзараси

- Инкубацион даври 3-7 кун.
- Клиник манифест ҳолатларда касаллик ўткир, тана ҳароратининг кўтарилиши, интоксикация, бир марта ёки қайта қусиш билан бошланади. Бир вақтнинг ўзига ёки бир оз кечроқ колит синдроми пайдо бўлади. Касаллик ўткир кечганда 2-3 хафтадан кейин тўлиқ соғайиш дизентерияда кўп учрайдиган ҳолдир.
- Интоксикация ҳар хил даражадаги кўринишда (ҳолсизлик, қалтираш, қусиш, бош оғриғи, иситма, талваса) ўтади.

- Колит синдромида ♦ Бутун қорин бўйлаб доимий тўмтоқ оғриқлар, кейин эса оғриқлар қориннинг пастки соҳасида кўпроқ чап ёки қов устида жойлашган ўткир тўлғоқсимон бўлади ♦ Тенезмлар (дефекация жараёни вақтида тўғри ичак соҳасидаги оғриқнинг думғазага берилиши, дефекацияга сохта чақириқлар) ♦ Аввалига беморларнинг нажаси кўп марта келади (қунига 10-25 марта), кейин тезда миқдори камайиб, қирғичдан ўтказилган картошка хидига ва кўринишига эга бўлади. Нажас қон ва шиллиқ аралаш, оҳирги босқичларида эса йиринг аралашган бўлади. Унинг оҳирги қисмида шиллиқ ажралиши касаллик учун характерли (ректал тупук).

- Қон томирлар ўтказувчанлигининг бузилиши, ошқозон ости беши зарарланиши ва жигарнинг катталаниши кўпроқ учрайди.

- Чақалоқлар ва 1 ёшгача бўлган болалар камроқ касалланади: касаллик атипик, энтерит белгиси билан кечади.

- Оғирлик кўрсаткичлари ♦ Маҳаллий яллиғланиш жараёнининг ифодаланиши: гемоколит, оғриқ синдроми, тўғри ичак шиллиқ пардасининг тушиши ♦ Кучли интоксикация белгилари: иситма, кўп марта қусиш ♦ Бемор ҳаётига хавф солувчи синдромлар (нейротоксикоз, токсикоз эксикоз билан, инфекция-токсик шок).

Текшириш усуллари • Бемор нажасида қўзғатувчини топиш ♦ Уни бактериологик текшириш ♦ Нажасни иммунофлюоресцент усулида текшириш ва копрофильтратларнинг кўмир аггломерация реакцияси • Ректороманоскопияда: йўғон ичак дистал соҳасининг ҳар хил кўринишдаги яллиғланиш белгилари, катарал (енгил турларда), катарал-геморрагик, эрозив, ярали, фибринозли (оғир турида) бўлиши мумкин. Эрозия ва катта геморрагиялар ўрнига шиллиқ пардада қизил доғ кўринишидаги ўзгариш узоқ вақт сақланади, бу эса ретроспектив диагностика учун муҳим аҳамиятга эга • Қон зардобида Аг қўзғатувчига қарши АТ топилади ва агглютинация, пассив ва билвосита гемагглютинация реакцияларида улар титрининг ошиши аниқланади. • Копрологик текширишда: шиллиқ, кўп миқдорда лейкоцитлар, эритроцитлар топилади, детрит бўлмайди.

Дифференциал диагностикаси – бошқа этиологияли ўткир колит ва энтероколит, носпецифик ярали колит, амёбиаз ва ичак ўсмалари билан ўтказилади.

ДАВОЛАШ

- Механик ва термик аёвчи парҳез.

- Этиотроп терапия: дизентериянинг асоратли ва оғир шаклларида, кекса кишиларга, болаларга антибактериал терапия қўллаш кўрсатма бўлиб ҳисобланади. Даволашнинг давомийлиги касалликнинг оғир - енгиллигига ва асоратларига кўра белгиланади, ўртача 7-10 кунга тенг ♦ Ко-тримоксазол 7,5-20 мг/кг қунига (триметоприм) 2 та қабулга ҳар 12 соатда (одатда 2 таблеткадан, 80 мг.триметоприм ва 400 мг.сульфаметоксазол бўлади); Триметоприм 1 ёшгача бўлган болаларга 10мг/кг/қунига 2 та қабулга ♦ Норфлоксацин 400 мг.қунига 2 маҳал ичишга (катталарга) ♦ Ципрофлоксацин 500 мг.қунига 2 маҳал ичишга (катталарга) ♦ Фуразолидон 5мг/кг/қунига 4 маҳал ичишга 5 кун мобайнида (катталар ва болаларга) ♦ Ампициллин ёки тетрациклинга кўпгина штаммлар чидамли.

- Сувсизланишда – перорал (оғир шаклларида - вена ичига) регидратация ўтказилади • Антихолинергик воситалар буюриш тавсия этилмайди.
- Кечиши.** Сурункали шигеллёз рецидивли ва узлуксиз. Касаллик белгисиз кечиши мумкин.

Асоратлари

- Ичаклардан қон кетиш.
- Ичак перфорацияси.
- Пери- ва парапроктит.
- Перитонит.
- Инфекцион –токсик шок.
- Гиповолемик шок.
- Токсик мегаколон.
- Тўғри ичак тушиши.
- Зотилжам.
- Ичак инвагинацияси.
- Сийдик чиқариш йўллари инфекцияси.
- Ичак дисбактериози.
- Нейротоксикозда болаларда бош мия шиши.

Профилактикаси. Даволашнинг ҳамма даврида беморни изоляция қилиш керак. Тўлиқ тузалмаган беморларни - бактериологик текширишлар натижаси манфий чиққач, болалар муассасасига қўйилади. Шигеллёз билан оғриган кишилар инфекционист томонидан (диспансер ҳисоби) 1 ой давомида кузатилади. Болалар боғчасида шигеллёз ҳолати аниқланса, алоқада бўлганлар 7 кун давомида кузатилади, ҳар куни болалар кўрикдан ўтказилади ва нажаси назорат қилинади. Муассасада дезинфекция чора – тадбирлари олиб борилади. Инфекция ўчоғида озиқ-овқат ишлаб чиқариш корхонасида ишлайдиган ишчилар бўлса, улар 1 марта бактериологик текширишдан ўтказилади. Болалар муассасаларида сув ва озиқ-овқатлар тарқатиш, сақлаш ва тайёрлашда санитар-гигиеник қоидага риоя қилиш керак.

Синоними. Бактериал дизентерия.

ХКК – 10 • А03 Шигеллёз.

БАЛАНТИДИАЗ

Балантидиаз (инфузор дизентерия) - диарея ва ичак деворида яралар пайдо қилувчи йўғон ичакнинг протозой инфекциясидир. Касаллик одатда ўткир, кўпинча белгиларсиз кечади.

Этиологияси. Киприксимон инфузория – *Balantidium* авлодидан - *B.coli*. Ноқулай шароитда кўзгатувчи юмалоқ, йўғон деворли циста ҳо қилади. **Эпидемиологияси**

- Касаллик аксарият жанубий худудларда, лекин баъзан ҳамма чўчкабоқарлик ривожланган жойларда учрайди. Табиий резервуари –чўчкалар ҳисобланади. Одам организмга кўзгатувчи овқат ва сув билан тушганда юқиши мумкин. Беморларни ва ташувчиларни юқиш манбаи сифатида баҳоламаслик керак, чунки одам

организмида циста кам ва сезиларсиз миқдорда хо бўлиб, вегетатив шаклли билан зарарланиш амалий жиҳатдан мумкин эмас.

Патогенези худди амёбиязники каби. Ичак деворига некрозловчи таъсири натижасида токсик метаболитлар хо бўлади ва эпителийни механик зарарлайди. Патоморфологик кўринишида балантидиаздаги яралар *Entamoeba histolitica* дан зарарланиши бўйича фарқ қилмайди, аммо яралар нисбатан текис бўлади.

Клиник манзараси амёбали дизентерияни эслатади, лекин жигар абсцесси кузатилмайди. Балантидиаз кўпроқ белгисиз кечиб, узоқ йиллар давомида (20 йилгача) сақланади ва фақатгина аутопсияда йўғон ичак деворида чуқур бўлмаган сурункали яралар аниқланади. Одам узоқ вақтлар давомида балантидиаз кўзғатувчисининг ташувчиси бўлиб қолади ва организмни кучсизлантирувчи омиллар таъсирида (иммунодефицитлар, стресслар, овқатланишнинг бузилиши) кўзғатувчи активлашади ва ичак девори тўқимасини зарарлантиради. Субклиник, ўткир (ўткир ярали колит ва ичакдан қон кетиши) ва сурункали (сурункали ярали колит) шакллари фарқланади. Балантидиазда ўлим кўрсаткичи 3-20% ни ташкил этади.

Лаборатор текширишлар. Гумонли ҳолатларда нажас микроскопия қилинади. Балантидиялар ўзининг ўлчами ва актив ҳаракати туфайли яхши кўринади. Кўзғатувчи нажас орқали вақти – вақти билан ташқарига чиқарилади, шунинг учун манфий натижа олинганда, тахлилларни қайтадан ўтказиш талаб қилинади. Аутопсия вақтида кўзғатувчи кам ажратилади, шунингдек у организмда 4-6 соат давомида сақланади

Даволаш • Тетрациклин • Мономицин • Ампициллин • Метронидазол ўртача терапевтик дозада буюрилади • Мономицин нисбатан самарали препарат бўлиб, 250 000 ТБ. кунига 4 маҳал ичишга буюрилади. Икки марта (оғир кечганда 3 марта) 5 кунлик 5 - 6 кун оралиқ билан даволаш курси ўтказилади. Оғир кечган ҳолларда химиотерапиянинг 3 – кўрси ўтказилганда, қўшимча равишда окситетрациклин 0,25 гр дан кунига 4 маҳал тайинланади. Қўшимча сифатида сульфатиазолнинг (1:100) 100 мл. эритмаси билан клизма қилишни буюриш мумкин. Бир вақтнинг ўзида актив дезинтоксикация терапияси ўтказиш ва умумий қувватловчи дориларни буюриш лозим.

Профилактикаси. Чўчка гўшtidан озиқ - овқат маҳсулотлар тайёрлашда ва чўчкаларни боқишда шахсий гигиена қоидаларига риоя қилиш.

ХКК – 10 • А07 Балантидиаз.

ҚОРИН ТИФИ – ИЧ ТЕРЛАМА

Ич терлама (қорин тифи) ўткир инфекцион касаллик бўлиб, ингичка ичак лимфа тизимининг ярали зарарланиши ва бактериемия билан характерланади. Интоксикация, иситма, терида розеолёз тошмалар, жигар ва талокнинг катталаниши кузатилади. **Касалланиш:** 2001 йилда 100000 аҳолига 0,12 га тўғри келган.

Классификацияси • Клиник шакллари кўра ♦ Типик шаклли (классик клиник вариант) ♦ Атипик шакллари † Яширин (стёртая) † Субклиник † Айрим аъзолар ва тизимлар зарарланиши (колотиф, менинготиф, пневмотиф ва б.) билан кечувчи

шаклли • Оғирлик даражасига кўра ♦ Енгил шаклли ♦ Ўртача оғир шаклли ♦ Оғир шаклли • Кечишига кўра ♦ Асоратланмаган ♦ Асоратланган ва рецидивлар билан кечиш.

Этиологияси. *Salmonella typhri* - энтеробактериялар оиласига кирувчи аэроб грамманфий бактерия ҳисобланади.

Эпидемиологияси • Қорин тифи антропоноз касалликдир. Инфекция манбаи касал одамлар ва бактерия ташувчилар. Бактерия ташувчилар ва енгил, яширин шаклли билан касалланган беморлар катта эпидемиологик хавф туғдиради. Сурункали бактерия ташувчилар табиатда инфекция тарқалишининг асосий манбаи ҳисобланади • Ёз – куз мавсумийлик хос ♦ Юқиш механизми: фекал-орал. Касалликнинг эпидемик тарқалишида сув асосий рол ўйнайди. Маиший ва озиқ-овқат орқали тарқалиши ўқтин – ўқтин учрайди.

Анамнези • Касалликнинг биринчи белгилари пайдо бўлишидан бир ой олдин қорин тифи билан касалланган бемор ёки бактерия ташувчи билан мулоқотда бўлганлик • Беморнинг эпидемиологик хавфли бўлган ҳудудда бўлганлиги.

Клиник кўриниши

- Кечиш даврлари ♦ Инкубацион (7-25, ўртача 12-14 кун) ♦ Бошланғич (4–7 кун) ♦ Касалликнинг авжга чиқиши (1-2ҳафта) ♦ Касалликнинг ҳал бўлиш даври (1 ҳафтагача) ♦ Тўлиқ тикланмаган даври (2 - 4 ҳафта).

- **Клиник белгилари** ♦ Иситма доимий белги ҳисобланади. Қорин тифи учун ҳарорат эгри чизигининг 3 типи хос ♦ Вундерлих типига трапециясимон ҳарорат эгри чизиги – классик типи, бунда тана ҳарорати кўтарилиши босқичларининг кетма – кет алмашилиши, доим баланд бўлиши ва пасайиши; уларни давом этиши касалликнинг бошланғич даврига, авж олишига ва ҳал бўлиш даврига тўғри келади ✦ тўлқинсимон типдаги Боткин ҳарорат эгрилиги тана ҳароратининг 3 - 4 кунлик субфебрил ва фебрил кўринишларининг кетма – кет навбатлашилиши билан ✦ Кильдюшевский типига ҳарорат эгрилиги доимий баланд ҳароратли қисқа босқич (1 - 2 кун), ҳароратнинг тушиши (2 – 2,5 ҳафта) давомли босқич; болалар учун хос ♦ Интоксикация (анорексия, бош оғриғи, уйқусизлик) – делирий, рухий ҳолатлар ва эс – ҳушнинг бузилиши ривожланиши мумкин (*status typhosus*) ♦ Ошқозон – ичак йўлининг зарарланиши – ён юзаларида тиш излари бўлган, қалинлашган ва кулранг – жигарранг караш билан қопланган тил (тифозли тил), илиоцекал соҳада перкутор товушнинг қисқариши (Падалка белги), пайпаслаганда қилинганда оғриқ ва инфилтрат аниқланади (Образцов – Гаусман белги), энтероколит белгилари (метеоризм, диарея нўхот пюреси кўринишидаги нажас билан ёки қабзият), колотиф ♦ Гепатоспленомегалия (биринчи ҳафта охири ёки иккинчи ҳафта бошланишида пайпаслашда аниқланади) ♦ Терининг зарарланиши – тери қопламларининг рангпарлиги, тери юзасидан кўтарилиб турувчи розеолёз тошмалар (*rozeola elevata*), улар кўп эмас, дискрет, касалликнинг 8 – 12 куни пайдо бўлади, кўкрак ва қорин терисида жойлашади, 3 – 4 кун мобайнида сақланади ва изсиз йўқолади. Тузалиш даврида иссиқлик (потница) тошиш элементлари (*crystallina miliaria*) ва кафт ҳамда товон терисининг сариққа бўялиши (Филлипович белгиси) рўй бериши мумкин ♦ Юрак – томир тизимининг зарарланиши – брадикардия ва пульс дикротияси, ўртача артериал гипертензия. Асосатлар

ривожланганда – коллапс, тахикардия ♦ МНС зарарланиши – сероз ва йирингли характердаги менингит ва менингоэнцефалитлар, менинготиф ♦ Нафас аъзоларининг зарарланиши – зотилжамнинг инфильтратив шакллари, пневмотиф ♦ Буйракларнинг зарарланиши – нефрит ёки гемолитик – уремик синдроми белгилари, нефротиф.

Лаборатор текширишлар • Қўзғатувчини ажратиб олиш ёки унинг Аг топиш ♦ Бактериологик усул: қўзғатувчини экиш ва қондан (гемокультура), нажасдан (копрокультура), сийдикдан (уринокультура), ўт суюқлигидан (билинокультура), суяк илигидан (миелокультура) ажратиб олиш; қўзғатувчини ажратишнинг мусбат натижалари – қорин тифи мутлоқ диагностик белгисидир ♦ Аг ни биологик суюқликларда топиш учун ИФА • РПГА да қўзғатувчи антигенига АТ топиш ♦ О – Аг га АТ (термобарқарор липополисахарид, эндотоксин) касалликнинг биринчи ҳафтасида аниқланади ♦ Н – Аг га АТ (термолабил, тасмали) тўлиқ тузалмаганларда ва эмланганларда рўйхатга олинади, касалликнинг 6 – 8 – кунига келиб пайдо бўлади ва тўлиқ тузалмаган давр мобайнида сақланиб қолади; О – агглютининлар титрлари устунлик қилганда О ва Н – Аг билан бир вақтнинг ўзидаги мусбат натижа актив кечаётган жараён тўғрисида далолат беради ♦ Vi – Аг га АТ (термолабил, соматик) диагностик ва прогностик аҳамиятга эга эмас, реакцияни ташувчилар (мусбат реакция – 1:5 ва бундан юқори) ва эмланганларни (Vi – Аг ни вакциналар таркибига киритадилар) аниқлаш учун қўлланилади • Қон умумий анализи – лейкопения, нисбий лейкоцитоз, анэозинофилия; периферик қонда эозинофиллар сонининг ошиши – прогностик жиҳатдан яхши белги.

Дифференциал диагностикани тана ҳарорати дастлабки 5 – 7 кун ичида аста – секин кўтарилиб, юқори ҳарорат бир ҳафтадан кўп сақланиб турадиган ҳамма касалликлар билан ўтказилади. Вундерлих қоидаси: 1 ёки 2 кунда тана ҳарорати 40°C бўлса, 4 – кунда эса тана ҳарорати 39°C га тушмаса, ич терлама диагнозининг эҳтимоли кам.

ДАВОЛАШ

- Шифохонага ётқизиш шарт.
- Ётоқ режими тана ҳарорати меъёр бўлгандан кейин 10 кунгача.
- Механик, термик ва кимёвий аёвчи парҳез; Парҳез № 2, витаминлар комплекси.
- Этиотроп даволаш – антибиотикотерапия, қайталаниш, асоратлар ва сурункали бактерия ташувчилик ривожланишини олдини олмайди ♦ хлорамфеникол. Катталар учун бериш тартиби: кунига 0,5 г. дан 4 маҳал, меъёр тана ҳароратининг 4 – кунига қадар, кунига 0,5г.дан 3 маҳал 8 – кунгача, 0,5г.дан 2 маҳал меъёр ҳароратнинг 12 – кунигача. Болаларга ҳам шу тартибда берилади, лекин дастлабки дозаси 75–80 мг/кг. кунига, кейинчалик доза 25 – 50 % гача камайтиради. Препаратни овқатдан 1 соат олдин ёки овқатдан 2 соат кейин қўп миқдордаги суюқлик билан қабул қилиш тавсия этилади ♦ Цефтриаксон 30 мг/кг. кунига 2 маҳал вена ичига ёки мушак орасига (1г.дан ҳар 12 соатда) ёки цефоперазон 60 мг/кг. кунига 2 маҳал вена ичига 14 кун давомида ♦ Ампициллин 1,5г. ичишга кунига 4 маҳал ёки амоксициллин 2г. дан кунига 3 маҳалдан меъёр

тана ҳароратининг 10 кунига қадар (ташувчиликда 4 – 6 ҳафта мобайнида) ♦ Ко–тримоксазол, ципрофлоксацин, офлоксацин.

- Симптоматик даво – интоксикацияни бартараф этиш (инфузион дезинтоксикацион терапия), ичак шиллиқ қаватида репарация жараёнларини яхшилаш ва моддалар алмашинуви бузилишини муофиқлаштириш учун (иммуноглобулинлар ва қоннинг бошқа препаратларини инфузияси, витаминлар).

- Шошилиш ҳолатларида даволаш ♦ Инфекцион токсик шокда плазма ўрнини босувчи препаратлар инфузияси (масалан, полиглюкин), глюкокортикоидлар катта дозада (преднизолон 30 мг/кг. вена ичига ёки дексаметазон 48 соат давомида аввал 3 мг/кг. вена ичига, сўнг 1 мг/кг. ҳар 6 соатда), допамин, натрий гидрокарбонат ♦ Ичаклардан қон кетганда – қатъий ётоқ режими, 8 – 10 соатлик очлик, қорин соҳасига муз қўйиш, қон препаратлари инфузияси, фибринолиз ингибиторлари; имкон даражасида – хирургик аралашувдан узоқроқ бўлиш ♦ Ичак девори перфорациясида тезкор хирургик ёрдам кўрсатилади.

Асоратлари қорин тифи энгил ёки ҳатто ноаниқ шаклларида ҳам ривожланиши мумкин • Касалликнинг 1-2 ҳафтасида ичаклардан қон кетиши ривожланади, тўсатдан тана ҳароратининг пасайиши, пульс тезлашиши, АБ пасайиши, эс – хушнинг равшанлашуви (ҳам нарса яхшидек кўринади), нажаси қора бўлиши (баъзан қипқизил қон) билан давом этади. Массив қон кетишларида оқибати ўлим билан тугаши мумкин • Касалликнинг 3 - 4 ҳафтасида ичак деворининг қорин тифи перфорацияси содир бўлади, у битта ва бир нечта бўлиши мумкин. **Белгилари:** оғриқ ўнг ёнбош соҳада кузатилади (дастлабки бир неча соатда), қорин парданинг таъсирланиш белгилари, тана ҳароратининг бирданига тушиб кетиши, тахикардия, лейкоцитоз • Инфекцион – токсик шок оғир шакллари учун ҳос, ва касалликнинг 1 – ҳафтасида кузатилади.

Кечиши ва прогнози. Қорин тифи - қайталаниб кечади. Тиф- паратиф касалликларида қайталаниш деганда асосий белгиларнинг қайталаниши касалликнинг меъёр тана ҳарорати асосида тузалиш ва тўлиқ тузалмаслик даврига тўғри келиши тушунилади. Қайталаниш касалликнинг тўлиқ тузалмаслик даврининг 1,5 -3 ҳафталаарида, баъзан эса кечроқ меъёр тана ҳароратидан 2-3 ой ўтгач кузатилади, улар бир нечта бўлиши мумкин – 1 дан 9 гача (кўпинча битта). Ҳар бир қайталаниш бактеримия билан ўтади, ва унинг клиникаси касалликнинг асосий белгиларидан фарқ қилмайди. Фарқи – белгиларини қисқа давом этиши (7 – 10 кун). Ўз вақтида ва мос даволанса ҚТ ва унинг асоратларини прогнози яхши.

Профилактикаси • хасталик тўлиқ тузалмаган беморларда тана ҳарорати меъёр бўлган вақтдан 21 – кун ва 3 марта бактериологик текширувлар (сийдик, нажас) ва бир марта ўт суюқлигини текшириш (ўт суюқлиги тана ҳарорати меъёр бўлганининг 10 – кун текширилади) манфий бўлганда шифохонадан чиқарилади • Биринчи материал йиғиш тана ҳарорати меъёр бўлгандан кейинги 5чи – кунда ўтказилади, сўнг яна 5 кун оралатиб такрорланади • Тўлиқ тузалмаган беморларни 3 ой муддат давомида бактерия ташувчанликни ва рецидивларни аниқлаш учун диспансер кузатуви олинади • Актив профилактика касаллик кўп учрайдиган (ҳар 100 000 аҳолига 25 ва ундан кўп ҳолат) худудларда бир нечта кимёвий вакцина билан ўтказилади • 7 ёшгача бўлган болаларга ич терлама бактериофаги берилади

• ҚТ ўчоғида дезинфекцияланади • Алоқада бўлганларга 25 кун давомида ҳар куни тана ҳароратини ўлчаш ва нажас билан сийдикни бактериологик текшириш орқали тиббий кузатув ўрнатилади.

Умумий тадбирлар: сифатли ичимлик сувини ва озиқ – овқат маҳсулотларини ишлаб чиқариш, қайта ишловчи ва сотувчи корхоналар фаолиятини қаттиқ назорат қилиш.

Болаларда қорин тифининг хусусиятлари • Кўкрак ёшидаги болалар овқатланиш хусусиятлари ва инфекция манбаларидан нисбатан ажратилгани сабабли камдан – кам касалланадилар • Ёш улғайган сайин касаллик хавфи ошади • Ошқозон – ичак йўлининг зарарланиш белгилари тез –тез қусиш, диария то ичак токсикозлари ривожланишига қадар • Ҳарорат эгри чизиги ё нотўғри типда ёки Кильдюшевский типда • Интоксикация МНС кўзғалишида кўринади (безовталик, психомотор кўзғалиш, талваса ҳуружлари, менингизм) • Асоратлари кам кузатилади • Характерли брадикардия бўлмайди • Кечиши хайрли.

ХКК – 10 • А01.0 Қорин тифи

ҚИЗИЛЎНГАЧНИНГ ХАВФСИЗ ЎСМАЛАРИ

Қизилўнғач лейомиомаси. Қизилўнғач хавфсиз ўсмаларининг 2/3 қисмини лейомиомалар ташкил қилади – ўсмалар мушак қаватида ўсиб, шиллик қаватига ўтмайди. • **Белгилари.** Агар лейомиома 5 см. га етса беморда дисфагия белгилари бўлади. • **Диагностикаси** ♦ Контрастли рентгенологик текшириш. Қизилўнғач деворида атрофи лик бўлган чегараланган тўлиш нуқсони ва шиллик қаватнинг ўзгармаганлиги аниқланади ♦ Эзофагоскопия диагнозни тасдиқлаш учун керак ♦ Шиллик қаватни зарарлантирмаслик учун биопсия қилинмайди, чунки операциядан кейин асорат бўлиши мумкин. • **Операция йўли билан даволаш** ♦ Ўнг томонлама торакотомия ва ўсмани қизилўнғач деворидан шиллик қаватини зарарламасдан ажратиб олиш – энуклеация ♦ Агар ўсма қизилўнғачнинг пастки қисмида жойлашган бўлса ва энуклеациянинг иложи бўлмаса, қизилўнғач резекция қилинади.

Қизилўнғач бўшлиғига қараб ўсадиган **хавфсиз ўсмаларига** – папилломалар, липомалар, фибромиомалар ва миксофибромалар киради. **Белгилари:** дисфагия, айрим ҳолларда кекириш ва ориқлаш • **Диагностикаси** ♦ Қизилўнғачни контрастли рентгенологик текшириш ♦ Эзофагоскопия диагнозни тасдиқлаш ва хавфли ўсмани истисно қилиш учун ўтказилади.

• **Операция йўли билан даволаш** ♦ Эзофаготомия, ўсмани олиб ташлаш ва қизилўнғач тешигини яъни зарарланган жойини тикиш ♦ Қизилўнғачнинг унча катта бўлмаган полипларини эндоскоп билан олиб ташлаш мумкин.

ХКК – 10 • Д-13.0 Қизилўнғачнинг хавфсиз ўсмалари.

ҚИЗИЛЎНГАЧ РАКИ

Учраши – ҳавфли ўсма касалликлари ичида 5-7% ни ташкил қилади. Кўпинча (75%) эркаклар касалланади. Касалланиш: 2001 йилда 100 000 аҳолига 5,2 тани ташкил қилган.

Хавфли омиллар • Чекиш (касаллик ривожланишини 2-4 мартага оширади) • Спиртли ичимликларни кўп истеъмол қилиш (12 мартага) • Географик омиллар. Касалланиш Хитой, Эрон мамлакатларининг айрим жойларида 400 марта кўп, бунга овқат таркиби ва миқдорининг бузилиши, унда сирка, моғор қўзқорин катта миқдорда бўлиши ва рационда селен, янги мева ва сабзавотларнинг камлиги сабабдир ♦ Витаминлар етишмовчилиги, айниқса А ва С ♦ Ишқор билан куйиш (хатто орадан анча йиллар ўтган бўлса ҳам) ♦ Ахалазия. Кейинчалик карцинома ривожланиш хавфи 10 % ташкил қилади • Беррет қизилўнгачи беморлардаги 10% аденокарциномага сабаб бўлиши мумкин. • Кератодермиянинг кафт – оёқ таги шаклларида бирида қизилўнгач раки ривожланиш хавфи ўта юқори (148500, 17q24, ген *Т0С*, *ТЕС*, *R*). Кам ҳолларда мукоэпидермоид, аденокистоз ва майда хужайрали рак киради.

Морфологияси • **Хиллари** ♦ Ясси хужайрали рак устун туради ♦ Аденокарциона иккинчи ўринда туради, кўпинча Баррет қизилўнгачи бор беморларда ривожланади ♦ Кам учрайдиган қизилўнгач ўсмаларига – мукоэпидермоидли, аденокистозли ва майда хужайрали рак киради • Ўсмаларни ўсиш турлари: экзофит формали (тугунчали, ворсинкали, сўгалсимон) ♦ эндофит (ярали) тури • Склерозловчи (циркуляр тури) • Метастазланиш хусусияти ♦ Қизилўнгачнинг бўйин қисмида жайлашаган рак эрта метастазлар бериб, биринчи навбатда кўкс оралиғи, бўйин хужайра бўшлиғига, ўмров устига ♦ Қизилўнгачни кўкрак қисми раки кўкс оралиғи лимфа тугунларига, қизилўнгач шиллик ости қавати лимфа тугунларига ва қизилўнгач атрофидаги клеткага метастазлар беради ♦ Пастки учдан бир қисмда жойлашган рак эса кичик чарви лимфа тугунларига метастаз тарқалади ♦ Қизилўнгачнинг ҳамма жойдаги ракларига чап ўмров усти соҳасидаги вирхов метастази хос (эскиган шаклларида) ♦ Узоқ метастазлар - жигарга (20%), ўпкага - (10%), суяк ва мияга беради.

TNM бўйича классификация. Қизилўнгач раки шиллик қаватни кўп жойини эгаллаши мумкин, лекин классификацияда фақат шикастланиш чуқурлиги ҳисобга олинади.

• T0 - бирламчи ўсма белгилари йўқ • Tis – инвазив бўлмаган рак in sit • T1 - рак шиллик ва шиллик остига кирган • T2 - ўсма мушак қаватига ўсиб кирган • T3 - ўсма адвентиция қаватигача борган • T4 - атрофдаги тўқималарни эгаллаган • N0 - худудар лимфа тугунларга метастазлар йўқ • N1 – худудар лимфа тугунларга метастазлар бор.

Босқичлар бўйича гуруҳлаш: • 0 босқич – Tis N0M0 • Босқич – I T1 N0M0 • Босқич – IIА ♦ T2 N0M0 ♦ T3 N0M0 • Босқич – IIВ T1N1M0 ♦ T2N1M0 • Босқич – III ♦ T3N1M0 ♦ T4N0 – 1M0 • Босқич – IV: T0 – 4N0 – 1M1

КЛИНИК МАНЗАРАСИ

• Қизилўнгач зарарланишига хос белгилар ♦ Дисфагия (ютишнинг қийинлашуви). Қаттиқ овқат ўтишининг қийинлашуви дисфагияни авж олиши ва қизилўнгачни торайишидан далолат беради. Турғун дисфагия умуман қаттиқ овқатнинг ўтмаслиги қизилўнгач бўшлиғини 1,2 см. гача торайганда юзага келади. Суюқ овқатнинг ўтмаслиги, ориқлаш, йўтал - раkning ўтиб кетган босқичида кузатилади ♦ Сўлак миқдорининг ошиши ♦ Ютинганда оғриқ. Оғриқ ўсманинг қизилўнгач

деворидан ташқарига тарқалганлигини билдиради ♦ Оғиздан бадбўй хид келиши ♦ Регургитация кузатилади (қизилўнгачли қусиш).

• Кўкрак қафаси аъзолари зарарланишининг белгилари: кўкракда симилловчи оғриқлар, хансираш, овқат егандан кейин тахикардия, овознинг ўзгариши, ўмров чуқурчасининг бўртиши кузатилади.

• Умумий носпецифик белгилар: адинамия, ҳолсизлик, иштаҳанинг пасайиши, апатия, озиш, номаълум субфебрил температура.

Диагностикаси • Қизилўнгачни рентгеноконтраст текшириш орқали диагноз кўйилиб, ўсманинг жойлашиши ва тарқалиш даражасини аниқлаш мумкин • Эзофагоскопия – қизилўнгач ўсмаси диагностикасида жуда муҳим текширув ҳисобланади. Эзофагоскопия ёрдамида ўсманинг ўсиш характери, жойлашган жойи, ўлчами ва биопсияга материал олиш мумкин • Бронхоскопия - трахеобронхиал дарахтнинг қанчалик зарарланганлигини баҳолаш учун қилинади ♦ КТ узоқ ва маҳаллий метастазлар ҳақида маълумот беради.

Даволаш. Даволаш усулини танлаш касалликнинг босқичига ва ўсманинг жойлашган жойига боғлиқ.

• Хирургик даво – асосий даво усули бўлиб ҳисобланади, аммо нур ва химиявий терапия олиб борилса яхши натижа беради ♦ Операция усуллари: ўнг томонлама торакотомия, лапаротомия, диафрагмотомия, чап томонлама бўйин медиастинотомия ♦ Операция реконструктив операция билан резекция ёки қизилўнгачни тўлиқ олиб ташлашдан иборат ♦ Овқат ҳазм қилиш йўлининг бутунлигини сақлаш ва қизилўнгач пластикаси учун ошқозон ёки чамбар ичакдан фойдаланилади ♦ Бўйин қисми: хирургик аралашувсиз радикал даволаш имкони йўқ, камдан – кам уни бажаришни уддасидан чиқилади (резекция қилиш имкони паст, ўлим даражаси юқори) ♦ Кўкрак қисми. Радикал операциялар – қизилўнгач Осава – Гарлок, Льюис бўйича экстирпация қилинади. Оғир, ҳолсизланган беморларда Добромислов - Торек операцияси бажарилади. Ҳозирги вақтда бир неча турдаги операция усуллари биргаликда қўлайдиган резекциялар қилишга кўрсатмалар кўпайган. Резекция қилиш имконини ошириш учун операциядан олдин нур ва кимётерапия қўлланилади. Операция 3 ҳафтадан кейин қилинади.

• Операция қилишни иложи бўлмаганда ва қизилўнгач проксимал қисмининг юқори ёки ўрта учлиги зарарланганда нур терапия даволашнинг мустақил усули сифатида қўлланилади. Кўшма нур терапияси ўтказилса, яхши натижа беради.

• Химиотерапия беморни узоқ яшашига унча ёрдам бермайди. Кимё ва нур терапияси биргаликда қўлланилса кўп ҳолларда яхши натижа беради.

• Паллиатив усуллар ♦ Операциядан кейин асоратлар ривожланиш хавфи юқори бўлганда беморнинг аҳволини вақтинчалик яхшилаш учун нур ва кимётерапия қўлланилади ♦ Касаллик ўтказиб юборилганда (агар ўсма трахеобронхиал дарахтига ўсган бўлса, узоқ метастазлар берганда) ♦ Тўла дисфагия бўлса гастростома қилинади ♦ Айрим ҳолларда қизилўнгач овқат ўтказувчанлигини сақлаш учун уни икон найчаси билан кенгайтирувчилар лозим ♦ Аъзо ўтказувчанлигини тиклаш мақсадида ўсмани куйдириш учун эндоскоп орқали лазер ва фотодинамик терапия қилинади.

Прогнози. Барча гуруҳлардаги 5 – 15% беморлар радикал хирургик даводан кейин 5 йилгача яшайди. Касалликнинг эрта босқичларида (лимфа тугунлари кўринарли зарарланмаганда) операция қилинган беморларда бу кўрсаткич 30% га етади.

ХКК– 10 • С15 Қизилўнгачнинг хавfli ўсмаси • **D00.1** Қизилўнгач *in situ* карциномаси.

САРИҚЛИҚ

Сариклик - тери ва склераларнинг сарғайиши ёки қон зардобидида билирубин миқдорининг 20 мкмоль/литр дан ошиб кетишидир.

ХКК – 10: • R17 Аниқлаштирилмаган сариклик.

Асосий ҳолатлар

- Жигар ости сариклиги бўлган беморларни зудлик билан аниқлаш, уларга хирургик ёки эндоскопик йўл билан ёрдам бериш, сариклик тўсатдан пайдо бўлганда, дастлабки 24 соат ичида уларнинг қорин бўшлиқ аъзоларини УТТдан ўтказиш тавсия қилинади
- Ўз вақтида гемолиз ёки Жильбер синдромини аниқлаш (қонда боғланмаган билирубин миқдорининг ошиши).
- Ўз вақтида жигар сариклиги билан жигарнинг ўткир ва сурункали касалликлари орасидаги боғлиқликни аниқлаш.
- Сабзини кўп миқдорда истеъмол қиладиган беморлардаги гиперкаротинемияни чин сарикликдан фарқлаш.

САРИҚЛИКНИНГ ПАТОФИЗИОЛОГИК КЛАССИФИКАЦИЯСИ

Гемолиз ёки Жильбер синдроми. Конъюгирланган билирубин миқдори ошган (умумий билирубин миқдори ошган, конъюгирланган билирубин меъёрида).

Жигар сариклиги • Конъюгирланган билирубин миқдори ошган • Ўткир сариклик ♦ Ўткир вирусли гепатит ♦ Дори гепатити ♦ Ўнг қоринча типидидаги юрак етишмовчилиги ♦ Операциядан кейинги сариклик ♦ Сепсис ♦ Парентерал озикланиш • Сурункали сариклик ♦ Алкоголли гепатит ♦ Жигар циррози ♦ Аутоиммун гепатит ♦ Сурункали вирусли гепатит (гепатит С, гепатит В) ♦ Гепатома (гепатоцеллюляр карцинома) ♦ Жигар ичи холангиокарциномаси ♦ Жигар метастазлари.

Жигар ости сариклиги • Умумий ўт йўлларидаги тош • Холецистит • Ошқозон ости беzi карциномаси • Жигардан ташқари йўллар холангиокарциномаси • Ўткир ёки сурункали панкреатит • Одди сфинктери спазми • Ўт йўллари операциясидан кейинги стриктуралар.

Гиперкаротинемия натижасидаги сариклик • Склераларда сариклик бўлмайди • Жигар функционал синамаси меъёрда; диагноз қўйиш учун анамнез ва объектив кўрик кифоя.

АНАМНЕЗ

- Сарикликнинг давомийлиги.

- Қичишиш (ўт оқишининг бузилиши ёки жигар ичи холестази эканлигини кўрсатади).
- Қоринда оғриқ (ўт оқиши бузилганда келиб чиқади, бироқ алкоғолли гепатитда ҳам бўлиши мумкин).
- Холецистэктомия.
- Иштаҳанинг йўқолиши (вирусли гепатит).
- Тана вазнининг камайиши (хавфли ўсмалар).
- Бошқа давлатларга саёҳат қилиш, сарик бўлган бемор билан мулоқатда бўлиш, гемотрансфузия.
- ДВ қабул қилиш.
- Алкоғол қабул қилиш; бу ҳақда беморнинг яқинларидан ва дўстларидан сўраш керак.

ФИЗИКАЛ ТЕКШИРУВ

- Ўнг қовурға ости соҳасида оғриқ (холецистит).
- Жигар ўлчамлари (жигарнинг катталашиши – жигарнинг алкоғолли ёғли дистрофияси, гепатит, ўсма).
- Пайпасланганда жигар қаттиқлашган.
- Жигар етишмовчилиги ва портал гипертензия белгилари – томир юлдузчалари, кафт эритемаси, гинекомастия, спленомегалия, асцит.
- Пайпаслашда, оғриқли ўт пуфаги (ошқозон ости беzi карциномаси).
- Инъекция излари.

ҚОРИН БЎШЛИҒИ АЪЗОЛАРИНИ УЛЬТРА ТОВУШ ТЕКШИРУВИ

- Ўткир сариклик келиб чиққан беморларни тезда шифохонага ётқизиш. Жигар ости сариклиги 3 ҳафтадан ортиқ давом этса, аъзода органик ўзгаришлар келиб чиқади. Жигар ости сариклигининг сабабини шу муддат ичида аниқлаш ва бартараф этиш.
- УТТ жигар ости сариклигини жигар сариклигидан фарқлаш имконини беради: жигар ости сариклигида жигар ичи ўт йўллари одатда кенгайган (биринчи кунлари меъёр бўлиши). Ўт пуфагидаги тошни, холецистит, жигар метастазларини аниқлаш мумкин.

ЛАБОРАТОР ТЕКШИРУВЛАР

- Умумий қон таҳлили, СРО, билирубин ва унинг фракциялари, АЛТ, ишқорий фосфатаза, γ – глутамилтранспептидаза, қон зардоби ва сийдик амилазаси, қон зардоби альбумини, протромбин вақти, гепатит А вирусига нисбатан IgM –АТ, гепатит С вирусига HBsAg АТ.
- Таҳлил.
- ◆ Билирубин миқдори ошади ва жигар ферментлари меъёрда – конъюгирланган билирубин кўрсаткичи меъёрида ва гемолит белгилари бўлмаса, бу Жильбер синдроми ҳолати (гаптоглобин, лактатдегидрогеназа, ретикулоцитлар кўрсаткичлари меъёрида).

- ◆ Агарда ишқорий фосфатаза 1000 Ед/л. ошса, жигар ости сариқлигига шубҳа туғилади.
- ◆ Эритроцитлар ўрта ҳажми, ишқорий фосфатазага нисбатан γ - глутамилтранспептидазининг, АСТ ни АЛТ га нисбатининг ошиши жигарнинг алкоғолли касаллигидан дарак беради
- ◆ Зардоб альбумини концентрациясининг пасайиши ва протромбин вақтининг узайиши жигар паренхимасининг зарарланиши ҳисобланади.

БОШҚА ТЕКШИРУВЛАР

- Эндоскопик ретроград холангиопакреатография – жойлашиши ва обструкция типини аниқлашнинг оптимал усули ҳисобланади. Тошни олиб ташлаш ёки табиатан хавфли стриктураларда стент ўрнатиш жигар ости сариқлигини бартараф қилади.
- Зарурият бўлганда доплер УТТ қўлланилади (жигар ёки дарвоза веналарида қон оқшининг ўзгариши ёки бўлмаслиги), КТ ёки МРТ фақат ўта зарурият туғилса қилинади (гемохроматоз, ўсмалар).
- Жигар биопсияси–жигар сурункали касалликлари оқибати, оғирлиги, ва этиологиясини аниқлаш усулидир (жигар ферментларининг 6 ойдан кўпроқ муддат ошиши).

ҚЎШИМЧА МАЪЛУМОТЛАР

Гепатоцеллюляр карциномада даволашнинг турли усуллари самараси исботланмаган. Тамоксифен, интерферон, иммунотерапия ва эмболизация кейинги кузатувларни талаб қилиб улар устида илмий ишлар олиб борилмоқда.

ГЕМОЛИТИК КАМҚОНЛИК

Гемолитик камқонликлар – бу анемиялар гуруҳига кирувчи касалликлардан бири бўлиб, эритроцитларнинг ўртача яшаш даврининг (меъёрда 120 кун) қисқариши натижасида юзага келади. Гемолиз (эритроцитнинг емирилиши) томир ичида ёки томирдан ташқарида (жигарда, талокда, суяк илигида) бўлиши мумкин. Унинг умумий белгилари: баъзан иситмалаш ва титраш билан кечадиган захарланиш клиникаси, бел соҳасида ва қоринда оғриқ, оғир ҳолларда микроциркуляциянинг бузилиши оқибатида шок ҳолати, сарғайиш, спленомегалия, гемоглобинурия кузатилади.

Этиологияси. Гемолитик камқонликлар эритроцитларнинг нуқсонлари (хужайра ичи омиллари) ёки уларга нисбатан ташқи ҳисобланган сабаблар (хужайрадан ташқаридаги омиллар) таъсирида юзага келади. Одатда ички омиллар наслий, хужайрадан ташқаридагилари эса – орттирилгандир.

- **Хужайрадан ташқари омиллар.** Эритроцитларнинг атрофини плазма ва томирларнинг эндотелийсидан иборат микромуҳит қамраб олган. Қон плазмасида захарли моддаларнинг ёки юқумли агентларнинг бўлиши эритроцит деворларининг ўзгаришини келтириб чиқаради ва қуйидагиларга олиб келади: (1) ўзгарган эритроцитга нисбатан АТ синтезига, (2) эритроцитнинг бевосита емирилишига ◆ Изоиммун гемолитик камқонликлар янги туғилган чақалоқлар гемолитик

касалликка чалинганда кузатилади; гемолитик трансфузион реакцияларни ҳам ушбу гуруҳга киритиш мумкин ♦ Баъзан қон томир эндотелиясининг нуқсонлари (микроангиопатиялар) эритроцитларни зарарланишига сабаб бўлади ♦ Совуқда бўладиган пароксизмал гемоглобинурия ♦ Гемолиз баъзи дори воситаларини тайинлаганда ҳам ривожланиши мумкин – гаптен гемолитик камқонлик.

● **Хужайра ичидаги омиллар.** Хужайра ичидаги нуқсонларга эритроцитлар мембранаси, Нв ёки ферментларнинг аномалиялари киради. Бу нуқсонлар наслий ҳисобланади (тунги пароксизмал гемоглобинуриядан ташқари) ♦ Мембраналар нуқсонлари ✦ Наслий сфероцитоз ✦ Наслий эллиптоцитоз ✦ Тунги пароксизмал гемоглобинуриялар ♦ Гемоглобинпатиялар (масалан, ўроксимон хужайрали камқонлик). Глобинлар генларининг нуқтали мутацияси асосида ривожланадиган 300 дан ортиқ касаллик маълум. Глобин молекуласининг нуқсони унинг полимерланишини бузади, оқибатда эритроцит мембранаси ва унинг шакли ўзгаради ва гемолизга мойиллик ошади ♦ Энзимопатиялар.

Ферментларнинг етишмовчилиги туфайли ривожланадиган баъзи гемолитик камқонликлар

● Глюкозо-6-фосфатдегидрогеназа ферменти етишмовчилиги оқибатидаги камқонлик (Г-6-ФД), (ушбу қисмнинг иловаларига қаранг).

Клиник манзараси: ўткир гемолиз кўринишлари, одатда ДВ қўлланганда, инфекция касалликларда (янги туғилган чақалоқларнинг сариқ касаллигида ва фавизмда) келиб чиқади. **Давоси** ● Ўрин босувчи даво (гемотрансфузиялар). ● Г-6-ФД етишмовчилигида спленэктомия фойдасиздир ● Ўткир гемолитик кризлар билан боғлиқ бўлган Г-6-ФД етишмовчилигининг ҳар хил турларига чалинган беморлар гемолизни келтириб чиқарувчи дори воситаларини (одатда сульфаниламидларни, нитрофуранларни, безгакка қарши дориларни ва б.) қабул қилмасликлари керак. **ХКК-10 ● D55.0** Г-6-ФД етишмовчилиги оқибатидаги камқонлик.

● **Пируват киназа етишмовчилиги оқибатидаги камқонлик.** Пируват киназанинг етишмовчилиги учраши бўйича иккинчи ўринда турадиган (Г-6-ФД етишмовчилигидан кейин) эритроцитларнинг наслий энзимопатиясидир. Пируват киназа гликолизнинг сўнгги босқичини катализ қилади; унинг етишмовчилигининг оқибати – аденозинтрифосфор кислотасининг (АТФ) номонанд ишлаб чиқарилиши. Бу эритроцитлар фаолиятга салбий таъсир кўрсатади, шу жумладан Na^+ - K^+ АТФазанинг ишига – нуқсонли хужайралар K^+ ионини йўқотади. Айниқса, ретикулоцитлар кўп миқдорда емирила бошлайди (асосан талокда).

Клиник манзараси ● Турли даражадаги гемолиз кузатилиши мумкин; янги туғилган чақалоқларда – сариқлик, сурункали гемолиз, спленомегалия ● Пируват киназа етишмовчилиги белгилари бошқа сурункали гемолитик камқонликлардагига ўхшайди ● Ретикулоцитлар сайланма равишда емирилиши туфайли уларнинг периферик қондаги миқдори камқонликнинг оғирлик даражасини ифодаламаслиги мумкин. **Давоси:** спленэктомия самара беради. **ХКК-10 ● D55.2** Гликолитик ферментлар бузилиши натижасидаги камқонлик.

Даволаш индивидуал равишда гемолитик камқонлик туридан келиб чиққан ҳолда олиб борилади.

ХКК-10 • D55 Ферментлар бузилиши натижасида келиб чиқадиغان камқонлик • **D56** Талассемия • **D 57** Ўроқсимон хужайрали бузилишлар • **D 58** Бошқа наслий гемолитик камқонликлар • **D 59** Орттирилган гемолитик камқонлик.

ИЛОВАЛАР

Глюкозо-6-фосфатдегидрогеназа (Г-6-ФД) тикланган нуклеотидларнинг хужайра ичи таркибини бир маромда сақлаб туриш учун муҳим; наслий ферментлар етишмаслиги (полиморфизм, уч юздан зиёд аллел вариантлар) камқонлик ривожланишига, фамизмга, сурункали гранулематоз касаллигига олиб келади. Фермент А ва ўрта ер денгизи вариантыга ажратилади.

- А вариант афроамерикаликларда тарқалган (тез емирилиб кетадиган изофермент, ярим яшаш даври - 13 кун) • Ўрта ер денгизи варианты асосан греклар ва италянларда учрайди (ферментнинг ўта беқарорлиги, ярим яшаш даври - бир неча соат), амалда изоферментнинг фаоллиги кузатилмайди.

- Г-6-ФД етишмаслигининг А ёки ўрта ер денгизи вариантыда оксидланиш хусусиятларини намоён қилувчи дори воситаларини (сульфаниламидлар, салицилатлар, фенацетин) қабул қилиш инкубацион даврдан 1-3 кун ўтгач ўткир гемолитик кризни келтириб чиқаради. Касалликнинг кейинги кечиши икки хил вариантыда турлича ўтади ♦ А вариант. Олдин мавжуд бўлган эритроцитлар популяциясининг гемолизи. Гемолитик криз суяк илигида юқори фаолликдаги Г-6-ФД эритроцитларнинг янги популяцияси хо бўлиши билан ҳал бўлади ♦ Ўрта ер денгизи варианты. Гемолиз деярли барча эритроцитларнинг парчаланишига олиб келади. Организмдан дори воситалари батамом чиқарилгунга қадар қон қўйиш тавсия этилади.

Фавизм (примахин камқонлик) – ўткир ҳолат бўлиб, дуккакли ўсимликларнинг баъзи бир турларини (масалан, *Vicia faba*) истеъмол қилинганда, уларнинг гулчанги ҳидланганда, шунингдек баъзи бир дори воситалари (примахин, сульфаниламидлар, салицилатлар, нитрофуранлар, К витамини ҳоалари) қабул қилингандан сўнг келиб чиқади. Ҳамма жойда, кўпроқ безгак тарқалган худудларда учрайди. Наслий Г-6-ФД етишмовчилиги бўлган шахсларнинг бир қисмида учраши мумкин.

Клиник манзараси: тананинг юқори ҳарорати, бош оғриғи, қориндаги оғрик, гемолитик камқонлик, эозинофилия, диарея, қусиш, ўта мадорсизлик ва беҳушлик.

Даволаш – бемор аҳволини ёмонлашишига йўл қўймаслик • Гемотрансфузиялар • Фолат кислотаси • Муқобил диурезни ушлаб туриш • Сийдик алкализацияси. **ХКК-10 • D 55.0** Глюкозо-6-фосфатдегидрогеназа ферменти етишмовчилиги оқибатидаги камқонлик. Фавизм.

Тунги пароксизмал гемоглобинурия – гемолитик камқонлик ва гемоглобинурия (кўпинча тунда) билан кечадиغان сурункали касаллик. Терининг сарғайиши ёки унинг буғдойранг тусга кириши, талокнинг баъзан жигарнинг катталаниши, макроцитоз, анизоцитоз кузатилади. Кам учрайди (1 млн. аҳолига 2 та).

Диагностика: эрталабки сийдикнинг қора тусда бўлиши, бемор конига шакар кўшилганда гемолиз юз бериши. **Даволаш.** ГК (масалан, преднизолон кунда 20-40 мг) 50% беморларда касаллик аломатларининг заифлашувига олиб келади. Плазма куйиш тавсия этилмайди, бироқ криз вақтида тозаланган эритроцитар куйиш тавсия этилади. Гепаринни қўллашда эҳтиёт бўлиш даркор, чунки гемолиз кучайиши мумкин. Таркибида темир моддалари бўлган препаратларни ичиш. **Синонимлари:** Маркиафави-Микели синдроми, Маркиафави-Микели касаллиги **ХКК-10 • D 59.5** Пароксизмал тунги гемоглобинурия.

Пароксизмал совуқ гемоглобинурия – кам учрайдиган касаллик бўлиб, совуқ таъсиридан сўнг (атмосфера хавоси, совуқ сув) гемолиз юз бериши билан характерланади. Одатда вирусли инфекцияни бошидан ўтказган беморларда юз беради. Эритроцитларда тўпланган Донат-Ландштайнер гемолитинлари гемолитин келтириб чиқаради. Касалликнинг кечиши ўткир, кучайиб борувчи ёки қайталаниб турувчи бўлиши мумкин. **Синонимлари:** Донат-Ландштайнер гемолитик камқонлиги, Гарли синдроми **ХКК-10 • D 59.6** Бошқа ташқи сабаблар келтириб чиқарадиган гемолиз натижасидаги гемоглобинурия.

ВИРУСЛИ ГЕПАТИТЛАР

ХКК -10: - B15 – B19 Вирусли гепатит.

Вирусли гепатитлар профилактикасининг асосий қоидалари

- А ва Е гепатит профилактикасида овқатланиш гигиенасига риоя қилиш лозим.
- В гепатит юқишининг олдини олишда касбга оид вазифаларни бажаришда, ҳамда жинсий алоқа вақтида эҳтиёт чораларига риоя қилиш.
- Юқиш хавфи юқори бўлган мамлакатларга сафар қилиш пайтида А гепатит профилактикаси учун γ - глобулин ёки эмлаш қилинади.
- Юқори хавфи гуруҳларида В гепатитига қарши эмлаш зарур.

Диагностиканинг асосий қоидалари

- Ўткир гепатитга шубҳа қилинганда қон таҳлилида қуйидагиларни аниқлаш керак. А гепатитда – қарши IgM синфига мансуб АТ HbsAg, В гепатитда - HbsAg, HbcAgга қарши IgM АТ ва С гепатитга қарши антитаналар топиш.
- Агар гепатит энгил даражада кечса яна инфекцияцион моноклеоз белгилари (иситма, лимфаденопатия, спленомегалия, юқори нафас йўлларининг зарарланиши) аниқланиши мумкин, шунинг учун кўшимча текширишлар: инфекцияцион моноклеоз учун экспресс – синама ёки Эпстайн – Барр вирусига қарши АТ, цитомегаловирусга қарши АТ ни аниқлаш керак бўлади.

ГЕПАТИТ А

Яширин даври 15 – 50 кун давом этади.

Инфекциянинг юқиш йўли: одатда фекал – орал.

Клиник кўриниши

- Ўткир бошланади.
- Бошланғич белгилари – иштаха пасайиши ва кўнгил айниши.
- Иситма.

- Сариклик.

Лаборатор текширишлар

- Қон зардобиди АСТ ва АЛТ ни ошиши.
- Специфик диагнози қон зардобиди IgM синфига хос АТ топилса қўйиш мумкин.
- Гаммаглобулин билан профилактика ўтказишдан олдин қонда IgG синфига тааллуқли АТ миқдорини аниқлаш керак (унинг борлиги –илгари инфекция билан алоқада бўлганлик белгисидир, бу АТ касалликка қарши иммунитетни таъминлайди).

Профилактикаси

- Касаллик кенг тарқалган давлатларга борганда қўзғатувчиси бўлган яъни ифлосланган овқатларни истеъмол қилмаслик (асосан мидия ва моллюскалар).
- Қиска муддатли сафарларда (1 - 2ойдан кўп бўлмаган) касаллик профилактикаси учун катталарга γ - глобулин 2 мл м/о, болаларга 0,02-0,04 мл/кг м/о юбориш.
- Инфекцияланиш хавфи юқори бўлган мамлакатларга узоқ муддатга кетадиган кишиларга эмлаш ўтказиш керак.
 - ◆ 15 ёш ва ундан катта ёшдаги ўсмирларга ва катталарга икки доза 1440 ELISA ЕД/мл. вакцина 0 ва 6 – 12 ойда юбориш. - икки доза 720 ELISA ЕД/мл вакцина 0 ва 1 ойда, учинчи дозани 6 – 12 ойда қилиш (ELISA –иммунофермент қаттиқ фазада синама).
 - ◆ 1 – 15 ёшгача бўлган болаларга уч доза вакцина 720 ELISA ЕД/мл. 0,5 мл. 0 – 1 ва 6 – 12 ойда қилинади.
- Ўрта Ер денгизи қирғоқларининг Африка ва Осиё мамлакатларига борадиган саёҳатчиларга доимо гепатит А га профилактика ўтказилади. Бундан ташқари, Болтиқбўйи, шарқий Европа мамлакатларига ва Россияга 1 ойдан ортиқ муддатга кўп марта сафар қиладиганларга профилактика ўтказиш талаб қилинади.
- Орттирилган тажрибалар шуни кўрсатадики, ҳозирги вақтда ВГА га қарши иммунопрофилактика сифатида юқори миқдорда АТ тутган махсус Ig юбориш кенг тарқалган. Уни гепатит А кўп учрайдиган худудларда (ҳар 10000 болалар аҳолисига 12 та ҳоллар) эндемик кўрсатма бўлса ўтказилади. Махсус Ig: 1 – 14 ёшгача бўлган болаларга, ҳомиладорларга, оиласида ёки болалар муассасасида гепатит А га учраган касал билан алоқада бўлган болаларнинг барчасига касалликнинг биринчи бор топилгандан сўнг 7 – 10 кун ичида ўтказилади. 1 – 10 ёшдаги болаларга 1 мл 10 % Ig, 10 ёшдан ошган ва катталарга 1,5 мл. юборилади.

Шунга қарамасдан бу профилактиканинг самараси унчалик юқори эмас. Шунингдек Россияда ВГА га қарши ўзига хос инактивацияланган вакцина ишлаб чиқарилган ва самарадорлиги тасдиқланган. ВГА га қарши эмлашни 1 ёшдан бошлаш керак. Вакцина мушак орасига 2 марта 0 ва 6 ой ёки 0 ва 12 ойда ўтказилади.

Юқумлилиги

- Сариклик пайдо бўлгандан кейин 1 ҳафта ўтгач вирус нажас билан ажралмайди.
- Доимий вирус ташувчанлик бўлмайди.
- Касалликнинг кечиши ва кузатиш.
- Касаллик ўзига хос спонтан ўтади, махсус даво йўқ.
- Қон зардобиди ҳар ҳафтада АЛТ активлигини у пасаймагунча аниқлаш керак.

Шифохонага ётқизишга кўрсатмалар: фульминант гепатит (тез ошиб борувчи сариклик, жигар энцефалопатияси).

ГЕПАТИТ В

Инкубацион даври 1 – 6 ой.

Юқиш йўллари

- Парентерал (қон препаратлари, наркотик учун шприцлар).
- Жинсий.
- Вертикал (перинатал).

Белгиси	Н Bs А g	Н Bs А g	С Н Bc G	Н В с I	Н Bs А g	HBs Ag га AT
----------------	-----------------------------	-----------------------------	-----------------------------	----------------------------	-----------------------------	---------------------------------

		га А Т	М	М		
Инфекция йўқ	-	-	-			
Эмлашда н кейинги ҳолат	-	+	-			
Табиий иммунитет	-	+ ¹⁾	+			
Ўткир инфекция	+ ²⁾	-	-	-	+ -	
-эрта	+	-	+	+	+	
-кечки				+		
Ташувчанлик	-	+	+/-	+	-	
-юқори юқумлилиги +	+	-	+	-	-	+
-паст юқумлилиги						

¹⁾Касалланганларнинг 10-15 % манфий бўлганда инфекциянинг ягона макёри НВ_c Ag. ²⁾ Биринчи мусбат бўлувчи синама (клиник белгилар юзага чиққунча)

Клиник манзараси

- Гепатит А га нисбатан касаллик аста – секин бошланади.
- Бўғимлар зарарланишининг жараёнга қўшилиши.
- Терининг зарарланиши.
- Гепатит А га нисбатан трансаминаза активлиги секин ошади.

Лаборатор диагностикаси

- АЛТ ва АСТ активлигининг ошиши.
- Ишончли диагнозни қонда HBsAg, HbcAg га қарши IgM синфига хос АТ топилса қўйиш мумкин.
- HBeAg касалликнинг юқумлилигига баҳо бериш учун текширилади. Агар у мусбат бўлса, сурункали гепатитдан дарак беради, бунда вирус тез юқади ва доимий репликация ҳолатида бўлади. Вируснинг мутант штамлари юққан зардобда HBeAg бўлмайди.
- Гепатит В га серологик текширишлар натижаси юқоридаги жадвалда келтирилган.

Профилактикаси

- Юқиш юқори хавфи бўлган шароитлардан сақланиш (потенциал вирус ташувчи билан жинсий алоқадан ҳимояланиш, ностерил инфекцион игналарни ишлатиш) зарур.
- Агар касб фаолияти қон билан ишлашга боғлиқ бўлса, тўғридан – тўғри қон ва унинг препаратлари билан алоқада бўлишдан ҳимояланиш керак.

Эмлаш

- Қуйидаги гуруҳларда эмлаш қатъий тавсия этилади.
- ◆ Онасининг қонида HBsAg бўлган чақалоқларга.
- ◆ HbsAg билан бевосита алоқада бўлган шахсларга – мусбат қон ва инъекцион игналар, жароҳатлар орқали, шиллиқ пардалар ва шикастланган тери.
- ◆ Эндемик районларда ишлашга юбориладиганларга.
- ◆ Наркотикларни вена ичига қўлловчи шахсларга.
- ◆ Қон кетиши билан ўтадиган касалликлари бўлган беморларга (агар қон потенциал инфекцияланган бўлса).
- ◆ HBsAg ташувчи сексуал шерикларга.
- Шунингдек эмлаш тавсия этилади.
- ◆ 7 ёшгача бўлган болалар, агар оиласида вирус ташувчилар бўлса.
- ◆ Тартибсиз жинсий алоқа қилувчилар.

◆ Наркоманлар учун амбулатория муассасасида ишлайдиган ходимлар.

◆ Хирургик стоматологияси ва юз-жағ жарроҳлигида ишлайдиган ходимлар.

• Вакцина тайинлаш.

◆ Гепатит В га қарши вакцина (масалан Н-В-Вах) катталарга 1,0 мл. м/о (болаларга 0,5 мл.).

◆ Худди шу дозани юборишни 1 ва 6 ойдан кейин такрорлаш.

◆ Актив иммунизация ҳар 5 йилда ўтказилади.

◆ Тахминан 10% эмланган кишиларда етарли иммунитет бўлмайди.

Иммунопрофилактикани вирус билан алоқада бўлгандан кейин ўтказиш.

Янги туғилган чакалоқларда онасининг қонида HBsAg мусбат бўлса, гепатит В га қарши Ig билан ўтказилади (Aunativ 0.5 мл. м/о).

Зарарланган қон билан алоқада бўлгандан кейинги ўтказиладиган тадбирлар

• Ярани қондан тозалаш, терини сув ва спирт билан артиш, шиллик пардаларни кўп сув билан ювиш.

• Инфекция ташувчиликка шубҳа қилинганда одам гепатит С га қарши АТ ва HBsAg ни аниқлаш, агар бу таҳлиллар илгари ўтказилмаган ёки натижалари номаълум бўлса.

• Юқиш хавфи бор шахсларда HBsAg ва HBcAg га қарши АТ ни аниқлаш синамани ўтказиш.

• Гепатит В га қарши Ig 5мл. м/о юборилади ва эмлаш ўтказилади. Агар кейинчалик алоқа аниқланса, эмлашни 1–6 ойдан сўнг давом эттириш керак.

Юқумлилиги

• Кўпчилик ташувчилар соғаяди, бироқ уларнинг тахминан 5 – 10% вирус ташувчилар бўлиб қолади.

• HBeAg топилса касалликнинг юқумлилигини билдиради.

Касалликнинг кечиши ва кузатув

• Касаллик кўп ҳолларда спонтан кечади.

- Касалликнинг фаол даврида қонда ҳар ҳафта АЛТ активлигини аниқлаш то у пасая бошлагунча.
- Касаллик бошлангандан сўнг 3 ойдан кейин қонда HBsAg ни аниқлаш шарт.

Касалликнинг сурункали босқичи

- α – интерферонни 4 – 6 ой давомида тайинлаш тахминан 40 % беморларда соғайишга имкон беради (қонида HBeAg топилмайди). Бу препарат катталар ва болаларда яхши самара беради.
- Сурункали В гепатити ташувчиларида гепатоцеллюляр карцинома келиб чиқиш хавфи ортади.

Мутахассислар маслаҳатига кўрсатмалар

- Фульминант гепатит: тез ортиб борувчи сариклик, жигар энцефалопатияси.
- Сурункали фаол гепатит: қонда АЛТ активлигининг ошиши ёки мусбат HBsAg касаллик бошланишидан 3 ойдан кўпроқ муддат сақланса.

ГЕПАТИТ С

- Кўпчилик мамлакатларда кенг тарқалган вирус ҳисобланади.
- Кўп ҳолларда вирус билан зарарланган қон қуйишдан кейин гепатит С келиб чиқади. Тахминан 500 млн. одамлар гепатит С вирусининг ташувчилари ҳисобланади.

Инкубацион даври 20 – 120 кун давом этади.

Юқиш йўллари

- Гепатит В даги каби парентерал, лекин кўзгатувчининг юқумлилиги анча паст. Юқиш вена ичига наркотиклар юбориш ва татуировка қилишда рўй бериши мумкин.
- Кўпинча гепатит С қон қуйилгандан кейинги даврда ривожланганлигини, клиник амалиётда илгари вирусологик текшириш усуллари бўлмаганлиги учун аниқланмаган.
- Гепатит С билан оғриган беморларга ҳеч қандай гемотрансфузия ўтказилмаган ҳоллар тасвирланган, бундай беморларни ҳеч қайси хавф гуруҳига кўшиб бўлмайди.

Клиник манзараси

- Клиник белгилари одатда кам. 25 % инфекция тушган одамларда сариқлик кузатилади (вирусли гепатит В да 50 %). Кўпинча касаллик белгисиз ўтади.
- Сурункали гепатит С билан оғриган беморларда жигарга боғлиқ бўлмаган, эссенциал криоглобулинемия, гломерулонефрит, аутоиммун тиреоидит, Шёгрэн синдроми, терининг кечки порфирияси каби белгилар тасвирланган.

Лаборатор диагностикаси

- Кўпинча гепатит С аниқлашда бирдан – бир белги меъёр ёки вақти – вақтида меъёр натижалари бўлган жигар трансаминаси активлигининг ўзгариши хизмат қилади. Қон зардобиди АЛТ ва АСТ активлиги камдан – кам ҳолларда 800 ТБ/л. дан ошади.
- Специфик ташхиси қонда гепатит С вирусига қарши АТ топилса ёки уни рибонуклеин кислотага (РНК) ПЗР усули билан (ПЗР – HCV) топилса, қўйилади.
- ◆ АТ ни юқишдан кейин 4 – 6 ой ва касаллик белгилари пайдо бўлгандан кейин 2 – 4 ой ўтгач аниқлаш мумкин.
- ◆ ПЗР – HCV одатда белгилар пайдо бўлган вақтдан бошлаб мусбат бўлади.

Юқумлилиги

- 50 – 70 % беморларда (айрим маълумотларга кўра 90 %) сурункали гепатит ривожланади.
- Антитана инфекция даволангандан кейин қисқа муддат ичида пайдо бўлади. Антитаналари бўлган кўпчилик беморлар инфекция манбаи, вирус ташувчилар ҳисобланади.

Кечиши ва динамик кузатув

- Касалликнинг актив даври гепатит В га қараганда енгил кечади. Лекин касаллик 70 – 80 % ҳолларда сурункали шаклга ўтади.
- Касалликнинг фаол даврида жигар трансаминаз ферментларини аниқлашга зарурат йўқ, чунки уларнинг даражаси гоҳ камайиб, гоҳ кўпайиб туради.
- Сурункали гепатит бирламчи инфекциядан 13 йил ўтгач ривожланади, 21 йилдан кейин цирроз, 28 йилдан сўнг гепатоцеллюляр карцинома келиб чиқади. Айрим беморларда (20 – 25 %) цирроз касаллик бошлангандан кейин 5 – 7,5 йил ўтгач юзага чиқади.

Мутахассислар маслаҳатига кўрсатмалар ва даволаш

- Фульминант гепатит ♦ Яққол сариқлик, жигар энцефалопатияси кузатилади ♦ Даволашда α – интерферон қўлланилади.
- Сурункали гепатит ♦ Касаллик белгилари пайдо бўлгандан кейин 6 ой ичида АЛТ ♦ Агар бемор қонида гепатит С вирусига қарши антитана ва РНК вируси аниқланса, жигар биопсияси ва даволаш ўтказиш керак. Биопсияда гепатит белгилари сезиларли даражада ривожланган бўлса ва фиброз кузатилса, α – интерферон ҳафтасига 3 марта 12 – 18 ой давомида ҳамма беморларга буюрилади. АЛТ активлиги кўпинча меъёрлашади. Жигардаги гистологик ўзгаришлар меъёрга тушиши мумкин ♦ Даводан кейин АЛТ доимо юқори бўлиб турса, даволашга қўшимча рибовирин берилади ♦ Ҳозирги вақтда сурункали гепатит С ни самарали даволаш ишлаб чиқилган. Бунда α – интерферон (3 ХБ.) ҳафтасига 3 марта рибовирин билан бирга (1000 – 1200 мг) ҳар куни ичишга буюрилади ♦ Агар ушбу даволашдан кейин беморнинг кутилган ҳаёт давомилиги 6 ойдан кўп бўлмаса, жигар трансплантацияси ўтказиш кўрсатилган.

Гепатит Д

- Гепатит Д гепатит В нинг супер ёки Ко инфекцияси кўринишида аниқланади. Бу инфекция билан кўпинча гепатит В вируси ташувчилари касалланади.
- Кўп ҳолларда наркотикларни вена ичига юборадиган наркоманларда учрайди.
- Касаллик фульминант ҳолда кечади.
- α – интерферон билан даволаш кам сонли беморлардагина фойдали.

Гепатит Е

- Касаллик гепатит А ни эслатади, асосан ривожланаётган мамлакатларда учрайди.
- Кенг амалиётда диагностиканинг махсус усуллари йўқ, қонда иммуноглобулин IgM синфига хос антитанани топиш касаллик ташхисига ёрдам бериши тахмин қилинади.
- Гепатит Е ни ривожаланаётган мамлакатлардан яқинда келган беморларда шубҳа қилиш мумкин. Гепатит Е фекал – орал йўл билан юқади. Гепатит А нинг серологик маркерлари манфий.
- Ҳомиладорлик даврида гепатит Е кечиши фульминант характерда бўлиб, 90 % ўлим билан тугайди.
- Даволаш ва кузатиш гепатит А даги каби.

БОШҚА ВИРУСЛИ ГЕПАТИТЛАР

- Бир қанча ҳолларда вирусли гепатитларга этиологик ташхис куйишнинг иложи йўқ. Ҳозирги кунгача бу вирусли гепатитларнинг чакирувчилари аниқланмаган.
- Гепатит Эпстайн – Барр вируси ва цитомегаловирус билан инфекцияланишнинг 90 % ҳолларида учрайди. Касаллик одатда енгил кечади ва фақат 5 % беморларда сариқлик кузатилади.

ГЕПАТИТЛАРНИ ДАВОЛАШ

Ўткир гепатит

- Тери қичишишини антигистамин дори воситалари ёки холестирамин билан даволаш мумкин (4г.кунига).
- Жигарда парчаланадиган дори воситаларидан фойдаланишда эҳтиёт чораларини билиш керак.
- Овқат юқори калорияли, углеводларга бой бўлиши зарур.
- Гепатит С ни махсус даволаш касалликнинг сурункали шаклга ўтишининг олдини олади.

Фульминант гепатит

- Бемор тезда реанимация бўлимига ётқизилади.
- Жигар трансплантацияси бемор ҳаётини сақлаб қолиши мумкин.

Сурункали гепатит

- α – интерферон ва вирусга қарши бошқа дорилар ишлатилса, гепатит В ва гепатит С бўлган 50 % беморларда ремиссия кузатилади. Кўп ҳолларда даволашдан кейин рецидив учрайди. Гепатит С да интерферон қўлланиш тартиби юқорида келтирилган.

МЕҲНАТГА ЯРОҚЛИЛИК

- Касалликнинг ўткир даврида меҳнатга яроқсизлик варақаси одатдагидек берилади, Беморнинг умумий аҳволи яхшиланиши билан у ишга яроқли ҳисобланади.
- Сурункали ташувчилик меҳнатга яроқсизлик варақаси берилишига кўрсатма бўла олмайди.

ЖИГАР ЦИРРОЗИ

Цирроз – гепатоцитлар некрози натижисида жигар структурасида бириктирувчи тўқималар ривожланиб, ёлғон бўлакчалар пайдо бўлиши билан кечадиган патологик жараёндр.

ХКК-10: · **К70.3** Алкогол этиологияли жигар циррози · **К71.7** Жигарнинг токсик зарарланиши фиброз ва цирроз ривожланиши билан · **К74.3** Бирламчи билиар цирроз · **К74.4** Иккиламчи билиар цирроз · **К74.5** Номальум этиологияли билиар цирроз · **К74.6** Бошқа ва номальум этиологияли жигар циррози.

Циррозда жигар ҳужайралари бириктирувчи тўқима билан алмашинади. Касаллик кечиши ва оқибати жигар паренхимасининг функционал бузилиши даражаси, портал гипертензия ва жигар касаллиги фаоллигига боғлиқ.

Этиологияси

- Алкоголли гепатит ♦ Цирроз ривожланиш эҳтимолини олдиндан айтиш мумкин эмас. Аёллар эркакларга нисбатан касаллик ривожланишига кўпроқ мойил ♦ Бемор алкоголь ичимликларини истеъмол қилишни тўхтатса алкогольли гепатитни даволаш мумкин.
- Жигарнинг сурункали иммун касалликлари ♦ Сурункали аутоиммун гепатит ♦ Бирламчи билиар цирроз ♦ Склерозланувчи холангит.
- Сурункали вирусли гепатит ♦ Вирусли гепатит В ♦ Вирусли гепатит С.
- Модда алмашинуви касалликлари ♦ Гемохроматоз ♦ α_1 - антитрипсин етишмовчилиги ♦ Уилсон-Коновалов касаллиги.
- Шунингдек, жигар циррозига қўшимча омиллар (коинфекция, инфекция ва алкоголь) олиб келиши мумкин.

Диагностикаси

- Бошланғич босқичларида цирроз белгиларисиз кечади.
- Тез чарчаш, тери қичиши, сариқлик ва қорин катталаниши – бу касалликнинг кеч белгиларидан бўлиб, асосий жараён билан боғлиқ
- Алкоголли цирроз ривожланишида 10 йилдан кўп вақт мобайнида мутта алкоголь ичимликларини истеъмол қилиш сабаб бўлади (эркакларда кунига 60 мг, аёлларда 40 мг.).
- Жигар алкогольли касаллиги диагнозини фақат биопсия натижасида бошқа касалликлардан истисно қилиш мумкин.
- Жигар ёғли дистрофияси қайтар жараён. Сезиларли ёғли трансформация ва перивенуляр фиброз ўз оқибатида циррозга олиб келиши мумкин.

Цирроз борлигини асослайдиган физикал белгилар

- Жигар катталаниши ва қаттиқланиши.
- Талоқнинг пайпасланиши.
- Тананинг юқори қисмида ва юзда томир юлдузчалари.
- Палмар эритема.
- Гинекомастия ва тухумдон атрофияси.
- Қорин олдинги деворида веналар кенгайиши.
- Асцит.
- Сариқлик.

Лаборатор текширувлар

- Жигар касаллигига шубҳа бўлганда асосий текширишларга қон умумий тахлили билан ЭЧТ, АЛТ, ишқорий фосфатаза, g-глутамилтранспептидазалар, билирубин, протромбин индекси, альбумин, калий, натрий ва креатинин микдорини аниқлаш керади.

- Этиологиясини аниқлаш учун Hb_s Ag, С вирусли гепатитга қарши АТ, лик мушакларга қарши АТ, митохондриал АТ, АНАТ, қон зардобиди IgG, IgA, IgM даражаси, темир ва трансферрин, α₁ –антитрипсин, церулоплазмин микдори аниқланади.

- Салбий оқибат кўрсаткичлари:

- ◆ Билирубин 300 мкмоль/л. дан юқори.

- ◆ Альбумин 20г/л. дан паст

- ◆ ХММ 2,0. дан кам (ёки протромбин индекси <60%).

Қорин бўшлиғи юқори қисмининг УТТ

- «Ёрқин» жигар ёғли дистрофия ёки фиброз борлигидан дарак беради, лекин бу кўрсаткич ҳамма вақт хос эмас.

- Талоқ катталашини, портал тизим томирлари кенгайиши ва кўринувчи коллатераллар портал гипертензиянинг асосий белгилари.

- Кам микдордаги асцит суюқлигини аниқлаш мумкин.

Жигар биопсияси

- Жигар циррози диагностикасида ягона ишончли усул. Регенератив тугунлар ва бириктирувчи тўқимали тўсиқлар аниқланади.

- Биоптатда бириктирувчи тўқима аниқланмаса сохта-манфий натижа бўлиши мумкин.

- Жигар биопсияси фақат лозим бўлган коагуляцион кўрсаткичларда қилинади [ХММ 1,3 дан кам (ёки протромбин индекси <60%)].

- УТТ кузатуви остида текширишни бажариш асоратларни камайтиради.

Цирроз ва унинг асоратларини даволаш

- Алкоголли циррозда бемор уни истеъмол қилишни тўхтатса касаллик прогнози яхшиланади. Бемор алкоголь истеъмол қилишини тўхтатгандан кейин, варикоз кенгайган веналардан қон кетиш, сариклик, асцит кузатилмаган бўлса, цирроз касаллик оқибатига таъсир қилмайди. Юқори калорияли ва оқга бой бўлган парҳезни сақлаш керак.

- Антифибротик препаратлар йўқ, лекин циррозга олиб келадиган жигар касалликларини даволаш цирроз зўрайшини тўхтатади.

Портал гипертензия

- Қизилўнгач веналари варикоз кенгайишида портал венада қон босимини ва қон кетишини камайтириш учун β-блокаторлар (пропранолол, надолол) ёки изосорбит моносинтрат берилди (β-блокаторлар берилганда ЮУС 25% тушиши керак).

- Агар, беморда илгари кенгайган варикоз веналардан қон кетиши кузатилган бўлса, қон кетиш қайталанишини қуйидагилар орқали бартараф этиш мумкин:

- варикоз кенгайган веналарни резинали ҳалқалар билан бойлаш

- β-блокаторлар билан даволаш

- юқорида кўрсатилган усуллар самара бермаганда шунтловчи операциялар ёки трансъюгуляр жигар ичи портосистемали шунтлаш ўтказилади.

Асцит

- Истеъмол қилинадиган туз миқдорини камайтириш (кунда 1-3 г).
- Гипонатриемия мавжудлигида истеъмол қилинадиган суюқлик миқдорини камайтириш
- Спиринолактон 50-400 мг. дан (600 мг.ча) ҳар куни.
- Керак бўлса спинолактонни илмоқли диуретиклар билан (масалан, фуросемид 20-80 мг.дан ҳар куни) биргаликда қўллаш мумкин.
- Тана оғирлигининг тез камайишидан сақланиш керак (периферик шишлар йуқлигида тана оғирлигининг камайиши кунда 0,5 кг. дан ортиқ бўлмаслиги лозим).
- Простогландинлар синтези ингибиторлари (НЯҚД) буйрак функциясини бузиши мумкин.
- Асцитга қарши даволаш ёрдам бермаса, парацентез (кўп миқдорда суюқлик олиш билан (4-6 л.)) хавфсиз ҳисобланади, агарда ҳар бир олинган суюқлик литрига в/и 6-8г.альбумин юборилса.
- Асоратларга киради: буйраклар етишмовчилиги, гипонатриемия (натрий, калий, диурез, тана оғирлиги назорати остида).
- Ўтказилган терапия натижасида асцит камаймаса, шунтлар қўйиш, трансъюгуляр жигар ичи портосистемали шунтлаш учун жарроҳ маслаҳати керак бўлади.

ЖИГАР ЭНЦЕФАЛОПАТИЯСИ

- Бошланишида кундалик рациондаги оқ миқдорини 40 г гача камайтириш маслаҳат берилади; бемор умумий ҳолати яхшилангач пархездаги оқ миқдорини кўпайтириши мумкин.
- Суюқ нажас ажралиши 2-3 марта бўлгунча лактулозани кунига 15-30 мл. дан кунига 2-3 марта бериш, уни профилактика учун ҳам бериш мумкин.
- Оғир даражали циррозда зарурият ва мумкинчилик бўлганда жигар трансплантацияси ҳақида ўйлаш керак. Алкоголли циррозда жигар трансплантациясига кўрсатмалар камдан кам; бу патологияда алкоголь истеъмолини ман қилиш тавсия этилади.

ҚЎШИМЧА МАЪЛУМОТЛАР

- Варикоз кенгайган веналардан қон кетиши олдини олиш учун пропранололдан кўра склеротерапия яхшироқ натижа беради, лекин унинг асоратлари кўпроқ.
- Умумий ўлим кўрсаткичини камайтириш учун варикоз кенгайган веналардан қон кетишини олдини олишда склеротерапия самарали ҳисобланади.
- Алкоголли гепатитда глюкокортикоидлар самарадорлиги ҳақида маълумотлар йўқ.

ЎТ-ТОШ КАСАЛЛИГИ

ХКК-10.К 80.0 • Ўт пуфагининг тошлари ўткир холецистит билан. **К 80.1** Ўт пуфагининг тошлари бошқа холецистит билан. • **К 80.2** Ўт пуфагининг тошлари холециститсиз. • **К80.3** Ўт йўлидаги тошлар холангит билан. • **К80.4** Ўт йўли тошлари холецистит билан. • **К80.5** Ўт йўли тоши холангит ёки холециститсиз. • **К80.8** Холелитиазнинг бошқа шакллари • **К91.5** Постхолецистэктомик синдром.

Асосий ҳолатлар

- Белгисиз холелитиаз—беморлар диспансер назоратда бўлиши кўрсатилган, уларга касалликнинг турлича кечиши ва асоратлари ҳақида тушунтиришлар ўтказилади; айрим ҳолатларда лапароскопик холецистэктомия ўтказилиши мумкин.

- Ўт пуфагида конкрементлар бўлган беморларни консерватив ёки хирургик даволашга кўрсатмани аниқлаш учун мавжуд белгиларнинг боғлиқлигини аниқлаш муҳим.

- Холецистэктомия операциясини бажаришдан олдин йўлдош гастроэнтрологик ва бошқа касалликларни аниқлаш ва даволаш мақсадида бемор тўлиқ клиник ва инструментал текширишлардан ўтказилиши керак .

Хавфли омиллар : • Ёши • Жинси аёл бўлиши • Ирсий мойиллик. • Семириш • Ҳомиладорлик • Ёнбош ичак касалликлари • Тўлиқ парентерал овқатланиш.

Клиник манзараси

- Беморларда касалликнинг латент босқичида клиник белгилар намоён бўлмайди.
- Касалликнинг бошқа босқичларида қуйидаги клиник белгилар кузатилиши мумкин:

- ◆ Эпигастрал соҳа ва/ёки ўнг қовурға ёйи ости соҳасида симилловчи ўтиб кетувчи оғриқлар, турли диспепсик бузилишлар. Бу босқичда ушбу клиник кўринишларни келтириб чиқарувчи бошқа сабабларни аниқлаш ва истисно қилиш керак;

- ◆ Орқага, ўнг елкага узатилувчи, ўнг қовурға ёйи соҳасидаги санчиксимон оғриқлар. Ифодаланган оғриқ хуружининг 6 соатдан кўп давом этиши. Яллиғланишнинг умумий ва маҳаллий белгиларининг қўшилиши ўткир калькулёз холецистит ривожланаётганини тахмин қилиш имконини беради.

Диагностикаси

- УТТ- ўт тош касаллигини текширишнинг оптимал усули ҳисобланади. Усулнинг сезгирлиги тахминан 90% ташкил этади. Касалликнинг асоратсиз кечишида конкрементларнинг сони ва ўлчови, ўт пуфаги деворининг қалинлашганлиги катта аҳамиятга эга; асоратли кечишида эса - ўт пуфагининг бекилиш белгилари (унинг бир мунча катталаниши), ўткир яллиғланиш белгилари (ўт пуфаги деворининг шиши), умумий ўт йўли патологияси белгилари (бўшлиғида конкрементлар бўлиши ёки уни 8 мм. дан кўпроқ кенгайиши). Кўпинча ўт пуфагида чўкма (сладж) аниқланилади. Баъзан у вақтинчалик бўлиши мумкин, масалан оч қолганда ва бундай ҳолатда текшириш ҳамда уни динамикада кузатиш талаб этилади.

- ЭФГДС- ошқозон ва ўн икки бармоқли ичак ҳолатини баҳолаш ва холедохолитиазга шубҳа бўлганда ўн икки бармоқли ичакнинг катта сўрғичини кўриш.

- Эндоскопик ретроград холангиопанкреатография - умумий ўт йўлида тошга шубҳа бўлганда жигардан ташқари ўт йўллари текшириш ва механик сариқликнинг бошқа сабабларини аниқлашда юқори маълумотли усул ҳисобланади.
- УТТ ёки КТ кузатуви остида ўт йўллари пункцион тўғри рентгенконтрастлаш усули билан - ўт йўлидаги тўсиқ даражаси ва механик сариқлик сабаблари аниқланилади.
- Холецистография - тошларни эритиш режалаштирилганда ўтказиладиган функционал рентгенологик текшируви.
- Биохимик текширишлар - АЛТ ва ишқорий фосфатаза фаоллигининг, билирубин миқдорининг ошиши - одатда у қориндаги билиар оғриқларни кўрсатади.
- Умумий лаборатор текширишлар - қондаги яллиғланишли ўзгаришлар (қон зардобдаги С- реактив оқ, периферик қонда лейкоцитлар миқдори ва ЭЧТ) ни ҳисобга олиб холециститнинг оғирлик даражаси баҳоланади.

Асоратлари:

- Ўткир холецистит: умумий ва маҳаллий яллиғланиш белгилари билан оғриқ хуружини чўзилиши, яллиғланишнинг ўткир фазаси кўрсаткичлари оши. АЛТ ва ишқорий фосфатаза фаоллиги касаллик бошида ҳар доим ҳам кўтарилмайд.
- Ўткир холангит (юқори тана ҳарорати, оғриқ ва сариқлик).
- Холедохолитиаз - умумий ўт йўлидаги конкрементларнинг ультратовуш белгилари ёки ўт йўлининг кенгайиши, кўпинча сариқлик билан бирга кузатилади.
- Ўткир панкреатит - бел соҳасига узатилувчи оғриқлар, қон ва сийдикда амилаза миқдорининг ошиши билан кузатилади.
- Механик сариқлик - тери қопламалари, склера сариқлиги, қонда билирубин миқдорининг ошиши, сийдикда ўт пигментларининг пайдо бўлиши кузатилади. Обтурацион холециститда ўт пуфагини катталашиши ёки панкреатитда ошқозон ости беши бошчасининг шиши механик сариқликка сабаб бўлиши мумкин.
- Ўт пуфаги карциномаси.
- Билиодегистив оқмалар - тош емириши ҳисобига ўт пуфаги деворида ёки ўн икки бармоқли ичак ва умумий ўт йўли орасида ҳам патологик оқмалар ҳо бўлиши. Холедоходуоденал оқма орқали ўт пуфагидан ичакка тушган катта тошлар ичакда обтурация келтириб чиқариб механик ичак тутилишига олиб келиши.

Даволаш ва шошилиш хирургик амалиётига кўрсатмалар.

- Ўт тош касаллигини клиник белгилари бўла туриб субектив сабабларга кўра операциядан бош тортган ёки унга қарши кўрсатмаси бўлган беморлар консерватив даволанади.
- Комплекс консерватив даволаш кечиктирилган ҳолатларни хирургик муолажасига тайёрлаш босқичи деб қараш лозим. Бундай ҳолларда даволашнинг минимал ҳажми - спазмолитиклар, инфузион-дезинтоксикацион ва антибактериал терапиядан иборат. Ўткир холециститни даволашда β-лактам антибиотикларини монотерапия кўринишида (цефалоспоринлар, цефуроксим) ёки бошқа дорилар билан биргаликда қўллаш мақсадга мувофиқ бўлади.

- Шошилинч хирургик даволашга кўрсатмалар: перитонит белгилари бўлган ўткир калькулёз холецистит ёки 24-48 соат давомида ўтказилган консерватив даво ижобий самара бермаса.
- Ўт тош касаллигининг холангит, механик сариклик, деструктив панкреатит каби асоратлари бор беморлар кечиктирилган хирургик усулда даволаниши керак. Уларга шошилинч равишда керакли текширув ва консерватив тайёргарликлар ўтказилади. Операциянинг ҳажми биринчи босқичда бўшлиқ ичи эндоскопия, холецистостома қўйиш билан чегараланиши мумкин.

Даволаш усуллари ва тамойиллари.

- Ўт тош касаллигининг асоратсиз шаклларида беморлар махсус гастроэнтерологик ва умумий терапевтик бўлимларда текширилади ва даволанилади.
- Ўт пуфаги тошларини урсодезоксихол кислота билан парчалаш чегараланган кўрсатмага эга. Масалан кичик ўлчамдаги холестеринли тошлар бунга мисол бўлади^А.
- Ўт тош касаллигининг латент босқичида фақатгина кам инвазив лапароскопик усул билан операция қилинади. Бу босқичда холецистэктомияга кўрсатма ижтимоий омиллар ва қорин бўшлиғидаги бошқа оператив аралашув билан қўшилган ҳолда бўлиши мумкин.
- Лапароскопик холецистэктомия - асоратсиз ўт тош касаллигида оператив даволашнинг танлов усули ҳисобланади. Касалхонада ётиш, меҳнатга лаёқатсизлик, реабилитация муддати одатдаги очик холецистэктомияга қараганда қисқароқ бўлади.
- Барча босқич ва асоратланган шаклларида – лапароскопик холецистэктомия ёки кичик жароҳат билан қилинадиган бўшлиқ ичи эндоскопик аралашувлари танланади. Аммо асоратлар ривожланаверса ҳал этувчи омил бўлиб бемор ҳолатининг оғирлиги ҳисобланади ва унда пайдо бўлган асорат исталган самарали усул ёрдамида тезроқ бартараф этилади.
- Ўт тош касаллигининг барча асоратлари беморларни хирургик шифохонага ётқизиш учун тўғридан-тўғри кўрсатма бўлиб ҳисобланади. Бунда иложи борича тезроқ диагноз қўйиб даволашнинг монанд усулини аниқлаш керак. Механик сариклик сабабини максимал тезликда аниқлаб, ўт йўлидаги тўсиқни биринчи 7-14 кунда бартараф этиш керак.
- Холедохолитиаз кўринишидаги асоратланишларда ҳозирги пайтда икки босқичли хирургик ёрдам кўрсатиш оптимал деб ҳисобланилади. Дастлаб эндоскопик папиллосфинктротомия кейин бевосита холецистэктомия бажарилади.
- Аниқ белгиланган хирургик усул ёки уларнинг бир нечтаси ҳар бир бемор учун максимал самарадорлик, рационаллик ва зарарсизлик тамойиллари асосида танланилади. Ҳаттоки қариялар ва умумий аҳволи оғир беморларда ҳам одатдаги ананавий оператив аралашув ёки каминвазив технологиядан фойдаланиш мумкин.

Постхолецистэктомик синдром.

Бу гуруҳга холецистэктомия операцияси ўтказилгандан кейинги турли патологик ҳолатлар ва клиник кўринишлар киритилади.

- Холецистэктомиядан кейинги оғриқлар ўт йўлларида қолган тошлар, қоп йўлининг қолдирилган узун чўлтоғи, операция давомида ятроген зарарланиш туфайли («чин постхолецистэктомик синдром») бўлиши мумкин. Кўпинча бундай операциядан кейинги ҳолат бемор операциягача узоқ вақт ЎТК билан оғриган бўлса, ўша даврда, яъни операциядан олдин унда ўн икки бармоқли ичак катта сўрғичи стенози, склерозланувчи холангит, сурункали панкреатит каби патологиялар ривожланиши ҳисобига кузатилади.
- Операциядан кейинги белгилар пайдо бўлиши сабабларининг катта гуруҳи операциягача аниқланмаган ёки операциядан олдин клиник муҳим деб қаралмаган йўлдош гастроэнтерологик касалликлардир («сохта постхолецистэктомик синдром»).

ОШҚОЗОН ОСТИ БЕЗИНИНГ ХАВФЛИ ЎСМАЛАРИ

Касалланиш 2001 йилда 100 000 аҳолига 9,1% га тўғри келган.

Ошқозон ости бези раки

- **Эпидемиологияси.** Ошқозон ости бези раки ошқозон-ичак йўллари орасида учинчи ўринда, барча хавфли ўсмалардан ўлим сабаб бўлиш борасида бешинчи ўринда туради. Аденокарцинома билан касалланиш доимо ўсамоқда, асосан 50-60 ёшдаги эркаклар орасида 90% ни ташкил қилади.
- **Этиологияси.** Ошқозон ости бези раки тамаки чекиш билан боғлиқ бўлиши мумкин. Наслида панкреатит билан хасталанган беморлар бўлса уларда ўсма келиб чиқишига мойиллик бўлади.
- **Патологик анатомияси.** Кўп ҳолларда без аденокарцинома – донатор кўринишда бўлиб, худудар лимфа тугунларида эрта метастазлар беради. **Клиник манзараси** ♦ Эрта белгилар носпецифик бўлиб, эпигастрал соҳада оғриқ, беморнинг озиши, танани орқа томонига узатилувчи оғриқлар ♦ Белгиларнинг кузатилиши, ошқозон ости безида ўсманинг жойлашган жойига боғлиқ. Кўпинча рак ошқозон ости безининг бошчасида (50-80 %) кузатилади. Бу ҳолатларда 75 % беморларда озиш ва механик сариқлик каби белгилари пайдо бўлади ва аксарият ҳолларда хуружлар оғриқсиз ўтади. Айрим ҳолларда 25% беморларда эпигастрал соҳада ўраб олувчи оғриқ ва сабабсиз дискампорт кузатилади. Ошқозон ости безида ўсма ретроперитонеал жойлашган бўлса, эрта босқичида физикал текшириш қийин бўлади ва ўсма маълум бир даражада катталикка эга бўлса (эпигастрал соҳада ўсмасимон ҳоа пайпасланади) ёки метастаз берганда аниқлаш мумкин. Ошқозон ости бези бошчасининг ўсмаси пайпасланса бу унинг 20% ҳолатларда норезектабеллиги таъкидлайди. Ўт пуфагининг гипомоторикаси (белги Курвуазье) ёки ўт йўллари ўсма томондан қийин натижасида обструктив панкреатик келиб чиқади. G ошқозон ости безининг тана ёки дум қисмини ўсмаси камроқ учрайди ва юқоридаги белгилар кечки босқичида пайдо бўлади. Ўсманинг бундай жойлашишида 10% ҳолатларда механик сариқлик кузатилади.
- **Диагноз** ошқозон ости безининг раки эрта босқичида кам аниқланади ♦ Ноинвазив диагностик методлар ♦ КТ ва УТТда 2-3 см ўлчамдаги ўсмани аниқлаш мумкин ♦ агар ўсма катта ўлчамда бўлса ва ўн икки бармоқли ичакга тегиб турса (кечки босқичи), ошқозон-ичак йўлининг юқори қисмини рентгенографияси билан

аниқлаш мумкин. F инвазив диагностик усуллар ♦ УТТ ёки КТ назорати остида ўсмани ингичка игна ёрдамида тери орқали аспирацион биопсия қилиб цитологик текшириш аниқ ва асоратсиз диагноз қўйишга ёрдам беради ♦ Ошқозон ости безининг йўлига дуоденоскоп канюлясини ўрнатиш ♦ Эндоскопик ретроградли холангиопанкреотография қилинади. Бунда рентгенконтраст модда юборилиб (йўлига) рентген тасвирга туширилади. Бу усул ўсма кичик ўлчамларда бўлганда қўлланилади. Бундан ташқари ошқозон ости безини йўлидаги ажралмалар ва эпителийни цитологик текшириш ҳам катта аҳамиятга эга ♦ **Лаборатор текширишларида** 80 % беморларнинг зардобиди ишқорли фосфатаза активлиги, кўпинча Аг (КЭАт), ЛДГ ва глутаматоксалоацетат трансминазалар ошади. Сариклик 65% беморларда учрайди, 25% беморларни зардобиди амилаза юқори бўлади. Ўсма маркёри билан боғлиқ СА 19-9 ва ошқозон ости безининг карциномаси (ошқозон ости безини текшириш учун ўтказиладиган синама унинг ракини 80% сезувчанликга эга, специфик эса 90%) ♦ **Ангиография.** Ошқозон ости бези ва 12 бармоқли ичак артериясининг бошини ҳамда ўсманинг катталигини аниқлаш мумкин. Веноз фаза эса юқори веналар ёки талоқ венасидаги димланиш ҳақида маълумот беради.

TNM классификация (ўсма босқичларига қаранг) ♦ pTis –рак in situ ♦ T1- ўсма 2 см гача, ўзгаришлар йўқ, ошқозон ости бези билан чегараланган ♦ T2-ўсма 2 см дан катта ўнда ўзгаришлар йўқ. Ошқозон ости бези билан чегараланган ♦ T3- ўсма қуйидаги структураларнинг бирортасига ўсади: ўн икки бармоқли ичак, ўт йўли ёки перипанкреатик тўқима ♦ T4-ўсма қуйидаги структураларнинг бирортасига ўсган: ошқозон, талоқ йўғон ичак, катта қон томирлар (якин жойлашган) ♦ NO-худудар лимфа тугунларига метастазлар йўқ. ♦ N1-худудар лимфа тугунларига метастазлар бор.

•**Босқичлар бўйича гуруҳлаш** •0 босқич: TisNOMO •1 босқич T1 NO MO •2 босқич T3 NO MO •3 босқич T1 N1 MO •4 босқич •T4 NO-1 MO •T1-3 NO-1 M1.

•**Даволаш:** ♦ Панкреатодуоденал резекция (Уиппл операцияси), ўсмани резекция қилиш мумкинлигида - ошқозон ости бези бошчасининг ракида стандарт усул билан хирургик даво ўтказилади. ♦ Операция столга олиш учун қуйидаги мезонларга амал қилиш зарур: жигарга метастаз бермаган, ўсма жигар дарвозасига ва дарвоза венасига ўсмаган, юқори (ичак туткич) артерияларга ва бошқа органларга метастазлар бермаган бўлса, ♦ Операциядан олдин ёки операция вақтида пункцион аспирацион биопсия ёрдамида ўсмани малигнизациясини гистологик аниқлаш ♦ Уиппл операциясида ошқозон ости безини бошчаси, 12 бармоқли ичак, умумий ўт йўлини дистал қисмини, ўт пуфагини ва ошқозонни дистал қисмини олиб ташлаш билан чегараланилади. Ўтказувчанликни яхшилаш учун ошқозон ичак трактига гастроюеноанастамоз, холедохоюеноанастамоз ва панкреатикоюеноанастамоз қўйилади. Ўлим 15% ни ташкил қилади. **Асоратлари** - қон кетиш, абсцесс ва панкреатикоюеноанастамозга мослашмаслик ♦ Чап томонлама гемипанкреатэктомия, спленэктомия, лимфаденэктомия қилинади. Қачонки ўсма ошқозон ости безининг танасини ўрта ва дўм қисмига жойлашган бўлса ♦ Панкреатэктомия кенг қўлланилмайди қилинмайди. Операцияни устунлиги: мультифокал ўсмани олиб ташлаш мумкин (40 % ҳолатларда), бу

операциядан кейин панкреатодуоденал резекциядан нисбатан бемор узокроқ яшайди. Бундан ташқари панкреатэктомиядан кейин қандли диабетнинг оғир шакли, ўз навбатида беморни операциядан кейинги ахволини оғирлаштиради

◆ Кеч диагноз қўйилса поллиатив операцияга нисбатан, радикал операция кўп қўлланилади ҳам

◆ Поллиатив операцияда ўт йўлини яхшилаш, ошқозон ичак йулини ўртасига декомпрессив анастамоз ва ўт пуфаги ҳамда умумий ўт йўлини ўтказувчанлигини яхшилашга қаратилган

◆ 20% ҳолатларда беморларда қайта операция ўтказилади. Қайта операцияда ошқозон ва 12 бармоқли ичак ўртасидаги ўтказувчанликни яхшилашга қаратилган, агар тартибли шунтлаш операцияси эрта қўлланмаган бўлса. Шунинг учун кўпгина клиникаларда холедохоюеноанастамоз, гастроюеноанастамоздан кейин қўйилади

◆ Ошқозон ости безининг ракида химиотерапия кенг доирада ишлатилади. Комплекс схема бўйича қўлланилади: 5-фторурацил вақтинча берилмаса, нисбатан вақтинчалик ўлчамини катталашига олиб келади, лекин умрни узайишига олиб келмайди

◆ Интраоперацион нур ва дистанцион терапия бирламчи ўчоқни ва метастазларининг ўсишини тўхтатиш учун қўлланилади. Натижалари яхши (резекция қилиб бўлмайдиган ҳолатларда ўртача 13 ой яшайди). F нурли терапия ўсма ўлчамини кечиклаштиради 60-70 % беморларда поллиатив услуб сифатида ишлатиш мумкин.

Оқибати яхши эмас

◆ 5% ҳолларда бемор 5 йил яшайди. Кўпчилиги операциядан кейин 1 йил яшайди

◆ Резекция қилиб бўлмайдиган рақда ўртача яшаш 6 ой

◆ Ҳатто ошқозон ости безининг операция қилиш мумкин бўлган ўсмаси бор беморларга оператив даво кам самара беради. Фақатгина уларнинг 10 % беморлар ошқозон ости безининг резекциясидан кейин 5 йил яшайди.

Ошқозон ости безининг цистаденокарциномаси. Сероз ва шиллиқ цистоаденомалар кўп сонли майда (сероз) ёки катта (шиллик) қаттиқ ҳоалиги билан характерланади. Кисталар панкреатик йўл билан алоқада бўлмайди, амилаза сақланмайди, зардобдаги амилазалар меъёрда бўлади (псевдокисталарда 60-75% ҳолатларда ошиши мумкин). Ангиография қилганда гипертаскуляризация аниқланади. Кўпинча аёллар касалланади, типик ҳолатларда ориқлаш кузатилади, анамнезида панкреатит бўлмаса, давоси хирургик кистани тўлиқ олиб ташлаш.

ХХК -10 • С25 Ошқозон ости безининг хавфли ўсмаси

◆ D01.7 рак in situ овқат ҳазм қилиш йўли.

ҚИЧИШИШ(ТЕРИ КАСАЛЛИКЛАРИДА) ҚИЧИШИШ

АСОСИЙ ҲОЛАТЛАР

- Специфик даволаш ўтказганда касалликни аниқлаш шарт (қичима, экзема, герпетиформ дерматит). Шунингдек, кўрсатилган касалликларни дифференциал диагностикасини ўтказиш лозим.
- Агар тери касалликларини аниқлаб бўлмаса, унда қичишга олиб келувчи бошқа патологиялар тўғрисида ўйлаш керак (масалан, жигар касалликлари, Ходжкен касаллиги, уремия).

МАҲАЛЛИЙ ҚИЧИШ

Асосий сабаби – маҳаллий жараён (экзема, нейродермит дори препаратларига маҳаллий реакция, ҳашаротлар чақиши ва бошқалар), баъзан қичишиш психоген табиатга эга.

ТАРҚАЛГАН ҚИЧИШ

- Аллергодерматозлар: эшак ем, тарқалган экзема, атопик дерматит.
- Дори препаратларига систем реакция.
- Жигар касаллиги.
- Строфулюс (айниқса болаларда).
- Ходжкен касаллиги.
- Терининг бошқа касалликлари: сурункали қичима ва бошқалар.

ҚИЧИШНИНГ НОЗОЛОГИЯГА БОҒЛИҚ ЖОЙЛАШУВИ БОШНИНГ СОЧЛИ ҚИСМИ

- Себореяли дерматит.
- Атопик дерматит.
- Псориаз (қичиш тез–тез учрайди).
- Таъсирланиш ёки аллергия алоқа дерматит (сочни парваришларда қўлланиладиган моддалар (совун, шампунь ва б.)).
- Педикулёз.

ЮЗ

- Атопик дерматит.
- Себореяли дерматит.
- Аллергик алоқа дерматит (пардоз буюмлари, тирноқ учун лак).
- Импетиго (болаларда тез–тез қичиш учрайди).
- Оддий герпес (кўпинча оғриқ, қичишиш кам кузатилади).

ТАНАДА

- Атопик дерматит.

- Себореяли дерматит.
- Аллергик алоқа дерматит.
- Эшакем.
- Пушти темиратки.
- Ҳашаротлар захри ва чақиши.
- Қичима (кўтир).
- Дерматомикозлар (қичиш хос белги ҳисобланмайди).

ЖИНСИЙ АЪЗОЛАР СОҲАСИ

- Атопик дерматит
- Себореяли дерматит.
- Дерматомикозлар.
- Қов бити.
- Қичима (кўтир).
- Психологик сабаблар.
- Эритразма.
- Гелментозлар, масалан: энтеробиоз.
- Кандидоз.

ПЕРИАНАЛ СОҲА

- Себореяли дерматит.
- Носпецифик дерматит.
- Аллергик алоқа дерматит (бавода малҳам қўлланилиши).
- Геморроидал тугунлар.
- Орқа чиқарув йўлининг ёрилиши (оғрик билан ўтади).
- Иккиламчи кандидоз.
- Психологик сабаблар.
- Энтеробиоз.

ОЁҚ – ҚўЛЛАР СОҲАСИ

- Атопик дерматит.
- Ирритант дерматит.
- Аллергик алоқа дерматит.
- Веноз етишмовчилиги натижасида трофик ўзгаришлар сабабли дерматит (масалан, болдир соҳасида).
- Қичима (кўтир).
- Ҳашаротлар чақиши.
- Нейродермит.
- Герпетиформ дерматит.

САБАБИ АНИҚ БЎЛГАНДА ТАРҚАЛГАН ҚИЧИШИШ

- Атопик дерматит.

- Тери куруқлиги (сенилли қичима).
- Эшакем.
- Қизил ясси темиратки.
- Псориаз.
- Тарқалган экзоген аллергик реакция.

ТЕРИ КАСАЛЛИКЛАРИГА БОҒЛИҚ БЎЛМАГАН ТАРҚОҚ ҚИЧИШИШ

- Тери касалликлари билан боғлиқ қичишишга нисбатан кам учрайди.
- Дермографик эшакем (терида ручкани тўмтоқ учи билан чизилади).
- Уремия.
- Жигар касаллиги, жумладан, гестозда.
- Ходжкен касаллиги.
- Чин полицитемия.
- Қалқонсимон без касаллиги.
- Психоген қичишиш.

ТЕКШИРИШ

ҚИЧИШИШ ВА ТЕРИ КАСАЛЛИКЛАРИ

- Агар қичишиш сабаби – тери касаллиги бўлса, унда махсус этиологик омилни излаш керак (аллергия, инфекция, қичима).

ТЕРИ КАСАЛЛИГИ КЛИНИКАСИ БЎЛМАГАН ТАРҚОҚ ҚИЧИШИШ

- Синчковлик билан клиник текшириш (сариклик, лимфа тугунлар катталашуви ва б.).
- Қўшилиб келган ва анамнезида ўтказган бошқа касалликлар, дори – дармонлар анамнези.
- Қон таҳлили, эритроцитларнинг чўкиш тезлиги, креатинин, АЛТ, ишқорли фосфотаза, билирубин (умумий ва конъюгирланган).
- Кўкрак қафаси рентгенографияси.
- Зарурат бўлганда аллерголог, дерматолог, терапевт, психиатр маслаҳати.

ҚИЧИШИШНИ ДАВОЛАШ

- Тери касаллигини этиологиясига кўра даволаш.
- Самарали симптоматик даволаш (масалан, атопик дерматит, бошқа носпецифик экзема, қизил ясси темиратки).
- Тери куруқлигида қичишиш кўп учрайди. Асосан қишда кексаларга намлантирувчилар тайинланади.
- Бемордан сув гигиеник муолажаси билан боғлиқ одатларини сўраш шарт. Кўпинча детергентлар қўллашни чеклашни маслаҳат бериш лозим. Душдан кейин терида юмшатувчи крем суртиш керак.
- Антигистамин препаратларни тунда қабул қилиш (гидроксизин), самарали симптоматик даво ҳисобланади. Седатив бўлмаган антигистамин препаратларни

эшакемда қўллаш самарали, бироқ бошқа сабаблардан келиб чиққан қичишишда унинг таъсири плацебога ўхшаш.

- УБН-терапияси қичишиш билан ўтадиган кўп касалликларда: атопик, себореяли дерматит, псориаз, қизил ясси темиртки, эшакем, уремик қичишишда самарали ҳисобланади.

МУТАХАССИСГА МУРОЖААТ УЧУН КўРСАТМАЛАР

- Сабаби ноаниқ қичиш ёки даволашнинг самараси етарли эмаслиги. Беморни қичишиш безовта қилса ва унинг аниқ сабаби топилмаса мутахасис кўригига юборилади.

ЭСЛАТМАЛАР

Седатив бўлмаган антигистамин препаратлар ҳар қандай этиологияли қичишишда фойдали.

Даволашнинг мазкур тури эшакем ва уремик қичишишда кам самара беради.

АТОПИК ДЕРМАТИТ

Атопик дерматит –терининг аллергик касаллиги бўлиб, асосан шу касалга ирсий мойиллиги бўлган гўдак ва ёш болаларда учрайди. Касаллик специфик ва носпецифик аллергенларга юқори сезувчанликка боғлиқ бўлиб, сурункали ва қайталаниб кечиши ҳамда тери қичишиши билан характерланади.

ХКК-10 • L20 Атопик дерматит • **L20.8** Бошқа атопик дерматитлар • **L20.9** Аниқланмаган атопик дерматит.

ҚИСҚАРТМА: АтД – атопик дерматит.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯСИ

- АтД билан касалланиш ривожланган мамлакатларда болалар орасида – 12-17% ни ташкил қилади.
- АтД билан касалланиш ривожланган мамлакатларда катталар орасида 0,2-2% ни ташкил қилади.
- АтД касаллиги билан барча ёшдагилар касалланиши мумкин, лекин кўпроқ, 2 ёшли болаларда учрайди.
- Аллергик касалликлари бор беморларда АтД 60-80% ҳолларда ирсий мойиллик натижасида келиб чиқади. Соғлом ота – оналарнинг болаларида касаллик пайдо бўлиши 10-20% ни ташкил қилади. Агар АтД ота – онанинг бирида мавжуд бўлса, болада касалликнинг келиб чиқиш эҳтимоли 45-55%. Агар отаси ҳам онаси ҳам касалланган бўлса, бу рақам 60-80% га тенглашади. Агар онада атопик дерматит бўлса, болада касалликнинг келиб чиқиш эҳтимоли юқорирок бўлади.
- Ёш ўтиши билан касалликнинг учраш сони камаяди. 15 ёшга етган беморларнинг 50% ида бутунлай соғайиш кузатилади, айримларда эса баъзан бутун умр қолиши мумкин.

ПРОФИЛАКТИКАСИ

ЖССТ нинг бронхиал астма, аллергия (шу жумладан, АтД) профилактикаси экспертлар кўмитаси хавф гуруҳи бўлган болаларда профилактик ишларни олиб боришда қуйидагиларга эътибор беришни тавсия этади:

- Ҳомиладорлик даврида гипоаллерген ёки элиминацион парҳезларга риоя қилишнинг самарадорлиги тўғрисида ишончли маълумотлар олинмаган.
- 4 ойликкача бўлган хавф гуруҳидаги болаларни фақат она сути билан боқиш тавсия қилинади, кўшимча овқат зарур бўлса, гипоаллерген аралашмалар (гидролизатлар) беришга рухсат этилади.
- Хавф гуруҳидаги аёлларга лактация даврида гипоаллерген парҳезлар тайинлаш болаларда АтД юзага келиш эҳтимолини бирмунча камайтиради.
- Кўшимча овқат сифатида бола 4 ойликдан ошгандан кейин гипосенсибилизация фаоллиги паст маҳсулотларни бериш мумкин.
- Ташқи муҳит омилларини назорат қилиш ♦ тамаки тутуни таъсирини чеклаш (аёллар ҳомиладорлик ва лактация даврида чекмасликлари, бола ҳаётининг биринчи кунидан чекиладиган хонада ётмаслиги) ♦ уй чанги, ҳайвонлар, суваракларни йўқотиш ♦ бола ётган хонанинг намлиги ва шамоллатишни таъминлаб туриш (заҳдан сақлаш) ♦ поллютантларнинг таъсирини камайтириш.

Классификацияси

- АтД нинг ягона таснифи йўқ.
- Экзоген ва эндоген АтД ♦ АтД экзоген (респиратор аллергия билан ассоциацияланган) ва эндоген АтД (респиратор аллергия билан ассоциацияланмаган) турларга бўлинади ♦ АтД билан касалланганларда респиратор аллергия (аллергик ринит, бронхиал астма) келиб чиқиш хавфи 40-60% ни ташкил қилади ♦ «Аллергологияда қайта кўриб чиқилган номенклатура» номли позицион ҳужжатда «Атопик экзема дерматит синдроми – АЭДС» деб ажратишга кўра бу аллергик АЭДС ва ноаллергик АЭДС га бўлинади. АтД нинг 10-40% ини ноаллергик АтД ташкил қилади.
- АтД нинг ишчи классификацияси бўйича ёшга оид даврини, касаллик босқичини, оғирлик даражаси ва теридаги жараённинг тарқалиши билан фарқ қилинади ♦ Касалликнинг ёшга оид даврлари ♦ I Ёш даври – чақалоқлик (2 ёшгача) ♦ II Ёш даври – болалик (2 ёшдан 13 ёшгача) ♦ III Ёш даври – ўсмирлик ва катта ёш (13 ёшдан юқори) ♦ Касаллик босқичлари ♦ Кўзиш босқичи (клиник белгилари яққол ва ўртача намоён бўлган давр) ♦ Ремиссия босқичи (нотўлиқ ва тўлиқ ремиссия) ♦ Жараённинг тарқалганлиги ♦ Чегараланган – локаллашган ♦ Тарқалган ♦ Диффуз ♦ Жараённинг оғир – енгиллик даражаси: енгил кечиши, ўртача оғирликда, оғир кечиши. АтД нинг оғирлик даражасини баҳолаш учун ярим миқдор шкала қўлланилади: энг кўп қўлланиладиган шкалалар SCRAD (Scoring of Atopic Dermatitis) ҳисобланади ♦ Асоратлар. АтД кўпинча иккиламчи инфекция: бактериал, замбуруғли ёки вирусли инфекцияларнинг қўшилиб келиши натижасида асоратланади.

ДИАГНОЗИ

КЛИНИК ДИАГНОЗИ

- АтД нинг клиник диагнозини асосан касалликнинг клиник кўриниши: яъни, папулёз, везикулёз тошмалар, тери куруклиги, кипикланиш, гиперемия, инфильтрация, тирналиш, намланиш ва тери қичиши каби белгилар мавжудлиги асосида қўйилади. Бундай беморларда уйку бузилган бўлади.
- Ҳар бир ёш даври тери элементларининг жойлашуви ва морфологияси билан характерланади.
- **Диагностик мезонлар.** 1980 йилда Hanifin ва Rajka томонидан таклиф этилган АтД нинг диагностик мезонларига мувофиқ, 3 та ва ундан ортиқ зарурий ва 3 та ва ундан ортиқ қўшимча белгиларнинг мавжудлиги АтД диагнозини қўйишга асос бўла олиши кўрсатилган эди. Кейинчалик бу мезонлар бир неча марта қайта кўриб чиқилди ва ҳар хил клиник вариантларда қўллашга тавсия этилди. Ҳозирги вақтда қуйидаги мезонлар аҳамиятли ҳисобланади:
 - Терининг қичишиши.
 - Терининг зарарланишининг ёшга хос ўзгаришлари.
 - Сурункали қайталаниб кечиши.
 - Беморда ва/ёки унинг қариндошларида атопик касалликлар борлиги.
 - Касалликнинг эрта ёшда бошланиши.
 - зўрайишнинг мавсумийлиги (йилнинг совуқ мавсумида касалликнинг зўрайиши, ёзда яхшиланиши) ♦ Туртки бўлувчи омиллар таъсирида касалликнинг зўрайиши (аллергенлар, ирритантлар, озиқ – овқатлар, эмоционал стресс) ♦ Терининг куруклиги ♦ Оқ дермографизм ♦ тери инфекцияларига мойиллик ♦ Хейлит ♦ Денни – Морган белгии (пастки қовоқда қўшимча бурма хо бўлиши) ♦ периорбитал соҳада терининг гиперпигментацияси ♦ Қон зардобида умумий Ig ва специфик IgE микдорининг ошиши ♦ Периферик қонда эозинофилия.

АЛЛЕРГОЛОГИК ТЕКШИРИШЛАР

Аллергологик текшириш қуйидагиларни ўз ичига олади: аллергологик анамнез йиғиш, *in vivo* текшириш (тери синамаларини, кўрсатмалар бўлганда провокацион синамалар қўйиш [фақат аллерголог томонидан қўйилади]) ва *in vitro* лаборатор диагностикаси.

- **Аллергологик анамнези:** аллергологик анамнез йиғиш аҳамиятга молик сабабчи аллергенни аниқлашда ёрдам берадиган зарурий босқич ҳисобланади.
 - ♦ Аллергик касалликларнинг оилавий анамнези. АтД си бўлган беморда тери жараёнининг кечиш тарихи (бактериал, замбуруғли ва вирусли инфекцияларни аниқлашни ўз ичига олган ҳолда), аллергенлар таъсири билан боғлиқлиги ва зўрайишларнинг мавсумийлигини аниқлаш.
 - ♦ АтД си бўлган беморда респиратор белгиларнинг анамнезда борлиги.
 - ♦ АтД да хавф омиллари ҳақида анамнез малумотлар: онада ҳомиладорлик ва туғруқнинг кечиши ҳақида маълумот, ҳомиладорлик даврида онанинг овқатланиши, ота – онанинг касбига оид зарарли омиллар, уй – маиший шароитлар (уйда уй ҳайвонлари, гилам, пар ёстиқлар, кўрпалар, адёллар, эски уй жиҳозларининг мавжудлиги), болани эмизиш тури, бошидан кечирган юқумли касалликлар (айниқса, бактериал инфекциялар), йўлдош касалликлар, озиқ – овқат

ва фармакологик анамнез, касалликнинг зўрайишига туртки бўлиши мумкин бўлган омилларни аниқлаш ва бошқалар.

- **Тери синамалари.** Касалликнинг зўрайиши кузатилмаётган даврда тери синамалари ўтказилади: prick – синамаси ёки скарификацион синамаларни стандарт ингаляцион аллергенлар комплекти билан ўтказиш лозим. Синамаларни елка ости ёки бел соҳаси (елка терисининг қалинлашуви ва лихенизацияси яққол намоён бўлганда) терисида ўтказиш мумкин. Касалликнинг зўрайиш даври ва антигистамин ДВ ларини қабул қилганлик (тери сезувчанлигини пасайтиргани учун) тери синамаларини ўтказишга қарши кўрсатма ҳисобланади.

- **Лаборатор диагностикаси.** Терида диффуз жараён ёки *in vivo* текширишга бошқа қарши кўрсатмалар бўлганда қуйидаги лаборатор диагностика ўтказилади: қон зардобидаги IgE миқдорини аниқлаш, шунингдек, ноинфекцион аллергенларга хос бўлган IgE миқдорини турли усуллар: иммунофермент таҳлили, кўп сонли аллергосорбент синамаи, радиоаллергосорбент синамаси ва бошқалар ёрдамида аниқлаш.

УМУМИЙ КЛИНИК ТЕКШИРИШ

АтД нинг ўзига хос хусусиятларидан бири ички аъзолар ва системалар касалликларнинг бирга кўшилиб келишидир. Бу болалар орасида 80%, катталар орасида 90% ни ташкил қилади. Биринчи ўринда ошқозон-ичак йўли касалликлари билан касалланиш туради. Йўлдош касалликларни ўз вақтида аниқлаш ва даволаш АтД нинг кечишини яхшилайдди. Айнан шу мақсадда умумклиник текширишлар ўтказилади: лаборатор, текширишнинг инструментал усуллари, тор мутахассислар маслаҳатлари. Текшириш ҳажми ва кўламини даволовчи шифокор белгилайди.

ДИФФЕРЕНЦИАЛ ДИАГНОЗ

АтД қуйидаги касалликлар билан дифференциал ташхисланади: • Себореяли дерматит • Йўргак дерматит • Аллергик алоқа дерматит • Қичима • строфулюс • Оддийихтиёз • Оддий псориаз • Чегараланган нейродермит (Видадь темираткиси) • Микробли экзема • Жибер пушти ранг темираткиси • Дерматофитиялар • Эрта боскичдаги тери лимфомаси • Дюринг герпетиформ дерматити • Финилкетонурия • Е гипериммуноглобулинемия синдроми • Вискотт-Олдрич синдроми • Лейнер – Муссу дескваматив эритродермияси.

МУТАХАССИС МАСЛАҲАТИГА КЎРСАТМАЛАР

АтД ли беморни аллергенларнинг касалликка алоқадорлик сабабини аниқлаш, дифференциал диагностика ва даволашни мувофиқлаштириш учун аллерголог ва дерматолог маслаҳати лозим.

ДАВОЛАШ

АтД ни даволаш қуйидаги йўналишларни ўз ичига олади: аллергенларнинг элиминацияси, ташқи ва систем фармакотерапия, ўргатиш, реабилитация ва профилактика.

ДАВОЛАШДАН МАҚСАД

- Касалликнинг клиник ремиссиясига эришиш.
- Яллиғланиш ва тери қичишини камайтириш ёки йўқотиш, иккиламчи инфекцияни бартараф қилиш, терини юмшатиш ва намлаш, унинг ҳимоя хусусиятларини тиклаш.
- АтД нинг оғир шакллари ривожланиш олдини олиш.
- АтД ли беморларда респиратор белгилар ривожланишини профилактика қилиш.
- Йўқотилган меҳнатга лаёқатлилиқни тиклаш.
- АтД ли беморларнинг турмуш тарзини яхшилаш.

ШИФОХОНАГА ЁТҚИЗИШГА КЎРСАТМАЛАР

- АтД нинг яққол намоён бўлган зўрайиши ва умумий аҳволнинг оғирлашиши.
- Иккиламчи инфекцияланиш белгилари кузатилган ҳолда тарқалган АтД.

ДОРИЛАРСИЗ ДАВОЛАШ

- Аҳамиятга молик аллергенларнинг элиминацияси (индивидуал элиминацион парҳезлар ва муҳофаза қилиш тартиби, 1- , 2 – иловаларга қ.).
- Физик усуллар, сунъий ва табиий курорт омиллари, булар ичида асосий ўринни ультрабинафша нурлар эгаллайди. Улар АтДнинг комплекс терапиясида яхши самара беради.
- АтД оғир ва узоқ кечганда фотохимётерапия усули қўлланилади (PUVA – терапия, Psoralen plus Ultraviolet А дан олинган). Буларнинг асосида фурокумарин қаторидаги фотосенсибилизаторлар ва320 – 400 нм тўлқин диапазонидаги узун тўлқинли ультрабинафша нурлардан фойдаланиш ётади.

ДОРИЛАР БИЛАН ДАВОЛАШ

Ташқи терапия

Ташқи терапия қичишини тўлиқ йўқотиши ёки камайтириши, яллиғланиш реакциясини бартараф этиши ва теридаги репаратив жараёнларни рағбатлантириши, иккиламчи инфекцияланишни олдини олиши ва бартараф этиши, терини юмшатиши ва намлантириши, унинг ҳимоя хусусиятларини тиклаши керак.

- Ҳар хил юмшатувчи ва озиклантирувчи воситалар қўлланилади.
- Юмшатувчи ва озиклантирувчи воситаларнинг самара бермаслиги самарадорлиги аниқ тасдиқланган ГКС ларни ташқи қўллашга кўрсатма ҳисобланади. Маҳаллий қўлланиладиган ГКС ларнинг таркиби қўшимча: фторнинг бор ёки йўқлиги, яллиғланишга қарши фаол таъсирчанлигига қараб классификацияланади (3-,4- ва 5 – иловаларга қаранг).
- ◆ Терининг йирингли зарарланишларида микробга қарши таъсирли ДВ лар қўлланилади.
- ◆ Замбуруғли инфекция бўлганда замбуруғга қарши ташқи ДВ қўлланилади.
- ◆ Бактериал ва замбуруғли флоралардан асоратланган АтД да комбинацияланган ДВ ни қўллаш мақсадга мувофиқ.

◆ АтД нинг енгил ва ўртача оғир шаклларида топик иммунодепрессантлар (пимекролимус, такролимус) даволаш самарадорлигини яхши назорат қилади.

◆ Терининг махсус парвариши ташқи даволовчи – косметик воситаларни, триггер омилларини бартараф қилувчи махсус тадбирларни ўз ичига олади. Бу тадбирлар касалликнинг зўрайиш даврида ҳам ремиссия даврида ҳам қўлланилади.

Систем фармакотерапия

Систем фармакотерапия антигистамин ДВ, ГКС, антибактериал, седатив (ва бошқа психотроп) воситалар, иммунотроп препаратлар ва бошқа аъзоларнинг функцияси бузилганда уларга таъсир қиладиган ДВ ларни қўллашни назарда тутади.

• Антигистамин воситалар.

◆ Антигистамин ДВ ларини қўллаш ҳозирги вақтда кенг баҳс қилиняпти. Уларнинг қичишга қарши самарали эканлиги ишончли исботланмаган, шунинг учун уларни қўллаш мақсадга мувофиқ эмас деб ҳисобланади. Бошқа томондан, уларни қўллаш (асосан 1 – авлод) ни клиник жиҳатдан бир неча йилдан бери самарали қўлланиш тажрибаси жиҳатидан оқлаш мумкин, иккинчидан, қичишишга қарши альтернатив ДВ ларнинг мавжуд эмаслиги.

◆ АтД ли беморларда атопиянинг респиратор белгилари (мавсумий аллергик ринит, риноконъюнктивит, йил бўйи кечадиган аллергик ринит) нинг бўлиши антигистамин ДВ ларни қўллашга қўшимча кўрсатма ҳисобланади.

• Глюкокортикостероидлар

◆ АтД нинг тарқалган шакллари яққол намоён бўлиб зўрайиш даври узок давом этганда (тери юзасининг 20% дан кўп қисми зарарланиши), ташқи терапия самарасиз бўлганда, шунингдек клиник ремиссиясиз кечадиган оғир диффуз АтД ли беморларда систем ГКС ларни қўллаш мумкин. АтД да ГКС ларни қўллаш улардан кутилаётган фойда ва келиб чиқиши мумкин бўлган ножўя таъсирлар жиҳатидан ҳар томонлама асосланган бўлиши керак Шунинг учун ҳам уларни қўллаш жуда чекланган.

◆ АтД ли болаларга ГКС ни тайинламаган маъқул.

◆ ГКС терапия асоратлари: стероидга қарамлик, гастродуоденал яралар, панкреатит, остеопороз, суякларнинг асептик некрози, катаракт, қандли диабет, липид алмашинувининг бузилиши, миопатия, кушингоид, ўткир психоз, жисмоний ривожланишдан орқада қолиш.

• Пиодермия билан асоратланган АтД да, шунингдек сурункали инфекция ўчоғи мавжуд ҳолларда систем таъсир қилувчи антибиотикларни қўллаш мақсадга мувофиқдир.

• Касаллик бактериал, вирусли ёки микотик инфекциялар билан кечаётганда, пайдо бўлган иммун танқислиги кузатилганда иммунотроп препаратларини (Ig в/и) қўллаш лозим.

• АтД нинг турғун кечишида ва бошқа терапевтик усуллар ёрдам бермаганда иммуносупрессор - циклоспоринни қўллаш тавсия этиш керак.

Аллергик – специфик иммунотерпия

- Аллергик маҳсус иммунотерапия асосан бронхиал астма ёки риноконъюнктивит билан кечадиган АтД да қўлланилади ва бу касаллик унинг самарадорлиги ва хавфсизлиги тасдиқланган.

БЕМОРНИ ЎРГАТИШ

Ўргатиш дастури АтД билан касалланган одамнинг оила аъзоларини ва медицина ходимларини ўқитишни ўз ичига олади. Ўргатиш аллергологик мактабда ўтказилади ва қуйидагиларни ўз ичига олади:

- Қуйидаги таъсирловчи нарсаларни қўлламаслик: кир ювиш кукуни, ювиш воситалари, эритувчилар, бензин, клей, лак, бўёк, мебел, гиламларни тозаловчи воситалар.
 - Ўсимликлар, мева – сабзавот шарбати билан қўл териси билан алоқадан сақлаш.
- Дағал кийим бошларни киймаслик асосан жун ва синтетик матолардан. Кўпчилик АтД билан беморлар пахтадан тайёрланган кийимларни кийишни ёқтиради.
- Интенсив жисмоний зўриқишдан сақланиш, чунки бу терлашга ва қичишга олиб келади.
- Юқори ҳарорат ва намликдан сақланиш.
- Стресс ҳолатлардан сақланиш.

МУТАХАССИСЛАР МАСЛАҲАТИГА КЎРСАТМАЛАР.

Йўлдош касалликларни аниқлаш ва уни даволаш мақсадида тор мутахассислар гастроэнтеролог, лор, психоневролог, эндокринолог, стоматолог (кўрсатмага асосланиб) кўриги ташкил қилинади.

КАСАЛЛИКНИНГ АВЖ ОЛИШИ ВА ҚЎЗИШИНИ ОЛДИНИ ОЛИШ МАҚСАДИДА

Касални кейинга олиб борилиши.

Шифохона ва амбулаторияда даволангандан кейин беморлар диспансер назоратида бўлишади. Турғун клиник ремиссияга эришиш турмуш тарзини яхшилаш, ногиронликни олдини олиш, агар ногирон бўлган тақдирда уни меҳнат фаолиятини, ёшига қараб ижтимоий мослашувини тиклаш мақсадида реабилитация тадбирлари ўтказилади.

Беморлар гипоаллергик парҳез ва умумий тавсияларга (1,2 илова кўрилсин) риоя қилишлари керак.

АтД билан касалланган болаларни педиатр, катталарни аллерголог ва дерматолог диспансер назоратига олишади ва умумий амалиёт врачлари билан бирга кузатишади. Реабилитация даврда, кўрсатма бўлганда уларни тор мутахассислар ҳам кўриши мумкин.

ПРОГНОЗИ

Прогнози яхши, лекин, у сурункали – қайталовчи кечиш хусусиятига эга.

ИЛОВАЛАР

1 – ИЛОВА

ЭЛИМЕНАЦИЯ ТАДБИРЛАРИ

Уй чангини сезувчи аллергенлар бўлганда

• Уйни яхши шамоллатиш ва оптимал намликни (40%га яқин) сақлаш • Гиламларни сақламаслик • Компьютер ва телевизорларни бемор ётоқхонасидан чиқариш, чунки уларда чанг кўп тўпланиб ётади • Китобларни ойналанган китоб жовонларида • Кийим кечакларни беркитилган шкафларда сақлаш • Уй деворларини ювиладиган обойлар билан қоплаш ёки бўяш • Дераза пардаларини пахтали ёки синтетик матодан тайёрлаш ва камида 3 ойда бир марта ювиш. Бурмали дераза пардалардан фойдаланмаслик • Пар ёстиқ ва кўрпаларни ишлатмаслик. Ёстиқлар синтетик матолардан ёки пахтадан бўлиши лозим. Болалар учун кўрпа ва ёстиқлар маҳкамланган зич конвертда сақланади. Битта ёстиқда иккита жилд бўлиши керак. Йилида бир марта ёстиқни янғисига алмаштириш, чойшабларни ҳафтада камида икки марта янгилаш. Кроват тагига нарсалар қўймаслик • Гиламларни, юмшоқ мебелларни чанг ютгич ёрдамида ҳафта давомида камида бир мартадан намлаб тозалаш. Тозалаш жараёнида «Лепесток» респираторидан фойдаланиш. Бемор ётган хонани у йўқлигида чанг ютгич ёрдамида намлаб тозалаш • Каналар микдорини камайтириш учун беморга хавфсиз бўлган акарицид ёки махсус канага қарши чойшабларни ишлатиш керак • Чойшабларни 55⁰С юқори бўлган температураларда ювиш, музлатиш, шунингдек инсоляция қилиш чойшаблардаги каналарни ўлишига олиб келади.

Моғор замбуруғлар спорасининг сезувчанлигида

Чанг жойлар (душ, ертўлалар, бинолар) тез –тез тозаланиб турилади. Душ қабул қилингандан сўнг ванна ва нам бўлган жойларни қуруқлаб тозалаш. Тозалаш жараёнида моғорлар ривожланмаслиги учун керакли эритмалар ишлатиш. Моғор замбуруғлар ривожланишини олдини олиш мақсадида ошхонага пар чиқадиган зондлар, улар кўпайиб кетмаслиги учун ҳар хил кукунлар ишлатилади. Кийимларни хонадан ташқарида шамолда қуриштириш хавосиз жойларда (ертўла, омборлар) бўлмаслик (куз ва баҳорда). Кузда чириган барглар ва ўтлар замбуруғларнинг манбаи бўлиб ҳисобланади. Қуйдирилган хазонлар, шох – шаббалар олдидан ўтмаслик. Ачиган озиқ –овқатларни истеъмол қилмаслик: пишлок, дудланган гўшт, балиқ, карам, кефир, сут маҳсулотлари, квас, пиво ва янги пиширилган нонлар. Хонаки гулларни уйда суғорилмаслик, чунки улар замбуруғларни кўпайиши учун манба бўлиб ҳисобланади. Бундан ташқари кондинционер филтрларини ҳам ўз вақтида алмаштириб туриш.

Эпидермал аллергияларда.

Ҳайвонларни уйда сақлаш тавсия этилмайди. Уларни уйдан чиқарилгандан сўнг, жун, сўлак изларини, кепакларни йўқотиш. Цирк ва ҳайвонот боғларида бўлмаслик. Ҳайвон жунидан тайёрланган кийимларни ишлатмаслик.

ЎСИМЛИК ЧАНГЛАРИДАН КЕЛИБ ЧИҚАДИГАН АЛЛЕРГИЯЛАРДА

Дарахтларни гуллаш даврида беморларни бошқа иқлимли зоналарга юбориш тавсия этилади. Унинг иложи бўлмаганда ташқарида юриш вақтини қисқартириш ва тоғларга боришни чегаралаш. Чунки у ерларда гуллар чанги микдори юқори.

Герметик деразалардан фойдаланиш, форточкаларни очганда нам матоларни ишлатиш, автомобилларда юрганда ойналарини ёпиб юриш. Антиген хусусиятга эга бўлган озиқ-овқатларни чеклаш, масалан дарахт чангларидан аллергия бўлганда овқатларда ёнғоқ, донақ, киви махсулотларини истеъмол қилмаслик. Даво олиш учун фитопрепаратларни қўллаш, ўсимликдан тайёрланган косметик воситаларни (совун, шампун, крем ва бошқалар) ишлатмаслик. Уйда ўсадиган ўсимликлардан эҳтиёт бўлиш.

2- ИЛОВА.

УМУМИЙ НОСПЕЦЕФИК ГИПОАЛЛЕРГЕН ПАРҲЕЗ

Овқатланишда қўйидагиларни чеклаш – цитрусли (апельсин, мандарин, лимон, грейфурт ва бошқалар), ёнғоқлар (фундук, бодом, ерёнғоқ). Балиқ ва унинг махсулотлари (янги ва тузланган балиқ, балиқ шўрва, консерва, икра). Паррандалар (ўрдақ, ғоз, курка, товук) ва унинг махсулотларини. Шоколад ва шоколад махсулотлари, кофе, дудланган махсулотлар. Сирка кислота, сантал, майонез ва зираворлар, қалампир, шолғам, помидор, бақлажон, кўзиқорин, тухум, сут, қулупнай, товук, ананас ва асал. Спиртли ичимликлар ичиш қатъиян ман қилинади.

ҚЎЙИДАГИЛАРНИ ИСТЕЪМОЛ ҚИЛИШ ТАВСИЯ ЭТИЛАДИ:

Қайнатилган мол гўшти. Шўрвалар: сабзавотли, ёрмали (вегетариан). Ёғлардан сариқ ёғ, зайтун, кунгабоқар ёғи. Қайнатилган картошка. Бўтқалар: гречкали, сушили, гуручли. Сут махсулотлари: творог, кефир, простокваш. Бодринг, кўкатлар. Тарвуз, олма, олмали компот, қора нон, кўк чой, газсиз минерал сувлар. Овқат 2800 ккал. бўлиши лозим (15г. оқ, 200г.углевод, 150г.ёғ).

3 – ИЛОВА

МАҲАЛЛИЙ ҚЎЛЛАШ УЧУН ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОИДЛАР.

Маҳаллий қўллаш учун фторланмаган ГКС – гидрокортизон ацетат (акортин, гидрокортизон малҳами, гидрокортизон никомед, гидрокорт, кортейид). Гидрокортизон бутират (локоид, латикорт). Преднизолон (преднизолон малҳами). Преднизолон ҳоалари: мометазон фураат (элоком), мазипредон (деперзолон), метилпреднизолон ацепонат (адвантан).

Маҳаллий қўллаш учун фторли ГКС – Дексометазон (эсперсон). Бетаметазон (целестодерм, акродерм, бетновейт, кутерид, белодерм, валодерм, дипролен, дерсиват). Флуоцинолон (синалар, синафлан, синадерм, флуцинар, флукорт, эзацинон). Флуметазон (локакортен, лоринден, флувет). Флутиказон (кутивейт). Триамцинолон (кеналог, полькортолон, фторокорт, триакорт). Клобетазол (дермавейт).

4 – ИЛОВА.

ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОИДЛАРНИНГ ТОПИК АКТИВЛИГИ БЎЙИЧА КЛАССИФИКАЦИЯСИ

ГКС нинг кучсиз активлиги (1 гуруҳ). Гидрокортизон (гидрокортизон малҳами, гидрокортизон никомед креми), преднизолон (преднизолон малҳами).

ГКС нинг ўртача кучсиз активлиги (2 гуруҳ). Флуметазон (лоринден, локакортен), триамцинолон (фторокорт, треакорт), алклометазон (афлодерм), гидрокортизон бутират (локоид), дексаметазон (эсперсон), предникарбат (дерматоп), мазипредон (деперзолон).

ГКС нинг юқори активлиги (3 гуруҳ). Мометазон фуруат (элоком), бетаметазон (целестодерм, белодерм), флутиказон (кутивейт), флуоцинолон (синалан, синафлан, флуцинар), галометазон (сикортен), метилпреднизалон ацепонат (адвантан).

ГКС нинг жуда юқори активлиги (4 гуруҳ). Клобетазол (дермовейт).

5 – ИЛОВА

КОМБИНАЦИЯЛАШГАН ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОИДЛАР

ГКС ва антибиотиклар: Бетаметазон + Гентамицин (целестодерм–В гарамицин билан, белогент, кутерид-Г), флуоцинолон + неомицин (синалар Н, флуцинар Н, флукорт - Н), гидрокортизон + окситетрациклин (геокортон, гиоксизон, оксикорт), гидрокортизон + хлорамфеникол (кортомицетин), преднизалон + окситетрациклин (оксициклозоль), треамцинолон + тетрациклин (полькортолон), гидрокортизон ацетат + фузидив кислота (фуцидин Г), бетаметазон + фузидив кислота (фуцикорт).

ГКС ва антисептиклар: Гидрокортизон + хлоргексидин (сибикорт), галометазон + триклозан (сикортен плюс), флуметазон + клиохинол (лоринден С), флуоцинолон + клиохинол (синалар К, флукорт Ц), преднизолон + клиохинол (дермозолон).

ГКС ва замбуруғга қарши препаратлар: Бетаметазон + клотримазол (лотридерм), беклометазон + клотримазол (кандид Б) мазипредон + миконазол (микозолон), дифлукортолон + изоконазол (травокорт).

ГКС, микробларга қарши ва замбуруғга қарши препаратлар: Бетаметазон + гентамицин + клотримазол (тридерм), гидрокортизон + неомицин + натамицин (пимафукорт), гидрокортизон + клиохинол + нистатин (нистаформ).

ГКС ва салицил кислота: Бетаметазон + салицил кислота (дипросалик, белосалик).

ҚЎТИР

Қўтир (қичима) – каттиқ қичишиш (айниқса тунда), мугуз ва мугуз қаватда кўзғатувчилар ҳо қилган йўллар орқали эпидермисни шикастланиши ҳамда терининг иккиламчи инфекцияланиши билан кечадиган паразитар касаллик.

Этиологияси. Кўзғатувчиси – қўтир канаси – *Sarcoptidae* оиласидаги *Sarcoptes* (*Acarus*) *scabies* var. *hominis*.

Эпидемиологияси. Қўтир савияси паст аҳоли яшайдиган мамлакатларда тарқалган ва жаҳонда ҳар йили 300 млн. янги ҳодисалар рўйхатга олинади. Касалланиш ўсишига урушлар, табиий офатлар ва аҳолининг оммавий кўчиши сабаб бўлади ва каналар терига тушгандан кейин ривожланади. Касаллик бемор билан алоқада бўлишда, унинг буюмлари (айниқса кийим боши ва ўрин кўрпалари) орқали юқади. Турли уй ҳайвонлари (итлар, сигирлар, эчкилар, чўчқалар ва бошқалар) инфекциянинг бирмунча кам учрайдиган сабабчиси ҳисобланади.

Клиник кўриниши

- Эгри-бугри, кулранг-оқ кўтир каналар йўллари пайдо бўлиши, улар айниқса нозик ва юпқа мугуз қаватли соҳаларда - бармоқлараро қисмларда, кўлнинг ёзиладиган сатҳида, жинсий олат, ёрғоқ, думбаларда, сут безларининг сўрғичларида (аёлларда) яққол юзага чиқади.
- Кўкрак ёшдаги болаларда жараён аксарият товон, кафт, юз ва бошнинг сочли қисмини эгаллайди.
- Кўтир йўллари билан бирга дискрет везикула ва папулалар, иккиламчи эрозиялар (қашиш оқибатида), эритема, пўстлоқчалар ва кипиқлашиш пайдо бўлади.
- Тананинг ёпиқ қисмларида (думбалар, чов, кўлтиқ) тугунчалар пайдо бўлади.
- Қашилган жойларга иккиламчи инфекция тушганда (стафилококклар ва стрептококклар) пиодермия ва экзема ривожланиб, пустикулалар хо бўлиши мумкин.
- Иммуни танқислиги бўлган беморларда кўтирнинг клиник белгилари суст бўлиб, атипик кечади.

Текшириш усуллари

Тери қопламаларини лупа остида текшириш: паразит йўллари топилади. Шунингдек йўллар охирида тўқ рангли нукталар (кир тўпламлари), тиниқ ёки лойқа рангли калинлашмалар кўринади (каналар жойлашган жой).

Диагностика учун минерал мойдан фойдаланилади, мой томчи йўлнинг чиқиш тешигига томизилади. Сўнгра таркибида паразит бўлган материал чиқарилади, уни буюм ойнасига тушириб, микроскопда кўрилади. Аввалига каналар камҳаракат, кейин активлашади (ҳаракатини кучайтириш учун ойнани озгина иситиш кифоя). Йўллар, папулалар ва везикулаларни найзасимон игна билан очиш мумкин.

Микроскопда кана ривожланишининг ҳар хил босқичларини аниқлаш мумкин: тухум, личинкалар, вояга етган нусҳаси ва кананинг ҳаёт фаолияти маҳсулотлари. Тирноқлар остидан олинган қирмаларни текшириш мусбат натижа бериши мумкин.

Эпидермис тангачаларини эритиб юборадиган қон эритмасидан фойдаланса (қирма буюм шишасига солинади, бир томчи қон томизилади ва қопловчи ойна билан ёпилади) ҳам бўлади. Микроскопия манфий натижа берганда эпидермисни кўчириш ва текширишни такрорлаш лозим.

Кўринадиган йўллар бўлмаганда сиёҳ синамаи ўтказилади: зарарланган ўчокқа кўк сиёҳ томизилади ва ортиқча сиёҳ спирт билан ювилади. Йўллар бўялиб қолиб, яхши кўринадиган бўлади. Сўнгра минерал мой аппликация ўтказилиб, қирма олинади ва юқорида кўрсатилган усулда текширилади.

Дифференциал диагностикаси

Дерматитлар (атопик, себореяли, герпетиформ)

Экзема

Ҳашоротлар чақиши

Пушти ранг темиртки

Заҳм

ДАВОЛАШ

5% ли перметрин суртма терига 12-24 соатга суртилади (катта ёшдаги одамга одатда 30гр суртма кифоя), сўнгра ювиб ташланади. Айрим ҳолларда 48 соат ўтгач суртмани такрор суртиш тавсия этилади.

Бензилбензоат – сув-совунли суспензия кўринишида (2 гр кўк ёки хўжалик совуни 78 мл илиқ сувда суюлтирилади ва 20 мл бензилбензоат кўшилади, сўнгра кунт билан чайилади. Хўл тампон билан кўл, тана, оёқ терисига аб суртилади (бош, юз ва бўйин терисидан ташқари). Бу муолажа фақат тиббиёт ходими кузатуви остида кўлланилади. Терининг таъсирланиш эҳтимоли бор.

Спрегаль (аэрозол) юз ва сочлардан ташқари бутун танага 20-30 см масофадан пуркалади, айниқса зарарланган қисмларга кунт билан. 12 соат ўтгач (бундан олдин эмас) терини совунлаб ювиш ва чайиш керак. Даволаш учун танага бир марта ишлов бериш кифоя. Препаратни ҳомиладор аёлларга ва янги туғилган чақалоқларга ҳам зарари йўқ.

Препаратнинг такрор аппликациялари (перметриндан ташқари) фақат врач тайинлаганда ўтказилади.

Олтингугуртнинг 5-10% ли линименти танага бўйин терисидан бошлаб суртилади. Ҳомиладорликда эҳтиётлик билан кўпи билан 2 марта кўлланилади, чунки нейротоксик таъсирга эга ва талвасаларга сабаб бўлиши мумкин. 2 ёшгача бўлган болаларда перметрин ёки олтингугурт линименти тайинлангани маъқул.

Асоратлари •Экзема •Пиодермия •Каналардан кейинги прурит •Кана тугунчалари.

Кечиши ва оқибати

Даволаш натижасида белгилари 1-2 кун ўтгач регрессияга учрайди. Қичима ва дерматит 10-14 кун сақланади ва антигистамин препаратлар ёки ГКдан (ичишга ёки маҳаллий) тузалиши мумкин. Тугунчалар бир неча ҳафта сақланиши мумкин.

ХКК - 10 • В86 Кўтир

ЭШАКЕМИ

Эшакеми - (лотинча *urtica* – эшакеми, кабарик) бир гуруҳ касалликларнинг умумий номидир. Асосий клиник белгиси – тери сатҳидан кўтарилиб турувчи, аниқ чегараланган, ўлчами бир неча миллиметрдан бир неча сантиметргача бўлган, қичишиш билан кечувчи ва қайтиб кетувчи эритематоз кабарик элементлардир.

ХКК-10: L 50 Эшакеми (L 50,0 – аллергик, L 50, 1 – идиопатик, L 50,2, паст ёки юқори ҳарорат таъсиридан келиб чиққан, L 50,3 – дермографик, L 50,4 – вибрацион, L 50,5 – холинэргик, L 50,6 – алоқали, L 50,8 – бошқа, L 50,9 – ноаниқ).

Эпидемиологияси

Аллергик патологиялар таркибида эшакемининг учраши 15,3 – 31% (рус муаллифлари буйича).

Ўткир эшакеми 10-20% учрайди (тезда ва ўз-ўзидан йўқолиб кетган ҳолларда беморлар тиббий ёрдам сўраб мурожаат қилмайдилар).

Ўткир эшакеми кўпчилик ҳолларда ёшлик даврида қайд қилинади.

Сурункали қайталанувчи эшакеми кўпинча ўрта ёшли аёлларда учрайди. Болаларда кам учрайди, сурункали қайталанувчи эшакеми билан оғриган беморларнинг фақат 5% 16 ёшгача бўлган болаларни ташкил қилади.

Профилактикаси

Аллергик эшакеми авж олишининг профилактикаси беморни ўргатиш (қуйига қаралсин).

Бошқа соҳа шифокорларига беморлар аллергия ҳақида ахборот беришлари (беморлар ёнида «аллергия билан оғриётган бемор паспорти» ни олиб юришлари керак, бу паспортда аллергия характери кўрсатилган бўлади) лозим.

Жисмоний эшакеми билан (хасталанган) беморлар жисмоний омиллар таъсиридан сақланиши зарур.

КЛАССИФИКАЦИЯСИ

Эшакемини давом этиш муддати, патогенетик механизмлари бўйича ажратилади. Шунингдек эшакемининг қисмий шакллари ва бошқа турлари ҳам фарқ қилинади.

Давом этишига қараб: ўткир ва сурункали (6 ҳафтадан ортиқ) эшакеми тафовут қилинади.

Патогенетик классификацияси

Иммунологик – аллергия (озик-овқатлар, дорилар, хашоратлар, трансфузия реакциялари таъсиридан).

Анафилактоид – псевдоаллергик (озик-овқатлар, дорилар, аспирина боғлиқ).

Физик (жисмоний) ♦ Дермографик эшакеми ♦ Босим, вибрация, қуёш нури, холинергик, иссиқлик, совуқлик томонидан чақириладиган эшакеми ♦ Ирсий вибрацион шиш, пигментли эшакеми.

Ирсий шакллари • Ирсий - ангионевротик шиш. (ангионевротик шиш мақоласига қаралсин) • Протопорфирин метаболизмнинг бузилиши • Шнитцлер синдроми (эшакеми, амилоидоз, карлик) • Совуққа бўлган ирсий эшакеми.

Эшакемининг бошқа турлари: папулез, инфекцион, васкуляр, паранеопластик, психоген, эндокрин.

ДИАГНОЗ

АНАМНЕЗ

• Бемордан билиш зарур.

♦ Элементларни қайд қилиш – доимо типик, ўлчамлари ва сонидан ташқари.

♦ Ангионевротик шиш мавжудлиги.

♦ Тошмалар пайдо булган соҳаларда қичишиш.

♦ Бу сафарги эшакемининг доимийлиги (6 ҳафтадан оз ёки кўп).

♦ Битта элементнинг «хаёти» давомийлиги (24-30 соатдан ортиқ ёки кам).

♦ Элемент йўқолиб кетадими ёки пигментация қон-томири сурати, кипикланиш қолдирадими.

♦ Антигистамин ДВ самарадорлиги.

♦ Элементлар пайдо бўлишининг цикликлари (куннинг қайси вақтида, ҳайз давридан сўнг).

♦ Касаллик авж олишининг аспирин ва/ёки НЯҚДВ қабул қилишга боғлиқлиги.

♦ Анамнезда аллергия касалликлар борлиги.

♦ Эшакеми авж олишининг жисмоний стимули борлиги.

◆ Эшакеми пайдо бўлишидан олдин провакация қилувчи омиллар (ЎРИ, ДВ қабул қилинганлиги, стресс, ресторанга, бошқа иқлимли жойга бориш ва х.к.лар) бўлганлигини қайд қилиш.

◆ Эшакемининг ёки уртикар дермографизмнинг оилавий тарихи.

• Ўткир эшакеми 6 ҳафтагача давом этади, кўпинча ҳаётда бир маротаба кузатилади.

• Қайталанаётган ўткир эшакеми кўпинча атопия билан боғлиқ (озиқ-овқат, дорилар)

• Сурункали эшакеми (6 ҳафтадан ортиқ давом этади).

• Сурункали эшакемини келтириб чиқарган сабаби аниқланмаса, у идиопатик деб ҳисобланади.

ФИЗИКАЛ ТЕКШИРИШ

• Визуал ташҳислаш. Фақат касалликнинг сабабини аниқлаш учунгина лаборатория тасдиғи.

• Асосий элемент у ёки бу даражада гиперемияга учраган эритема каварик (эшакеми), теридан аниқ ажралиб туради, бир неча миллиметрдан бир неча ўн сантиметргача (кўшилиб кетганда). Дермографик эшакемида элемент шакли ва ўлчами буйича жароҳатловчи предмет изи такрорланади (шпател, жгут ва х.к.лар изини).

• Барча элементлар 24-36 соат мобайнида тўла қайтиб кетиш билан характерланади.

• Асосий элемент ҳар қандай соҳада жойлашиши мумкин.

• Ҳар икки-учта эшакеми билан оғриган беморнинг биттасида ангионевротик шиш ривожланади («ангионевротик шиш» мақоласига қаралсин).

• Атопиянинг бошқа белгилари (бронхлар спазми, ринит, конъюнктивит)

• АБ ўлчаш ва юрак уриш тезлигини санаш.

• Тана ҳароратини ўлчаш.

• Периферик лимфа тугунларини, жигарни, талоқни ўлчамини аниқлаш.

• Ўпка, юрак аускультацияси

• Қорин бўшлиғини пайпаслаш қилиш.

• Анафилактик жараён белгиларини аниқлаш. («анафилактик шок» мақоласига қаралсин).

ЛАБОРАТОРИЯ ТЕКШИРУВИ

Лаборатория текшируви касалликнинг сабабини аниқлаш учун зарур. Ўткир эшакеми учун лаборатория ташҳиси талаб қилинмайди.

Сурункали ва интермиттирловчи ўткир эшакеми диагностикаси.

• Аллергияни инкор этиш («аллергияни аниқлаш учун текшириш» мақоласига қаралсин).

• Физик эшакемига шубҳа туғилгандаги ўтказиладиган синамалар жадвалда келтирилган.

Эшакеми шакли	Синама
Дермографик	Шпател билан штрих чизиб тирсакни китиқлаш. 1. Жисмоний машқ: 30' га тез югуриш

	5'-15' ўринда югуриш. 2.Иссиқ ваннага (40-45°C) 10'-20'га тушиш. 3.Метахолин билан чегараланган фармакологик синама.
Чекланган иссиққа	50-55°C ли сув тўлдириб иситилган цилиндр 5'га.
Совуққа	1.10'-15'тирсак соҳасига муз парчасини қўйиш. 2.Совуқда (4°C) 15' давомида жисмоний машқ бажариш совуққа бўлган холинегрик эшакеми диагностикаси учун. 3.Совуқ (4°C) хонада 10'-20' мобайнида кийимсиз туриш, системали совуққа бўлган эшакеми диагностикаси учун.
Секинлашган босимга	Елкага осиб қўйилган 6-7кг юк билан 20' мобайнида юриш.
Тебранишга	Тирсакка 4 минут давомида ишлаётган лаборатория вибраторини қўйиш.
Акваген	35°C ли сувли компрессни 30' мобайнида қўйиш.
Қуёшга бўлган	Терини ҳар-хил тўлқин узунлигидаги нурлар билан нурлантириш.

Изоҳ. Синамалар қўйилишидан 45 соат аввал антигистамин ДВ бериш тўхтатилади.

Дермографизм йўлдош сифатида кузатилса ўзгартирилган синама ўтказилади: тирсак 10' мобайнида совуқ сувга (4°C) туширилади.

•Сурункали эшакеми диагностикаси учун қўшимча равишда *in vivo* ва *in vitro* аутологик қон зардоби билан синама қўйиш тавсия этилади.

Эшакеми билан оғриган беморларнинг лаборатор диагностик алгоритми.

Сурункали идиопатик эшакемида асосий лаборатория текширувлари.

•Қоннинг клиник анализи

•Сийдикнинг умумий анализи

•Уртикар васкулит гумон қилинганда тери биопсияси

•Сурункали қайталанувчи идиопатик эшакемида мумкин бўлган сабабини аниқлаш учун катта ҳажмда текширув ўтказилади: сурункали инфекция (бактериал, вирусли, замбуруғли) ўчоқларини, эндокрин патология, аутоиммун хасталиклар, паразитар инвазиялар, паранеоплазиялар, вегетатив дисфункцияларни аниқлаш қўйидаги текширувларни ўз ичига олади:

◆Қоннинг биологик таҳлили (С-реактив оқ, умумий оқ, умумий ва бевосита билурубин, АЛТ, АСТ, қон плазмасида глюкоза микдори).

◆Ревмосинамалар (носпецифик АТ таҳлили, С-реактив оқ, криопреципитинлар).◆

Нажасни бактериологик текшириш. ◆Флорани аниқлаш учун оғиз шиллик пардасидан ва бошка сурункали инфекция ўчоқларидан бактериологик экма урчитиш.

◆Паразитларга текшириш (эхинококк, описторхос, трихинеллалар) Аг га қарши Ат ларни, дифференциалли аниқлаш.

◆Вирусларга текшириш: вирусли гепатит маркерлари. ◆Қорин бўшлиғи аъзоларининг УТТ.

ДИФФЕРЕНЦИАЛ ДИАГНОЗ

●**Уртикар васкулит:** ЭЧТ, СРО ортиши, элементларнинг узоқ вақт (36 соатдан ортиқ) сақланиши, системали белгилар бўлиши (артралгия, миалгия).

Клиник аломатлари ва биопсия уртикар васкулитни сурункали эшакемидан фарқлаш имконини беради.

●**Кўп шаклли ва тугунли эритема, фиксацияланган эритема:** элементларнинг узоқ вақт (36 соатдан ортиқ) сақланиб туриши, кўпинча қичишишнинг бўлмаслиги ёки камлиги. Системали касалликка, инфекцияга боғлиқлиги.

●**Анафилактик реакциялар:** атопия аломатлари (бронхлар спазми, ринит, конъюнктивит ва х.к.). Анамнезда аллергенлар таъсири. Аллерген билан тўқнашгач қисқа давр ўтганлиги. Аллергенлар билан тери синамаларининг мусбатлиги, аллерген-специфик IgE-АТ топилиши.

●**Алоқа эшакеми.** Кўзғатувчи омил таъсир қилган соҳада қавариқ хо бўлганлиги кўриниб туради. Аллерген таъсир қилган ҳолда ва беморнинг сезувчанлиги юқори бўлса нафас йўли ва кўз шиллиқ пардаси зарарланиши. Бу латексга аллергия бўлганлиги учун хос.

●**Қичишиш билан кечувчи доғлар ва уртикар папулалар ҳомиладорларда** ҳомиладорликнинг охириги III- даврида кузатилади ва туққандан кейин йўқолиб кетади.

●**Қичима:** тирналишлар ва эритема қабариксиз. Холинергик эритема ва холинергик қичишиш холинергик эшакемини чақирган триггерлар томонидан чақирилади, аммо қабариксиз. Холинергик қичишиш ва эритема холинергик эшакемига ўтиб кетиши мумкин.

●**Физик эшакеми** – сурункали эшакемининг тури бўлиб, физик омиллар томонидан чақирилади (юқорига қаралсин).

Босимдан келиб чиққан кечиккан эшакеми кўпинча қичишиш ўрнига оғриқ билан кечади ва антигистамин ДВ га жавоб кузатилмайди.

●**Паразитар инвазия** бирмунча эозинофилия билан кечади. Стронгилоидоз ва филяриадоз эшакеми ва ангионевротик шиш билан кечади. Трихинеллез периорбитал шиш билан бошланиши мумкин.

●**Нобуллез пемфигоид ва буллез пемфигоиднинг бошланғич даври.** Кўпинча периферик қонда эозинофилия билан ассоциацияда келади IgE миқдори, базал мембранага АТ миқдори ортади. Диагноз тери биопсияси билан тасдиқланади.

МУТАХАССИСЛАР МАСЛАХАТИГА КЎРСАТМАЛАР

● Аллерголог: уртикар интермиттирловчи ва сурункали қайталанувчи торвоқда

● Дерматолог: элементни тасдиқлаш учун, уртикар васкулитга гумон туғилганда тери биопсияси (бажариш) учун

● Ревматолог: системали патологияга шубҳа

туғилганда • Онколог: онко жараёнга гумон қилинганда •Паразитолог: паразитар инвазияни аниқлаш учун ва аниқланганда •Эндокринолог: аутоиммун тиреоидит аниқланганда • Эшакеми билан бошқа мавжуд касалликларнинг бир бирига таъсири оқибатини аллерголог аниқлайди.

ДАВОЛАШ

ДАВОЛАШ МАҚСАДЛАРИ

- Эшакемини уртикар ва сурункали шакллари аломатларини йўқотиш.
- Сурункали эшакемида медикаментоз ремиссияга эришиш учун монанд даволаш усулини танлаб олиш.

ШИФОХОНАГА ЁТҚИЗИШ УЧУН КЎРСАТМАЛАР

- Асфиксия ривожланиши хавфини туғдирувчи ҳалқум соҳасидаги ангионевротик шиш ва ўткир эшакемининг оғир шакллари, эшакеми билан кечувчи анафилактик реакцияларнинг барчаси.
- Сурункали эшакеми авж олишининг оғир ва ангионевротик шишнинг амбулатория шароитида даволашга турғун шакллари.

ДОРИЛАРСИЗ ДАВОЛАШ

- Облигат ва (ёки) шубҳа қилинган (анамнезда аниқланган ёки синамаларда тасдиқланган) аллергенларни таркибида сақламайдиган гипоаллергенли парҳезга риоя қилиш.
- 1 ой давомида аниқ бажарилган элиминацияли парҳездан самара кузатилмаслиги уни тугатишга кўрсатмадир.
- Овқатланиш кундалигини олиб бериш.
- Аспирин ва НЯҚДВ қабул қилишни тавсия қилмаслик.

ЎТКИР ЭШАКЕМИНИ ЁКИ АВЖ ОЛГАНИ СУРУНКАЛИ ЭШАКЕМИНИ ДОРИЛАР БИЛАН ДАВОЛАШ

- Антигистамин ДВ лари эшакемини даволашдаги асосий дорилар гуруҳидир.
- Носедатив антигистамин ДВ лари сурункали эшакемини даволашдаги асосий препаратлардир.
- Қиска вақт таъсир қилувчи седатив антигистаминларни носедатив антигистамин ДВ билан бирга бериш мумкин.

Гистамин Н1-рецепторлари антогонистлари

- Фексофенадин 60 мг.дан 240 мг.гача, кунига 1-2 маҳал.
- Дезлоратадин кунига 5 мг.дан.
- Лоратадин кунига 10-20 мг.дан,
- Цетиризин кунига 10-20 мг.дан,
- Эбастин кунига 10 мг.
- Акривастин 8 мг.дан, кунига 3 маҳал,
- Клемастин 1 мг.дан, кунига 1 маҳал ичгани, 2 мг.дан, кунига 2 маҳал парентерал.

- Хлоропирамин 25-50 мг.кунига ичгани, 20-40 мг.(1-2 мл 2% эритма) парентерал.
- Дифенгидрамин 30-50 мг.дан, кунига 1-3 маҳал (кунлик дозаси – 250 мг), 20-50 мг.дан, 1-2 маҳал парентерал.
- Гидроксизин 25-50 мг.дан ҳар 6 соатда
- хлорфенирамин 4 мг.дан ҳар 4-6 соатда.

Гистамин H₂-рецепторлари антогонистлари

H₁ рецепторлар антагонистлари таъсир қилмаганда ёки улар заиф таъсир қилганда даволашга H₂ рецепторлар антагонистлари қўшилади.

- ранитидин 150 мг.дан кунига 2 марта
- циметидин 300 мг.дан кунига 4 марта
- фамотидин 20 мг.дан кунига 2 марта.

Глюкокортикоидлар (қисқа курсларда). Антигистамин ДБ таъсир қилмаган беморларга тавсия қилинади.

- Преднизолон кунига 40-60 мг.дан, базис терапия сифатида кун ора 20-40 мг.дан.
- Дексаметазон кунига 4-20 мг.дан.

Лейкотриен рецепторларининг антогонистлари.

Антигистамин ДБ таъсир қилмаётган беморларга буюрилади (монтелукаст кунда 10 мг).

Кальций каналларининг блокаторларидан антигистамин ДБ таъсир қилмаётган беморларга қўллаш мумкин (нифедипин кунда 20—60 мг.дан).

Андрогенлар эшакеми оғир кечаётган, одатдаги терапия таъсир қилмаётган беморларга буюрилади (станозолол 4 мг.дан).

Иммунодепрессантлар, эшакеми оғир кечаётган беморларга кўрсатмадир (циклоспорин кунда 4 мг./кг дан).

M-холиноблокаторлар тутувчи комбинацияли ДБ, холинергик эшакемида берилади.

- Белладонна алкалоидлари + фенобарбитал + эрготамин - 1 дражедан кунига 3 маҳал.
- Белласпон 1 таблеткадан кунда 3 маҳал.

Ревматологияда қўлланиладиган воситалар, системали касалликлар билан ассоцияланган эшакемида, одатдаги даволаш усуллари самарасиз бўлган кам сонли беморларга тавсия қилинади.

- Гидроксихлорохин кунига 400-200 мг.дан, узоқ вақт мобайнида.
- Дапсон кунига 0,1-0,2г.дан 4-6 хафта давомида.
- Колхицин кунига 1-3 мг.дан узоқ вақт.
- Сульфасалазин 6 - 0,5г.дан, узоқ вақт.

Қўшимча дорилар

- Совуққа бўлган эшакемида кўпинча ципрогептадин 2-4 мг.дан ҳар 6-8 соатда қабул қилинса самара беради.
- Антидепрессантлар қўлланилади (масалан пароксетин, флуоксетин, шунингдек бензодиазепинлар).

ХИРУРГИК УСУЛДА ДАВОЛАШ

Беморларда ҳалқум шиши кузатилганда трахеостомия.

БЕМОРЛАРНИ ЎРГАТИШ

- Беморларни ўргатиш даволовчи умумий амалиёт вақти томонидан «Аллерго мактаби» гуруҳи машғулотида олиб борилади.
- Аллергик эшакемида элиминация тадбирлари олиб борилади («Аллергияни аниқлаш учун текшириш» мақоласига қаралсин).
- Ҳаёт учун хавф туғдирувчи ҳолатларда ўз-ўзига ёрдам бериш (инсект аллергия ва ҳалқумнинг қайталанувчи шиши кузатилувчи беморлар учун тез тиббий ёрдам аптекаси). Аптекада эпинефрин, ГК ва парентерал юборилувчи антигистамин ДВ, шприц, игна бўлиши шарт.
- Сурункали қайталанувчи идиопатик эшакеми билан оғриган беморларга симптоматик даволашнинг зарурлигини тушунтириш.
- Сурункали эшакеми билан оғриган беморларга касаллик кўпинча ўз-ўзидан тўхташи мумкинлигини тушунтириш.

КЕЙИНГИ КУЗАТИШ

Беморларни кейинги кузатиб борилганда қуйидаги тадбирлар зарур:

Кузатув • Териди қичишиш борлиги ва унинг интенсивлиги • Уртикар элементлар мавжудлиги ва уларнинг сони • Ангионевротик шиш мавжудлиги • Тавсия қилинган ДВ доимо қабул қилиниши, неча маротабадан • Пархезга риоя қилиниши ва уни кенгайтириш • Янги белгиларнинг пайдо бўлиши – системали аломатлари ва х.к.

Физикал кўрув • Терини кўриш • Системали ёки бошқа бирор касаллик белгилари пайдо бўлганлигини аниқлаш мақсадида кўриш.

• Дермографизмни аниқлаш.

Лаборатория синамалари • Қоннинг, сийдикнинг клиник таҳлиллари • СРО. • Тиреглобулин.

Даволаш • Пархезга риоя қилиш • Тавсия қилинган ДВ ни қабул қилиш (дозаси ва қабул қилиш тартиби).

ПРОГНОЗИ

- Анафилактик реакция туфайли келиб чиққан ўткир эшакемида ёрдам берилмаса ёки ёрдам кеч берилса ўлимга олиб келади.
- Совуққа бўлган эшакеми билан оғриган бемор совуқ сувда чўмилгандан кейин системали зарарланиш (АБ тушиб кетиши, нафас қисиши) оқибатида ҳалок бўлиши мумкин. Ҳалқум шишида ёрдам берилмаса ўлим билан яқунланади.
- Агар эшакеми 6 ой давомида қайталаниб турса, 40% беморларда унинг 10 йил давом этиш эҳтимоли бор.
- Сурункали эшакеми учун оғирлашиб бормасдан тўлқинсимон кечиши характерлидир. Сурункали қайталанувчи эшакеми билан оғриган беморларнинг 50% да спонтан ремиссия кузатилади.

АЛОҚАЛИ ДЕРМАТИТ

Алоқали дерматит - ўткир ёки сурункали тери касаллиги бўлиб, экзоген омилларнинг таъсирловчи ёки сенсibiliзирловчи таъсири натижасига боғлиқ.

Касалланиш: 669,2: 100000 аҳолини.

Классификацияси: бирламчи дерматит (оддий алоқали дерматит). Аллергик алоқали дерматит ва фототоксик дерматит.

Этиология ва патогенези • Бирламчи дерматит – терининг зарарланиши билан боғлиқ бўлиб, таъсирловчи моддалар таъсир қилиши: кимёвий моддалар (кислота, ишқор, фенол) баъзи ўсимликлар физик (ультрабинафша нурлар, юқори ва паст ҳарорат ва б.), механик (узоқ муддат боиш) омиллар яллиғланиш реакцияларини чақиради. Аллергик алоқали дерматит сенсibiliзация билан боғлиқ бўлиб, IV- тип аллергия реакция ривожланади. Унинг кўп учрайдиган сабаблари хром, никел, кобальт тузлари, (бежутерия, тақинчоқлар, соатлар ва б.) бўёқлар (урсол, П-фенилиндиамин унумлари ва бошқалар); ўсимликлар (сулах, эман); резина ишлаб чиқаришда қўлланиладиган латекс ва турли хил қўшимчалар, фототоксик алоқали дерматитлар эса терига баъзи бир моддаларнинг таъсиридан кейин (куёш нури спекторининг ультрабинафша нурларининг) таъсирида келиб чиқади.

Хавф гуруҳи • Аллергенлар билан касбий, маиший алоқа, кимёвий воситалар билан алоқада бўлиш.

Клиник кўриниши

- Патогномоник белгиси – тошма қирғоқларининг кескин чегараланиши.
- Жараёнга биринчи бўлиб наздик эпидермисли тери соҳалари (қовоқ, жинсий аъзолар ва бошқалар) қўшилади.
- Кафт ва товон териси таъсирловчи моддаларга нисбатан чидамли; чуқур бурмалар териси зарарланмайди.
- Алоқали дерматит шакллари ♦ Оддий алоқали дерматит- эритематоз, везикуло-буллёз, некротик ярали. ♦ Аллергик алоқали дерматит ♦ Ўткир шакллари: папула, везикула, везикуло-эритема билан, хўл қичишиш. Аввал тошмалар таъсирловчи модда ёки аллергия билан алоқа бўлган соҳада чиқади, кейинчалик улар тарқалиши мумкин ♦ Сурункали шаклли: зичлашиш, лихенификацияси билан, эритема, қипиқланиш, баъзи ҳолларда эрозиялар.

Текшириш усуллари:

•Аллергик алоқали дерматитга шубҳаланганда стандарт алоқали аллергия тўплами билан апликация синамаси ўтказилади. Бунда пластерли ленталар терига 38-72 соатгача маҳкамланади. Реакция аллергия олиб ташлангандан 20 минут ўтгандан кейин баҳоланади. •Фотосенсибилизаторни аниқлаш имкони ҳам бор.

Дифференциал диагностика

•ВПГ чақирган инфекциялар • Буллёз пемфигоит, • Себореяли дерматит, • Атопик дерматит.

ДАВОЛАШ

Олиб бориш тамойиллари • Этиологик омилнинг таъсирини йўқотиш, • Парҳез ўткир овқатларларни чегаралаш, спиртли ичимликларни қатъиян ман қилиш; ош тузи, углеводлар миқдорини чеклаш.

Дорилар билан даволаш

• Маҳаллий ♦ Совуқ дезинфекцияловчи боғламлар - 2% резорцин эритмаси, 3% бор кислотаси, Буров суюқлиги (1:40 суюлтирилган), ♦ Юқори активликдаги ГК-малҳами, масалан, флуацинолон ацетонид (0,025% ли малҳам) 3-4 марта кун давомида, намли боғлам остида. Юз терисига ва тери бурмаларига паст активликдаги ГК-маҳамлари суртиш тавсия қилинади ♦ Иккиламчи инфекцияда антибиотиклар (масалан: грамицидин, гентамицин, эритромицин).

• Системли ♦ ГК (фақат оғир шаклларида катта майдон зарарланган бўлса), одатда преднизалон 0,5-1,0мг/кг/кунда берилади ва аста секин 10-14 кун давомида бекор қилинади. ♦ Антигистамин дорилар- гидроксизин 25-50 мгдан кунда 4 маҳал ёки дифенгидрамин 25-50 мг.дан кунда 4 маҳал ♦ Иккиламчи инфекция кўшилганда-антибиотиклар: эритромицин 250 мг.дан кунда 4 маҳал

Асорати

• Пиоген, ачитқили инфекция кўшилиши • Нурли дерматитларда малигнизация (нурли рак) • Аллергик дерматит экземага айланиши.

Прогнози яхши.

Профилактикаси. Гигиена қоидаларига риоя қилиш, рационал меҳнат шароитини яратиш, техника хавфсизлиги қоидаларига риоя қилиш ва меҳнатни ҳимоялаш. Идидуал профилактика (маҳсус кийимлар, ҳимояловчи қўлқоплар, аэрозолга қарши респираторлар, ҳимоя нейтралловчи малҳамлар, ташқи-актив моддалар ва бошқалар), маиший кимёвий аллергенларни бартараф қилиш тавсия қилинади.

ХКК-10•L23 Аллергик алоқали дерматит •L25 Аниқланмаган алоқали дерматит.

Энтеропатик дерматит -Рух сўрилишининг бузилиши (руҳ боғловчи омилнинг йўқлиги) табиий тешиқлар атрофида (кўз, бурун, оғиз, анал тешиги)ҳамда билак, тизза, сон-чов бурмаларида, сонда, думба соҳасида, пуфакчали тошмалар тошиши билан характерланади. Кейинчалик бу жойларда кипиқланувчи пилакчалар ҳо бўлади; соч тўкилиши, онихопатия, фотофобия ва ошқозон-ичак йўли аъзоларини функцияси бузилиши (диарея, стеаторея, кўп миқдорда сассиқ хидли аҳлат) билан кечади. Касаллик баъзан замбуруғли ва йирингли инфекциялар, стоматит, блефарит, гипотрофия, руҳий бузилишлар, ривожланишдан орқада қолиш билан асоратланади.

Сабаблари: руҳ дефицити, унинг сурилишини бузилиши, гепатит В. **Даволаш:** руҳ сульфат 30-150 мг/кунда ичиш учун 3 ой давомида. **Оқибати** ўз вақтида даволашни бошлаганда яхши. **Синонимлари:** Данбольта – Клосса синдроми, Брандта синдроми, **ХКК-10 E83,2** Рух алмашинувининг бузилиши.

ГЕРПЕССИМОН ДЕРМАТИТ

Герпессимон дерматит- ноаниқ этиологияли сурункали касаллик бўлиб, узоқ давом этиб, қайталаниш билан кечади. Бунда тана ва қўл- оёқлар терисида ҳалқа, ярим ҳалқа, маржонлар (элементларнинг герпетиформали гуруҳланиши) ни ҳо қиладиган папула, кавариқ, пуфакча, уртикар элементлар (тошманинг чин полиморфизми)

кўринишида кечаётган полиморф тошма пайдо бўлади. **Учраши:** барча тери касалликларининг 0,19-1,4% ни ташкил этади. **Кўпинча:** 15-60 ёшда, аксарият 30-40 ёшда учрайди. **Эркакларда** аёлларга нисбатан кўпроқ кузатилади (3:2).

Хавф омиллари: • Глютенли энтеропатия • Герпетоформли дерматит бўйича оилавий анамнез • Онкологик касалликлар • Инсоляция.

Клиник манзараси • Теридаги ўзгаришлар ♦ Гуруҳлашиш ва герпетиформли жойлашишга мойиллиги бўлган чин полиморф тошмалар, уртикар, эритематоз элементлар, шишган эритематоз негизда таранглашган пуфакчалар (ўзгармаган терида ҳам учраши мумкин) ♦ Пуфакчалар пустлоғи қалин, таркиби аввал сероз, кейин хиралашади ♦ Пуфакчалар пустулаларга айланиши мумкин. Ёки шиш асосида эрозия кўриниши очилиб, бунда унинг четида пуфакчалар пўстлоғи кўринади. Эрозиялар юзасида пўстлоқлар ҳо бўлиб, уларнинг остида эпителизация бошланади • Типик жойлашув: тирсак бўғими, билакнинг сезувчи юзаси, 1/3 ҳолатларда папула ва пуфакчалар юз ва бўйинда, кам ҳолларда эса думба, тизза, думғаза ва энса соҳасида жойлашади • Қичиш ва ачишиш хисси жуда кучли бўлганида уларни қашилаш, бирламчи тошмаларни ёрилишига олиб келиши мумкин • Хуруж даврида беморларнинг умумий аҳволи ёмонлашиш эҳтимоли бор. Бу дерматознинг торпид кечиши, ҳамда интеркуррент касалликларнинг ривожланиши билан боғлиқ.

Текшириш усуллари • Қонда ва пуфак суюқлиги таркибида эозинофиллар сонини аниқлаш: анча ошган бўлади • Қалқонсимон без фаолияти текширилганда 32% ҳолатларда турли бузилишлар аниқланади • Йод билан синама: билак соҳасига компресс остида 24 соатга 50% ли калий йодидли малҳам қўйилади. Синама мусбат бўлганда малҳам қўйилган соҳада эритема, везикула ёки папула хо булади • Никольский синамаси манфий • Тўғридан- тўғри иммунофлюоресценция усули дермо- эпидермал соҳада ва дерманинг сурғичли қаватида биритрилган IgA тўпламларини аниқлайди • Гистологик - эпидермис остида (кам ҳолда ичида) пуфак, пуфакча фибринли ва эозинофил гранулоцитли микроабсцесслари аниқланади. Пуфаклар таркибида акантолитик хужайралар топилмайди.

Дифференциал диагноз • Кўтир • Буллез кўп шаклли эксудатив эритема • Вульгар, варақсимон пурдок яра • Снеддон- Уилкинсоннинг субкорнеал пустулез дерматози • Левернинг буллез пемфигоиди • Буллёз токсикодермия.

ДАВОЛАШ

Олиб бориш • Даволашни бошлашдан олдин беморларда ОИТ касалликлари ва ёмон сифатли ўсмалар борлигига текшириш керак • Касалликнинг биринчи ойдан бошлаб, ҳар ҳафта коннинг умумий тахлили ва ҳар 6 ойда жигар функционал синамалари ўтказилади • Таркибида донли (буғдой, тарик) ва йод сақловчи маҳсулотлар чегараланган аглютенли пархез.

Дорилар билан даволаш • Дапсон - 100 мг.кунда 2 марта. 5 кун давомида 1-2 кунлик танаффус билан (3-5ва ундан кўпроқ цикл). Касалликнинг клиник белгилари йўқолгандан кейин ушлаб турувчи доза белгиланади (5 мг.кун ора ёки ҳафтада 1-2 марта) ♦ Дапсоннинг ножўя таъсири: кўнгил айниши, қусиш, агранулоцитоз, гемолитик ва апластик анемия (айниқса Г-6-ФД етишмовчилиги бўлган беморларда), метгемоглобинемия, токсик гепатит, психоз, аллергик

реакциялар; дапсон амидопирин ва барбитуратлар билан бирга қўлланилмайди • Натрий димеракоптопропан сульфонати, метионин, липолид кислотаси, этебенецид, витаминлар (аскорбин кислота, рутозид, В гуруҳидаги витаминлар), антигистамин препаратлар • Буллёз шаклда кунда 40-50 мг.дозада ГК тавсия қилинади.

Кечиши ва оқибати • Кечиши циклик, давомли, қисқа ва нотўлиқ ремиссиялар билан; аммо беморларнинг бир қисмида тўлиқ спонтан ремиссиялар кузатилади • Ўтказилаётган терапия негизида Янги тошмалар чиқиши мумкин, лекин бу дори дозасини ўзгартиришга кўрсатма бўлиб хизмат қилмайди • Кўпчилик беморларда глютенсиз пархезга қатъий риоя қилиш, касалликни клиник кечишини яхшилайти лекин дапсонга эҳтиёжни камайтирмайди.

Синонимлар: • Полиморф буллёз дерматит • Дюринг касаллиги • Брокнинг полиморф буллёз дерматити.

ХКК-10•L13.0 Герпессимон дерматит.

ЯССИ ҚИЗИЛ ТЕМИРАТКИ

Ясси қизил темиратки (Уилсон темираткиси, чин лихен)-этиологияси номаълум сурункали қичишадиган дерматоз бўлиб, лқ ялтироқ юзали, ясси қизил полигонал папулалар пайдо бўлиши билан характерланади. **Учраши.** 450:100000. **Кўпроқ** 30-60 ёшларда.

Хавф омиллари • Ясси қизил темираткининг ривожланишига протез тишларнинг ноқулай ҳолати • Дори воситалари таъсири (олтин препаратлари, аминосалицилат кислота, тетрациклинлар) ва химикатлар (парафенилендиамин бирикмалари, рангли фото ва кино плёнка учун реактивлар) • СҚВ • Эмоционал стресс сабаб бўлади.

Клиник кўриниши

• Терининг зарарланиши ♦ Қичишиш ♦ Диаметри 1-10 мм.ли ялтироқ ясси юзали полигонал кўкимтир папулалар кўринишида кечади. Тошмалар аввал тугунча, кейин қипиқ кўринишида бўлади. Баъзи папулалар юзасида ўзига хос тўрсимон расм-Уиккем тўри, эпидермис донадор қаватининг нотўғри кенгайиши билан боғлиқ ♦ Жойлашиши – тошмалар одатда билакнинг букиладиган ва болдирнинг олдинги юзасида, ташқи жинсий аъзоларда жойлашади. Камроқ чов ва думғаза соҳасида бўлади. Дерматознинг авж олиши иккиламчи эритродермия ривожланиши билан характерланади, (эритематоз шакли) ♦ Қичишиш жойида изоморф реакция хос (Кёбнер феномени) ♦ Клиник кўринишига қараб қуйидаги шакллари фарқланади ♦ Пигментли-ясси папулалар тарқалган меланодермия асосида кўринади ♦ Эритематоз-йирик қичишадиган шишли доғ ва папулалар, булар умумий интоксикация билан кечади ♦ Пуфакли (буллёз) папулэз тошмалар кўринишида пуфаклар хо бўлади ♦ Гипертрофик-бинафша рангли йирик папулалар, шохсимон қават билан қопланган, улар одатда болдирнинг олдинги юзасида жойлашади ♦ Гиперкератоз-папула юзасида кучли гиперкератоз кузатилиб улар болдирда жойлашади ♦ Маржонсимон -папулалар ўлчами 1 см.гача, қизил-кўкимтир қиррали кўринишида бўлиб, гиперпегментация соҳаларида учрайди. Улар одатда бўйин ва қоринда жойлашади ♦ Атрофик-папула

жойида терининг атрофияси кузатилади ♦ Ясси-катта, яримшарсимон, лик, зич, кам қичишадиган папулалар. Улар болдир, бел ва думбада жойлашади ♦ Элементлар жойлашишига кўра ♦ Тарқоқ якка-якка тошмалар ♦ Чизикли тошмалар (чизикли ясси қизил темиртки) – папулалар чизиксимон жойлашади ♦ Ҳалқасимон тошмалар-папулалар ҳалқасимон жойлашади, улар одатда танада ва шиллик қаватда жойлашади.

- Шиллик қаватнинг зарарланиши – 40-60% беморларда терисининг зарарланиши билан кечади. 20% беморларда фақат шиллик қават зарарланади. Бу ўсма олди ҳолати сифатида кўрилади (карцинома ривожланиши мумкин) ♦ Тошмалардан яра пайдо бўлганда улар оғриқли ♦ Кўпинча оқимтир ҳалқасимон тошмалар кўринишида бўлиб, улар лўнж шиллик қаватида, камдан-кам тил, милк, танглайда жойлашади ♦ Клиник кўринишига қараб ♦ Пуфакли шакли тез ривожланади ♦ Эрозив-яралли шакли лаб ва оғиз бўшлиғининг шиллик қаватида кўп сонли эрозиялар бўлиши ҳамда бу бошқа шаклига қараганда оғирроқ кечиши ва эссенциал артериал гипертензия билан кўшилиб келиши (Гриншпан-Вилаполь синдроми) хос.

- Соч ва тирноқларнинг зарарланиши ♦ Бошнинг сочли қисми ♦ Ясси, соч темирткиси – майда папулаларнинг бошнинг соч қисмида фолликуласи ўзани атрофида тошиб кетиши ♦ Соч фолликуласидаги атрофия натижасида турғун тотал алопеция ривожланади ♦ Тирноқларда проксимал-дистал эгатларнинг ҳо бўлиши, тирноқ ўрнининг бутунлай емирилиши. Кўпинча оёқларнинг катта панжалари шикастланади.

Текшириш усуллари • Уиккем тўри ноорганик ёғ папулаларга суртилгандан кейин кўринади • Тери биопсияси-гиперкератоз билан яллиғланиш, грануляр қаватнинг қалинлашиши, нотекис акантоз, базал қават ҳужайраларининг юқорига тортилган лимфоцитар инфильтрацияси кўринади • Захмни инкор этиш учун серологик текширувлар.

Дифференциал диагностикаси • Иккиламчи папулёз сифилис • Псориаз • Атопик дерматит • Лейкоплакиялар • Терининг ясихужайрали ва базалхужайрали раки • СКВ • Кўп шакли эксудатив эритема • Химикатлар таъсири • Дори аллергиясидаги тошмалар.

ДАВОЛАШ

Олиб бориш тамойили • Диспансер кузатувида бўлиш, айниқса қизил ясси темирткининг гипертрофик шакли • Соматик касалликларни вақтида аниқлаш ва даволаш. Нерв системаси функционал ўзгаришларини даволаш. Оғиз бўшлиғи санацияси. Тиш протезларини рационал яшаш улар бир хил металлдан ясалиши керак • PUVA – терапия. Гелиокадмийли лазеротерапия. Бел соҳаси индуктотермияси (айниқса тарқоқ ёки қийин даволанувчи турларида). 1-2 йил давомида PUVA терапия ўтказилади • Қоннинг умумий анализи, жигарнинг функционал синамалари, АНАТ титрини аниқлаш ярим йил давомида ўтказилади • Қайталанишга қарши терапия – витаминлар, санатория - курортда даволаш • Яралли-эрозив қизил ясси темиртки хавфли ўсмаларга айланиш хавфи бўлганлиги сабабли бу беморлар онколог назоратида бўлишлари шарт.

Умумий тавсиялар • Узоқ вақт уйқу режими • Оғиз бўшлиғи шиллик қаватининг қизил ясси темирлаткисида ўткир, аччиқ, зиравор ва қаттиқ нарсалар ейиш ман қилинади • Терини таъсирловчи моддалардан сақланиш • Стресс омилларини йўқотиш.

Дорилар билан даволаниш • Касалликнинг барча шаклларида ♦ Седатив дорилар ♦ Пенициллин препаратлари ♦ Витаминлар (никотин кислота, тиамин, пиридоксин, ретинол) ♦ Гистоглобулин 2 мл. ҳафтасида 2 марта т/о 9-10 кун • Тери зарарланганда ♦ Маҳаллий – ретинол ♦ ГК ичишга • Эрозив-яралли ва буллёз шаклларида дорилар комбинацияси билан даволаш ♦ ГК (масалан, преднизолон 20-25 мг. кунора 2-4 ҳафта давомида) ♦ Ксантинол никотинат 150 мг. кунига 3 марта. Хлорохин 0,25 г.дан 1-2 марта кунига, 4-6 ҳафта • Оғиз бўшлиғи шиллик қаватининг эрозияларига солкосерилли паста суртилади.

Асоратлари • Шиллик қаватларда кўп вақт сақланувчи эрозив яралли ўчоқлар, гипертрофик папуларнинг хавфли ўсмаларга айланиши (1% ҳолларда) • Алопеция • Тирноқларнинг емирилиши.

Прогнози • Касаллик яхши, лекин узоқ вақт кечади айниқса эрозив-яралли тури • Ҳар бир касалга индивидуал даво йўли танланади • Бир неча ҳафта ичида тўсатдан тузалиш ҳоллари бўлиши мумкин • Ҳиссиётли стресс натижасида қайталанишига мойиллик аниқланган. Қизил ясси темирлаткининг қайталанувчи кечиши 20% ҳолларда (айниқса авж олган тарқоқ турларида) учрайди.

Профилактикаси. Лихеноид реакцияларга туртки бўлувчи **ХКК-10** • **L43** Қизил ясси темирлатки.

ПЕДИКУЛЁЗ

Педикулёз (битлаш) – битлаб кетиш.

Касалланиш: 100000 аҳолига 178,6.

Этиологияси. Кўзғатувчиси – бит. Битлар терини тешиб сўлагини туширади ва кейин қон сўриб олади. Етилган урғочиси 1 кунда 3-6 та тухум (сирка) қўяди. Тухуми 0,8 мм. оқ рангли ва сочнинг асосига ёпишиб олади. Улар 8-10 кундан кейин тухумдан чиқиб, 8-18 кундан кейин етилади. Катта бит 9-10 кун яшайди, сиркалари эса хўжайин организмидан ташқарида 3 ҳафта яшайди. **Битларнинг турлари** • Бош бити (*Pediculus humanus capitis*) – бошнинг сочли қисмида педикулёз чақиради • Кийим бити (*Pediculus humanus corporis*) - тана педикулёзини чақиради; у тошмали ва қайталама терлама ташувчисидир • Қов бити (*Phthirus pubis*) – қов педикулёзини чақиради.

Клиник манзараси

• Бош бити бемор билан алоқада бўлганда ва буюмлар орқали (тароқ, бош кийими) юқади. Паразитлар бошнинг сочли қисмида, қошда, киприкда, соқолда топиладилар. Тухумлари сочнинг асосида оқ шарча кўринишида бўлади. Уларни қазғоқлардан фарқли равишда сочдан кўчириб бўлмайди. Тухумлари битларга нисбатан тезроқ топилади. Асосий белгиси – қаттиқ қичишиш. Сочли қисмининг тирналиши яллиғланиш ва иккиламчи бактериал инфекция – пиодермияни ва бўйин орқаси лимфоаденопатиясини чақиради.

- Тана педикулёзи баъзан гигиенага амал қилинса ҳам ривожланади. Катта битлар тухумларини кийимнинг чокларига, айникса ич бурмаларига қўяди. Зарарланиш кўпинча қоринда, думбада ва елкада яққол сезилади. Асосий белгиси – қичишиш, у тирналишга олиб келади. Инфекцияланмаган чақишлар 2-4 мм. ли қизил папула кўринишида бўлади. Баъзида педикулёз фурункулёз билан асоратланади. Сурункали ҳолатларда қўлтиқдан, чов соҳасида, танада терининг қалинлашиб диффуз пигментацияга учрашини аниқлаш мумкин.

- Қов педикулёзи (фтириаз). Кўпинча жинсий йўл орқали ўтади. Қов бити орқа чиқарув йўли ва жинсий аъзоларнинг сочли қисмини зарарлаб қаттиқ қичишишга сабаб бўлади. Майда малла битлар сочнинг асосида топилади. Тухумлари эса соч фолликулаларида учрайди. Даволаш кечиктирилса фтириаз човнинг тарқалган яллиғланишига, инфекция тушишига ва худудар аденопатияга олиб келади. Битлаб кетиш белгиларидан бири – ички кийимнинг анал-генитал соҳаси тегадиган жойда майда тўқ жигар ранг нуқталар бўлиши. Булар битларнинг нажасидир.

Махсус текшириш. Вуд флюористент лампаси билан текширганда тирик тухумлар оқ, бўш тухумлар кулранг рангда кўринади.

Дори терапияси

- Танлов препаратлари ♦ Пермитрин. Суюлтирилган препаратни бошнинг сочли қисмига суртиб қуригунча кутилади. 2-3 ҳафтадан кейин сочни ювиб, қуритилади, зарурат бўлганда яна такрорланади ♦ Рид шампуни зарарланган соҳага 10 минутга суртилиб, кейин совун ёки оддий шампунь билан ювилади. Бу муолажа 10 кун давомида ўтказилади ♦ Анти-Бит шампуни билан даволаш: соч сув билан хўлланади, препарат 3 минут давомида соч илдизига суртилади, кейин ювилади ва муолажа 2 кун мобайнида такрорланади. ♦ Итакс лосьони хўл сочга суртилиб кейин яхшилаб ювиб ташланади, яна бир марта суртилиб, 5 минутдан сўнг қайта ювилади ва майда тароқ билан таралади. Кейинги кун муолажа яна такрорланади. Аэрозол бошнинг сочли қисми устида 20-30 маротаба сепилиб 30 мин. кутиб турилади, кейин яхшилаб ювиб майда тароқ билан таралади. Эртасига муолажа такрорланади.

- Эҳтиёткорлик чораси: битларни йўқотадиган препаратлар ҳеч қачон киприклар зарарланганда ишлатилмайди.

- Битлар қошлар ва киприклардан пинцет ёрдамида олинади. Киприклардаги битларни оддий вазелин билан ўлдириш ёки кучсизлантириш мумкин.

Кечиши ва прогнози. Монанд даво чоралари қўлланганда 90%дан ортиқ беморлар тузалади. Қайталанишлар кўпинча қайта инфекцияланганда ва даволаш курси тўлиқ ўтказилмаганда кузатилади.

Профилактикаси – шахсий гигиена қоидаларига риоя қилиш. Педикулёз (битлаш) мактаб ва мактабгача бўлган муассасаларда аниқланса бутун жамоанинг ҳушёрлиги ва касалликка қарши биргаликда ҳаракат қилиши талаб этилади.

ХКК-10 • В85 Педикулёз ва фтириоз.

Эслатма. Катталарда қов, болаларда бош битлари кўпроқ учрайди. Битлаш аёлларда кўпроқ кузатилади.

ЭКЗЕМА

Экзема-ўткир яллиғланиш белгилари билан кечадиган сурункали қайталанувчи касаллик. У терида сероз яллиғланиш ва полиморф тошмалар пайдо бўлиши билан характерланади. Ҳар хил ёшда учрайди.

Клиник кўриниши ва классификацияси

- Хақиқий (идиопатик) экзема ўткир яллиғланиш ва шишли эритема ҳамда майда, хўл ва пўстлоқ ҳо бўлган пуфакчали тошмалар билан бирга кечади.
- Микробли экзема сурункали инфекция ўрнида ривожланади ва ўткир яллиғланишли, чегараланган йирик тилсимон ўчоқ хо қилади.
- Қазғоқли экзема беморларда терининг қазғоқлашган соҳаларида, ёғ безларига бой жойларда (бошнинг сочли қисми, кулоқ супраси) ривожланиб, эритиматоз-қазғоқли доғли сариқ-кулранг рангли папула кўринишида бўлади.
- Дисгидротик экзема товон ва фалангаларда тарқалган бўлиб майда гуруҳ-гуруҳ пуфак кўринишида жойлашувчи везикулалардан иборатдир.
- Профессионал экзема зарарли таъсир натижасида терининг очик жойларида пайдо бўлади.
- Болалардаги ривожланган экссудатив таркибидаги экзема, кўплаб тошмалар ва иккиламчи инфекция асоратига мойиллик пайдо бўлиши билан кечади.

Дифференциал диагностикаси • Атопик дерматит • Герпитаформли дерматит • Дюринг • Пиодермия • Экзематизирланган эпидермофития.

Даволаш • Гипосенсибилизацияловчи терапия: (кальций глюконат ва хлоридэритмалари) • Рационал гипосенсибилизацияловчи пархез • Антигистамин дорилар(хлорпирамин 25 мг.кунда 2 марта, кетотифен 1мг.эрталаб ва кечкурун) • Детоксикацияловчи моддалар • Иммуномодуляторлар билан терапия (продигиозан, тактивин) • Варикоз белгилари кузатилганда - пентоксифиллин, дипрофен-пирикарбат • Болаларга аце дофил лактобактерия, бифидобактерия, бифидум+ичак таёкчаси, антибактериал терапия, витаминлар билан биргаликда қўлланилади • Маҳаллий ♦ Яллиғланишга қарши, антибактериал препаратларни нам боғламларда қўйиш ♦ Таркибида ихтиол бўлган малҳам • ГК (флуацинолон ацетонид) ♦ Импетигнизацияда – антибиотиклиглюкокортикоидли малҳам (неомицин + флуоцинолон ацетонид) ♦ Сурункали шаклларида-лазеротерапия, рефлектор физиотерапия.

Прогнози яхши.

Профилактикаси Профессионал ва маиший салбий таъсир этувчи омилларни йўқотиш. Гигиена қоидаларига риоя қилиш, фокал инфекция ўчоғини санация қилиш, товоннинг микотик зарарланишларини даволаш. Рационал ҳаёт тарзи ва овқатланиш тартиби.

ХКК – 10 • 1.20 – 1.30. Дерматит ва экзема.

ВАРИКОЗЛИ ЭКЗЕМА

Варикозли экзема – оёқларнинг сурункали яллиғланмаган шишиши бўлиб, қашилашдан кейинги излар, намланиш билан кечади ва кейинчалик иккиламчи инфекция қўшилади. Касаллик 50 дан ошган аёллар орасида кенг тарқалган.

Хавфли омиллар • Чукур веналар тромбози • Кекса ёш • Оёқларнинг шикастланиши • Ҳомиладорлик • Юрак-томир етишмовчилиги • Семизлик • Иккиламчи инфекция • Оёқларнинг бошқа экзематоз касалликлари • Оёқни қашиб тимдалаш жараённинг тарқалишига олиб келади.

Клиник кўринишлари

- Тери шикастланган жойларининг бинафша - қизил рангга (баъзан жигар ранга) кириши (яллиғланишдан кейинги гиперпигментация).
- Жараён болдир суяги билан товон суягини бириктирувчи соҳанинг медиал бўлимларида ва кўпроқ оёқ кафти ҳамда болдирнинг пастки қисмида жойлашади.
- Яллиғлангирмайдиган шиш тери қоплами шикастланишига ва экзема ҳо бўлишига олиб келади.
- Терининг яллиғланиб, қон тўпланиб қолиши билан кечадиган яралари одатда шикастланган терини қашлаш натижасида вужудга келади.
- Кам сезиладиган қичишиш.
- Оғриқ синдроми (яра мавжуд бўлса).

Текшириш усуллари. Яра ичидаги ўзгарган тўқимани бактериологик текшириш ва микрофлоранинг антибиотикларга сезгирлигини аниқлаш йирингли инфекциянинг клиник манзараси пайдо бўлгандан сўнг ўказилади.

Дифференциал диагноз • Атопик дерматит • Алоқали дерматит

- Нейродермит.

ДАВОЛАШ

Олиб бориш тамойили • Эластик бандажсимон боғламлар (масалан, руҳли желатини бор Унн боғламлари), агар зарарланган соҳа нам бўлмаса • Ярали некротик тўқималарни жарроҳлик йўли билан олиб ташлаш.

Дорилар билан даволаш • 8% ли алюминий ацетат эритмаси (Буров суюқлиги) билан боғламлар • Триамцинолон (0,1% крем, малҳам) ёки бетаметазон (крем, малҳам) кунда 2 маҳалдан • Қичишишни йўқотиш учун (маҳаллий) – бензокаин, камфора, ментол • Антисептик воситалар (бензоил пероксиди, кумуш нитрати) ёки маҳаллий қўллаш учун кенг қамровли антибиотиклар (масалан, неомицин) • Диуретиклар – шишни камайтириш мақсадида.

Кечиши сурункали қайталаниб турувчи.

Синонимлари • Турғун дерматит • Венали дерматит.

ХКК -10 I83.1 Яллиғланиш билан кечадиган оёқ веналарининг варикоз кенгайиши.

ДЕРМАТОМИКОЗЛАР

Патоген замбуруғлар томонидан чақириладиган тери қопламалари зарарланишининг катта гуруҳи.

Классификацияси • Кератомикоз (ранг - баранг темиртки • Дерматофитиялар: човэпидермофитияси; интердигитал трихофитон чақирган микоз, товон эпидермофитияси; қизил трихофитон чақирган микоз (руброфития); трихофития; микроспория; фавус • Кандидоз • Чукур микозлар: бластомикоз, споротрихоз, хромомикоз.

Этиологияси • Асосий кўзғатувчилар- Trichophyton Microsporum нинг турли хиллари, Epidermophyton турининг бир неча хили - уларнинг умумий номи

дерматофитлардир. Тўқима намуналарида қўзғатувчининг морфологик идентификацияси мураккаб бўлиб, уни тоза ҳолда ажратишни талаб этади. Кам ҳолларда зарарланишни *Candida* нинг турли хиллари чакиради.

Эпидемиологияси. Қўзғатувчиларнинг кўпчилиги табиатда кенг тарқалган бўлиб, ҳар қандай жойда юқиш имконияти мавжуд. Касалланиш кўпроқ иссиқ ва нам иқлимли мамлакатлар аҳолиси ўртасида қайд этилади. Ёш гуруҳлари ичида кўпроқ болалар касалланади. Касаллик зарарланишнинг актив ўчоғи билан юзага келган алоқадан сўнг ривожланади. Қуйидаги эпидемик аҳамиятга эга бўлган қўзғатувчилар гуруҳи фарқланади: •Геофил дерматофитлар - тупроқда яшайди. Касаллик сезгир организмнинг ифлосланган тупроқ билан алоқада бўлганидан кейин ривожланади Зоофил дерматофитлар - кўпчилик уй ҳайвонларининг паразити бўлиб одамларнинг зарарланиш манбаидир •Антропофил дерматофитлар - одам паразитлари бўлиб, касал одамдан юқади.

Патогенези. Дерматомикозларда юқумли агент, гиф ва кандидияларнинг айрим қисмларидан иборат. Улар кератин сақловчи тўқимага (терининг шох қавати, соч, тирноқ) тушади. Дерматофитлар вирулентлиги паст, шунинг учун соғлом одамнинг тўқималари зарарланмайди. Барча қўзғатувчилар учун кератинни парчалаш ва сингдириб юбориш хос. Соч тукидаги ўсиш турига қараб 2 гуруҳга бўлинади: *endothrix*- теридан фолликула ва сочга ўсиб киради, соч тукидан ташқарига чиқмайди. *Ectothrix*- фолликуладан сочга ўсиб киради.

Клиник кўриниши. Қўзғатувчилар тери ва унинг хоаларида кўпаяди; касалликлар чегараланган, хаёт учун хавф туғдирмайди. Кўпинча спонтан чегараланиб, асосан косметик муаммоларга олиб келади. Кам ҳолларда ёндош тўқималарнинг яшин тезлигида зарарланиши кузатилади. Бу иммунтанқислик бўлган шахсларда учрайди. Юмалоқ, тўқ қизил, қичиётган, аниқ чегараланган, диаметри 5 см дан кичик бўлган тугунчалар характерлидир.

- *Microsporum* туридаги замбуруғлар ва *Endothrix* гуруҳидаги трихофитлар чақирган бош сочли қисмининг дерматофитиялари. Сочнинг синувчан бўлиши характерли.
- *Ectothrix* гуруҳидаги трихофитлар чақирадиган бош сочли қисмининг дерматофитиясида соч фолликулаларининг йиринглаши ва соч тўкилиши хосдир.
- Соқол ва муйловнинг дерматомикози. Кечиши ўткир ёки сурункали. Бирламчи белгилар - папула ва пустиула. Кейинчалик соч фолликулаларининг зараланиши кўшилади. Улар ифлосланиши натижасида гранулематоз шикастланишлар юзага келади. Зарарланган сохалар шиши ва уларнинг конли пўстлоқ билан қопланиши характерли. Асосий қўзғатувчиси *Trichophyton verrucosum*.
- Тана дерматомикози (*tinea corporis*). Тананинг турли сохаларида чегараланган қипиқланиш ўчоқлари, эритема, пиодермия юзага келади. Асосий қўзғатувчилар- *Trichophyton mentagrophytes*, *Trichophyton rubrum* ва *Microsporum canis*.
- Чов дерматомикози. Қипиқланиш ўчоқлари, пустилез тошма, эритема ва пиодермиялар билан намоён бўлади. Улар оёқ (соннинг ички юзасида ҳам), жинсий аъзолар ва човда кузатилади. Асосий қўзғатувчилари- *Trichophyton mentagrophytes*, *Trichophyton rubrum*, *Epidermophyton floccosum* ва *Candida* турлари.

- Товон дерматомикози. Зарарланиш асосан бармоқлар орасидаги терида жойлашади. Кичик пуфакчалар, ёриқлар, юмшоқ сохалар ва эрозиялар характерли. Қўзғатувчилар- *Trichophyton mentagrophytes*, *Trichophyton rubrum*, *Epidermophyton floccosum*.
- Онихомикоз. Қўл ва оёқ тирноқлари қалинлашуви, дағаллашуви ва қаватларга ажралиши билан намоён бўлади. Қўзғатувчилар- *Trichophyton* турлари, кам ҳолда *Candida*.
- Фавус - тери, соч ва тирноқларнинг замбуруғли шикастланиши бўлиб, сурункали кечиш ва чандикли алопеция билан характерланади. Этиологияси: қўзғатувчи- *Trichophyton schoenleinii*; бемор одам билан яқин ва давомли алоқада бўлганда юқади. **Клиник кўриниши** • Скутуляр шакл. Юқишдан • hafta ўтгач, соч фолликулалари атрофида эритема пайдо бўлади, унинг асосида псевдопустулага айланадиган қипиқлар шаклланади. Кейин диаметри бир неча мм га тенг бўлган, сарик ҳоа- скутулалар ривожланади. Улар йўқолганда эрозив ёки ярали юза қолади ва у кейинчалик чандикланади, алопеция юзага келади. Сочлар ялтироқлиги йўқолади • Питиреонид шакл. Терининг эритематоз сохалари қипиқ билан зич қопланган, чандикли алопеция секин ривожланади • Импетигоноз шакл. Йирик сариқ-жигар ранг пўстлоқлар кўчишидан чандикли алопеция ривожланади • Фавусда тирноқлар зарарланади, улар сарғайиб синувчан бўлади.

Синонимлар: парша, фавусли темратки. **ХКК-10•В35** Дематофития.

Диагностика юзаки микозларнинг клиник белгиларига, зарарланган тўқималар ва ажратилган микроорганизмлар микроскопиясига асосланилади. Микроспория қўзғатувчилари бошнинг сочли қисмини Вуд УФ-лампаси билан нурлаганда осон аниқланади.

Текшириш усуллари

• Қўзғатувчини микроскоп ёрдамида аниқлаш. Тери намунаси буюм ойначасига кўйилиб 10% ли КОН эритмасидан томчи томизилади. 10-15 мин дан кейин гифлар ёки конидиялар мавжудлигига текширилади. Соч микроскопияси *endothrix* ва *ecthotrix* қўзғатувчиларини фарқлаш имкониятини беради. *Endothrix* қўзғатувчилари чақирган зарарланишларига соч тукида чуқурча ва бўшлиқлар мавжудлиги хос. *Ecthotrix*да эса гифалар сочни ташқи томонида учрайди. Контрастни кучайтириш учун пасайган оқиш нур ишлатилади • Культурани ажратиш. Алоҳида соч ёки тери қисмлари озик муҳитига экилади. Тери намуналари зарарланиш ўчоғини стерил скальпель билан олинади. Қўзғатувчи микроскопия ва колонияга қараб фарқланади ♦ *Trichophyton* тури 2-3 haftaга ўсади; колониялар турли рангда, катта, лиқ, 10 гача тўсиқли бўлиши мумкин. Улар қаламни эслатади (10-50 мкм). *Microsporum* тури секин ўсади; макроконидиялар калин деворли, кўп хужайрали бўлади. *Epidermophyton floccosum* оқ, сариқ колония ҳо қилади. Колониялари лиқ, тўқмоқни (узунлиги 7-20 мкм) эслатади.

Дифференциал диагностика • Пушти ранг темратки • Себореяли экзема • Алоқали дерматит • Захм • Псориаз • Қизил волчанка.

Даволаш • Замбуруғга қарши синтетик воситалардан маҳаллий (малҳам)-миконазол ёки клотримазол, кунда 2 марта, кетоконазол кунда 4 марта 2 hafta давомида (тузалгандан кейин яна 1 hafta давомида – қайталанишни олдини олиш

учун). Эконазол ва метилнафталин унумлари, масалан нафтифин • Бошнинг сочли қисми дерматофитиясида- гризеофульвин кунда 1г (болага 16 мг/кг, микроспорияда 22 мг/кг) ичиш учун, замбуруғ тахлили манфий чикмагунча. Кейин шу дозада 2 хафта давомида, кун ора, ва 2 хафта мобайнида 2 марта/хафтага ёки кетоконазол. Тербинафин кунда 125-250 мг, 4-6 хафта давомида. Маҳаллий 2-5% ли йод эритмаси, олтингугуртли малҳам (10%) ва салицил кислотаси (3-5%). Онихомикозда – тербинафин кунда 250 мг.2-4 ой ичида, интраконазол кунда 200 мг.3 ой давомида.

Синонимлар: 1. Дерматофития. 2. Эпидермофития. 3. Халкасимон дерматомикоз.

ХКК • 10 В35 Дерматофития • **В36** Бошқа юзаки микозлар.

КАЙФИЯТ ЎЗГАРИШЛАРИ

КАЙФИЯТ БУЗИЛИШЛАРИ

Кайфият бузилиши - асосан кайфиятнинг кўтарилиши (мания) ёки тушишидан (депрессия) иборат бузилиш бўлиб, умумий фаоллик даражасининг ўзгариши билан кечади. Депрессив ва маниакал ҳолатлар кўпчилик соматик ва деярли барча руҳий касалликларда ҳамда дори-дармонлар (масалан, наркотик анальгетиклар, антигипертинзив, ўсмага қарши, седатив, паркинсонизмга қарши препаратлар, антибиотиклар, нейролептиклар, ГК) таъсирида юзага келиши мумкин.

Учраши. Кайфият бузилишлари турли кўринишларининг ҳаёт давомида юзага келиш хавфи 8-9 % ни ташкил этади. Аёллар 2 марта кўп касалланади ва уларда депрессив вариант кўпроқ учрайди. Фақатгина 20 % беморлар тиббий муассасаларга мурожаат қилади, уларнинг ярми ўз касаллигини фаҳмламайди ва соматик характердаги шикоятлар қилади. Шифокорлар томонидан диагноз фақатгина 30 % ҳолларда аниқланади ва 25 % беморлар монанд даво олади.

КЛИНИК МАНЗАРАСИ

Кайфият бузилишларининг клиник кўринишлари депрессив ва маниакал синдромларни ўз ичига олади.

Депрессив синдромлар.

Белгиларининг миқдори ҳамда оғирлигига қараб енгил, ўртача ва оғир депрессив синдромлар фарқ қилинади.

- Ўртача ривожланган депрессив синдром ◆ Депрессив синдромнинг асосий белгилари –тушкун кайфият, ғам-ғуссага ботиш, фикрлаш суръатининг пасайиши, ҳаракатнинг сустлиги ◆ Беморларнинг ташқи кўриниши ўзига хос: ғамгин юз кўриниши, қошларнинг ўртасида аламдийда вертикал ажин, букчайган қадди – қомат, бошнинг қуйи солиниши, нигоҳнинг пастга қаратилиши. Оғир руҳий ҳолатга қарамасдан баъзи бир касаллар ҳазил-хузул қилишлари ва кулиб туришлари мумкин («илжайиб турадиган депрессия») ◆ Депрессиянинг кўп кузатиладиган белгиси ҳаракатнинг секинлашувидир. Беморларнинг ҳатти-ҳаракати секин, ниҳоятда зарур бўлгандагина ҳаракат қиладилар. Кучли ҳаракат сустлигида беморлар кўп вақтларини ўз ўринларида ўтириб ёки ётиб ўтказадилар, фаол ҳаракатга эҳтиёж сезмайдилар. Фикрлаш суръатининг секинлашуви беморларнинг нутқига таъсир кўрсатади. Улар саволларга секин, вақт ўтказиб жавоб қайтарадилар ◆ Айниқса тушкун кайфият, ғам-ғуссага ботишдан қаттиқ қийналадилар. Беморлар ўз ҳолатларини камдан-кам ҳолларда кайфият тушгинлиги деб таърифлайдилар. Кўпинча улар қайғу, ғам-ғусса туйғуси, дармонсизлик, лоқайдлик, тушкунлик, маъюсликдан шикоят қиладилар. Ғам-ғуссани улар кўкрак қафасида оғирлик, юрак атрофида, баъзан эса бошларида, қорин соҳасида нохуш сезгилар борлиги билан таърифлайдилар; бу руҳий, маънавий оғриқ деб тушунтирадилар ◆ Депрессиянинг бошқа белгилари - ваҳима («*Ваҳимали кайфият бузилишлари*»)га қаранг) ва серзардалик, сержаҳлликдир. Ваҳима кучайиши асосан кечки соатларда руй беради. Депрессия кучайиб бораверса ваҳима кучли изтиробга

айланади: бунда беморлар бир жойда ўтира олмайдилар, бетоқат бўладилар, нолийдилар, кўлларини орқага қайирадилар, у ёқдан бу ёққа юрадилар, тиббий ходим ёки бошқа шахслар олдида суицидал ҳаракатларни амалга оширишга ҳаракат қиладилар. Депрессияда сержаҳллик доимий жиззакилик, бадқовоқлик, атрофдагилардан ва ўзидан норозилик кўринишида намоён бўлади. ♦ **Қизиқишларининг ва хурсандчилик хиссининг йўқолиши.** Бунда беморлар ўзларида хис-туйғу йўқлигидан, бошқаларнинг хис-туйғуларини тушунмасликларидан, атрофдагиларнинг барчаси улар учун ўз аҳамиятини йўқотганлигидан шикоят қиладилар (бу ҳолатни шизофрения билан касалланган беморларда бўладиган эмоционал лоқайдлик билан адаштирмаслик керак). Касаллик зўрайган ҳолларда беморлар авваллари улар учун қадрли бўлган кишиларга нисбатан муҳаббатларини йўқотганларини, табиат гўзаллигини, мусиқани ҳис қилмай кўйганликларини, эътиборсиз, бепарво бўлиб қолганликларини тасдиқлайдилар; бу ҳақда айта туриб ўзларининг ўзгариб қолганликларидан қаттиқ қайғурадилар, шу сабабли бундай ҳолат рухий ҳиссизлик деган номни олган (*ana-esthesia psychica dolorosa*) ♦ Депрессияга учраган беморларнинг деярли барчаси қувватсизликдан шикоят қиладилар, уларнинг бирор ишни бошлашлари қийин, бошлаган ишларини охирига етказмайдилар; меҳнат фаолияти унумдорлиги пасаяди. Кўп беморлар ўзларидаги қувватсизликни жисмоний касалликлар билан боғлайдилар ♦ Депрессив синдромда кўпинча биологик симптомлар кузатилади. Уларга уйқу бузилишлари (эрта уйғониш – энг кўп учрайди: бемор одатдагидан 2-3 соат олдин уйғонади ва бошқа ухлай олмайди, ваҳимага тушади, безовталанади, келгуси кун ҳақида уйлайди), кайфиятнинг кун-тун давомида ўзгариб туриши (эрталаб кайфият ёмонлашади), иштаҳасининг пасайиши, вазннинг камайиши, қабзият, аменория, жинсий функцияларнинг пасайиши киради ♦ Депрессив фикрлаш депрессиянинг асосий белгисидир. Депрессив фикрларни аниқлаш шифокорга суицидал ҳаракатларнинг юз бериши мумкинлигини аниқлашга ва бундай ҳаракатларни олдини олишга ёрдам беради. Депрессив фикрларни уч гуруҳга ажратиш мумкин ✦ Биринчи гуруҳ ҳозирги замонга тааллуқли. Беморлар атроф-муҳитни қора рангда кўрадилар, бутун фикри-зикрлари ўзини-ўзи камситиш, ерга уриш бўлиб қолади. Масалан, бемор ишни эпложмайман деб уйлайди ва унинг фикрича атрофдагилар уни омадсиз деб ҳисоблашади, ваҳоланки у эришган муваффақиятлар очикдан-очик кўриниб турган бўлса ҳам. Иккинчи гуруҳ фикрлар келажакка тааллуқли. Беморлар келажакка бўлган умидларини бутунлай йўқотадилар, ўзларини чорасиз, умидсиз аҳволга тушиб қолгандек ҳис қиладилар, кейинги ҳаёт беҳудадек туюлади. Масалан, бемор келажакда ишсиз қолишига ёки рак билан касалланишига ишонади. Депрессияда суицидал ҳатти-ҳаракатлар айнан шу гуруҳдаги депрессив фикрлар натижасида келиб чиқади ✦ Учинчи гуруҳ фикрлар ўтмишга тааллуқли. Беморлар ҳаётларидаги арзимаган қилмишлари учун ўзларини айбдор деб ҳисоблайдилар, бўлиб ўтган воқеаларда ўзларини ахлоқ доирасидан чиққанликда, хатога йўл кўйганликда айблайдилар ва ҳ.к. ♦ Депрессияда соматик белгилардан шикоят қилиш кўп кузатилади. Бундай шикоятлар турлича бўлиши мумкин, лекин энг кўп тарқалганлари қабзият ва тананинг исталган қисмида оғриқ (ёки ўзини ёмон ҳис

қилиш) ♦ Депрессив синдромда бошқа рухий бузилишлар кузатилади: деперсонализация, бирор бир фикрнинг мияга ўрнашиб қолиши («*Обсессив-компульсив бузилишлар*» га қаранг), фобия ва бошқалар кузатилиши мумкин ♦ Беморлар кўпинча хотира пасайганидан, эътиборни жамлаш қийинлигидан шикоят қиладилар. Бироқ, бемор қаттиқ ҳаракат қилса, эслаб қолиш ва эслаш жараёни сақланганлиги аён бўлади. Лекин, бу хотира бузилишлари, айниқса қарияларда, шунчалик кучаядики, клиник кўриниши деменция билан бир хил бўлади.

● **Яширин депрессия**– субдепрессив ҳолат бўлиб, клиник кўринишда устунлик қиладиган кайфият тушишини яширадиган соматик бузилишлар билан бирга кечади. Яширин депрессия ошқора депрессиядан кўра 10 -20 марта кўп учрайди. Бундай беморлар аввалига турли мутахассисликдаги шифокорларда, кўпинча терапевт, невропатологда даволанадилар. Яширин депрессия аксарият ҳолларда енгил ва ўртача депрессив синдромда учрайди, оғир депрессив синдромда анча кам кузатилади ♦ Кўпинча юрак томир тизимидаги ўзгаришлардан (юрак соҳасида оғриқ хуружлари), овқат ҳазм қилиш тизимидаги (иштаҳа сустлашгани, диарея, қабзият, метеоризм, қорин соҳасидаги оғриқлар) оғриқлардан шикоят қилиш учрайди. Турли уйқу бузилишлари кўп ҳолларда аниқланади. Беморлар мадорсизликдан, севган машғулотларига қизиқишлари йўқолганидан, ноаниқ хавотир туйғудан, китоб ўқиганларида ёки телевизор кўрганларида тез чарчаб қолаётганларидан шикоят қилишади ♦ Яширин депрессия ҳолати алкоголь истеъмол қилиш ҳолларига олиб келиши кўп учрайди.

● **Оғир депрессив синдром** ♦ Депрессия ривожланиб бораверса, юқорида кўрсатиб ўтилган белгилар янада кучаяди. Оғир депрессив синдромнинг ўзига хос белгилари - бу психотик белгилар: галлюцинация ва васвасалар қўшилишидир (шу сабабли баъзи бир муаллифлар бу кайфият бузилишларини «психотик депрессия» термини билан номлайдилар) ♦ Оғир депрессив синдромда васвасалар ўз - ўзини айблаш, камситиш, оғир соматик касалликлар мавжудлиги (ипохондрик васваса) кўринишида кечади ♦ Оғир депрессив синдромда беморларда кўпинча эшитув галлюцинациялари рўй беради. «Овозлар» беморлар яшашидан умид йўқлиги, у ўзини ўлдириш кераклиги тўғрисида гапирадилар ёки яқин кишилари ҳалок бўлаётганидек ва уларни ёрдамга чақираётганидек бўлади. Баъзан депрессив кайфиятни акс эттирувчи кўрув галлюцинациялари бўлиши мумкин (масалан ўлим саҳнаси).

● Изтиробли депрессия - қаттиқ ҳаяжон, ваҳима, кўркув ва ҳаракат безовталиги билан кечувчи ҳолат. Беморлар ўта ҳаяжонланадилар, ўзларини кўярга жой тополмайдилар, қўллари билан кийимларини ғижимлайверадилар, кўп юрадилар, тиббиёт ходимларига ва атрофдагиларга арзимаган илтимос билан мурожаат қилиб ёки луқма ташлаб хиралик қиладилар, баъзан бўлим эшиги олдида соатлаб туриб, оғирликларини гоҳ у, гоҳ бу оёққа солиб турадилар, ўтган-кетганнинг кийимига тегишиб хиралик қиладилар.

● Сусайтирувчи (адинамик) депрессия. Сусайтирувчи депрессияда асосий белги - психомотор ҳаракатнинг сустлиги. Баъзан сусайтирувчи депрессия ступор даражасига етиши, яъни қотиб қолиш мумкин. Даволаш вақтида белгилар тесқари

томонга ривожланган, лекин депрессия хали кучли, ҳаракат сусайиши йўқолган пайтда суицид хавфи кескин ошади!

● Енгил депрессив синдром (субдепрессия) – енгил кўринишдаги депрессия. Чуқур ғам-ғуссага ботиш, ҳаракат сусайиши кузатилмайди, ташқи кўринишдан беморнинг ўзини тутиши яхшиланганга ўхшаб кўринса-да, лекин қувват ва фаоллик етишмайди. Беморларда кайфият бўлмаслиги, ваҳима, ўзига ишончсизлик ҳолатлари устунлик қилади. Улар эрталаб ўринларидан туришга, кийинишга, ювинишга ўзларини мажбур қиладилар, уйда ва ишда одатдаги мажбуриятларини ҳам қийинчиликлар билан бажарадилар, ҳеч қандай хоҳиш-истак йўқ, бирор-бир ишни муваффақиятли бажаришларига ишонмайдилар. Уйкудан уйғонганда уйғоқ ҳолатга ўтиш ҳисси сезилмаганлиги туфайли асоссиз равишда «уйқусизликдан» шикоят қиладилар. Одатда субдепрессияда ваҳима ипохондрия, фобия, бирор бир фикрнинг мияга ўрнашиб қолиши билан кечади.

Маниакал синдром

Маниакал синдром кайфиятнинг ошиши, фикрлаш суръатининг тезлашиши ва ҳаракат активлигининг кучайиши билан характерланади.

● Беморнинг ташқи кўриниши ҳам кайфияти юқори эканлигини билдиради. Улар, айниқса аёллар ялтироқ, кўзга ташланиб турадиган кийимлар кийишга, ҳаддан ташқари атир-упадан фойдаланишга мойил бўлишади, кўзлари чакнаб туради, юзлари қизарган, гапирганда оғзидан тупук сачрайди, ҳаракатлари ҳаддан ташқари тез ва кескин, мимикавий ҳаракатлари кучли ифодаланади, ҳатти-ҳаракатлари ва гавдасини тутиши диққатни жалб қилади.

● Кайфият кўтарилиши барқарор оптимизм билан бирга келади. Кечинмалари қувончга тўла. Беморлар ҳеч нарсадан ғам чекмайдилар, ҳеч қандай муаммолари йўқ. Бўлиб ўтган нохушликлар ва бахтсиз ҳодисалар унут бўлади, келажак порлоқ туюлади. Ўз жисмоний ҳолатларини аъло даражада деб тасвирлайдилар, қувват кўплигини ҳис этиш-уларда доимий ҳолат. Бир кўришда бундай беморлар руҳан соғлом, аммо ўта хурсанд, хушчақчақ, киришимли бўлиб кўринадилар. Бошқа беморларда эса серзардалик, урушқоқлик кузатилади. Одатда йўналишни аниқлаш бузилмайди, шунинг учун ўзларини касал деб ҳис қилмайдилар.

● Ҳаракат активлигининг ошиши - беморлар ҳамма вақт ҳаракатда бўлиб бир жойда ўтира олишмайди, ҳамма нарсага аралашаверишади, бошқа касалларга буйруқ беришни яхши кўришади. Улар шифокор билан суҳбат вақтида ўз ҳолатларини тез-тез ўзгартиришади, ўрниларидан сакраб туриб кетишади, хонада у ёқдан бу ёққа юриб, ҳаттоки югура бошлашади. Ҳар бир ишга ўзларини урадилар, лекин бирортасини ҳам охирига етказмайдилар. Маниакал синдромли беморлар атрофдагилар билан мулоқот қилишни яхши кўришади, ўзларига ҳеч ҳам тегишли бўлмаган суҳбатларга аралашади.

● Тафаккур суръатининг тезлашуви- беморлар кўп, баланд овозда, тез, тўхтовсиз гапирадилар ва натижада овозлари хириллаб қолади. Гапирадиган гаплари мазмунан пала-партиш. Бир мавзудан бошқа мавзуга тез ўтадилар. Кўп гапирганларидан бир фикрни тугатишга улгурмасдан бошқасига ўтиб кетишади, натижада уларнинг фикрлари узук-юлуқ чиқади. Нутқларида ҳазил, иборалар ва ҳатто хорижий сўзларни ҳам ишлатадилар.

- Ўйқу бузилишлари – беморлар кам ухлайдилар (кунда 3-5 соат), лекин ҳар доим ўзларини тетик ҳис қиладилар.
- Маниакал синдромда ҳамма вақт иштаҳа ошади, жинсий майл кучаяди.
- Экспансив ғоялар. Беморларга кўпдан-кўп режалар ва истакларни амалга ошириш осондек туюлади, унда ҳеч қандай тўсиқ кўришмайди. Улар ўз шахси, қобилиятлари ва имкониятларига жуда юқори баҳо берадилар. Экспансив ғоялар тез фурсатда экспансив васвасаларга ўтади. Васвасалар кўпинча улуғворлик, ихтирочилик ва ислоҳотчилик характериға эға бўлади.
- Оғир маниакал синдромда галлюцинациялар (камдан-кам ҳолатларда) кузатилади. Овозлар беморни мақтайди, масалан беморни улуғ кашфиётчи деб атайди. Кўрув галлюцинациясида бемор диний саҳналарни кўради.
- Гипоманиакал ҳолат (гипомания) – мания белгилари кузатилади, лекин улар сустривожланган, тўла ижтимоий мослашувнинг купол бузилишлари бўлмайди. Беморлар ҳаракатчан, ҳазилларға мойил, сергап бўладилар. Жуда кўп режа ва ғоялар юзаға келади, улар баъзан фойдали ва оқилона, баъзан эса ўта хавфли ва енгил ўйланган бўлиши мумкин. Кўп одамлар билан танишадилар, енгил жинсий ҳаёт кечирадилар, алкоголь истеъмол қилишни бошлайдилар, конунбузарлик йўлиға осон кириб кетишлари мумкин.

КАЙФИЯТ БУЗИЛИШЛАРИ КЛАССИФИКАЦИЯСИ

Этиологиясига асосланган классификация

- Эндоген ва реактив депрессия. “Эндоген” ва “реактив” терминлари руҳий касалликларнинг замонавий классификациясига киритилмаган, лекин баъзи психиатрлар бу терминларни ҳалигача ишлатишади. Эндоген депрессияда белгилар беморлар шахси ва психотравматик вазиятлар билан боғлиқ бўлмаган омиллар таъсири натижасида келиб чиқади. Реактив депрессияда белгилар бевосита психотравматик вазиятлар билан боғлиқ. Амалиётда фақат эндоген ёки фақат реактив депрессиялар кам учрайди, кўп холларда аралаш депрессиялар кузатилади.
- Бирламчи ва иккиламчи депрессив синдромлар. Иккиламчи депрессив синдромлар бошқа руҳий бузилишлар (масалан шезофрения, невроз, алкоголизм), ёки соматик ва неврологик касалликлар, баъзи бир дори-дармонлар истеъмол қилиниши натижасида келиб чиқади. Бирламчи депрессияда эса уни келтириб чиқарган сабабларни аниқлаб бўлмайди.

Белгиларға асосан классификация.

- Невротик ва психотик депрессия. Невротик депрессияда психотик депрессияға хос бўлган белгилар кўпинча психотравматик вазиятлардан келиб чиқади ва аксарият холларда кўркув, ваҳима, бирор бир фикрнинг мияға маҳкам ўрнашиб қолиши билан бирға келади. ХКК-10 да невротик депрессия “дистимия” сифатида тавсифланган.

Кечишиға асосланган классификация.

● **Биполяр кайфият бузилишлари.** Олдинги классификацияда (ХКК-10) бу бузилишлар “маниакал депрессив психоз” ибораси сифатида ёзилган. Биполяр кайфият бузилишлари маниакал ва депрессив фазанинг алмашинуви билан намоён бўлади. Эпизодлар бевосита бир-бири билан алмашиши (масалан, депрессив ҳолат бирданга маниакал синдром билан) ёки орада тўлиқ рухий соғломлик даври кузатилиши мумкин (масалан бемор депрессив ҳолатдан чиққанидан сунг бир неча ой ўтиб маниакал синдром ривожланиши мумкин). Бузилишлар касаллик қанча давом этишидан қатъи назар рухий функцияларнинг пасайишига олиб келмайди ♦ Биполяр бузилишлар кўпинча депрессиядан бошланади. Унинг ташхисини қўйиш учун камида бир марта маниакал эпизод кузатилиши етарлидир ♦ Циклотимия (циклотимик бузилишлар) сурункали кечиш билан характерланиб, гипоманиакал ва субдепрессив ҳолатларнинг алмашинуви билан кечади. Эпизодлар кўп қайталаниб қисқа муддатли бўлади. Циклотимияни биполяр бузилишининг енгил варианты деб қараш мумкин. Эпизодлар давомийлиги қисқа (2-6 кун). Касаллик асосан 15-25 ёшларда аста-секин бошланади. 5-10 % беморлар наркотикларга ружу қўядилар. Анамнезида яшаш жойининг тез-тез ўзгартириб турганлиги ва диний гуруҳларга аъзо бўлганлигини аниқлаш мумкин.

● **Депрессив бузилишлар** ♦ **Кайфиятнинг рекуррент депрессив бузилиши** (монополяр депрессия, кайфиятнинг униполяр бузилиши) – ҳаёт давомида бир неча катта депрессив эпизодларнинг кузатилиши билан кечувчи касаллик. Улар орасида тўлиқ рухий соғломлик даври кузатилади. Бирламчи эпизод турли ёшларда рўй бериши мумкин (болалиқдан то қариликкача). Ўткир ёки аста-секин бошланиши, бир неча ҳафтадан бир неча ойларгача давом этиши мумкин. Агар касаллик давомида маниакал эпизод кузатилмаса, ташхиси биполяр аффектив бузилиш деб ўзгартирилади. Депрессив бузилишлар тез-тез кузатилиб, узоқ давом этса ҳам, рухий жараёнларнинг камчилигига олиб келмайди.

♦ **Мавсумий аффектив бузилиш** - қиш фаслида кузатиладиган депрессия. Баҳор ва ёз бошланиши билан ўтиб кетади. Клиникасида уйқучанлик, иштаҳа ошиши ва психомотор тормозланиш кузатилади. Мелатониннинг патологик метаболизми билан боғлиқ ♦ Ҳозирги пайтда **дистимик бузилишларга** невротик депрессиялар ва яширин шаклдаги рекуррент депрессив бузилишлар киради. 10-ХККда дистимик бузилишга (дистимияга) **невротик депрессия (депрессив невроз)** киритилган. Дистимия- депрессиянинг унча оғир бўлмаган шакли бўлиб, узоқ психотравматик вазият таъсирида келиб чиқади. Сурункали кечиши мумкин. Дистемияда оғир депрессив синдром учун хос бўлган белгилар суст ва кучсиз ривожланган бўлади.

КАЙФИЯТ БУЗИЛИШЛАРИНИНГ ДИФФЕРЕНЦИАЛ ДИАГНОСТИКАСИ

● **Қайғу реакцияси.** Депрессив бузилишларни кучли эмоционал стресс (масалан, фарзанднинг ўлими) натижасида келиб чиқадиган меъёр қайғу реакциясидан фарқлаш керак. Қайғу реакциясида ўз-ўзини ўлдириш фикрлари бўлмайди, беморларни фикрларидан осон қайтариш мумкин, бошқа одамлар билан мулоқот

пайтида аҳволлари яхшиланади. Қайғу реакциясида антидепрессантлар самара бермайди. Баъзи беморларда қайғу реакцияси баъзан оғир депрессив бузилишга ўтиши мумкин.

- **Тахликали бузилишни-** субдепрессив ҳолатлардан ажратиш қийин, чунки тахлика ва депрессия бирга кузатилади. Тўғри диагноз қўйиш учун ваҳима ва депрессиянинг оғирлигига баҳо бериш, ҳамда уларнинг кетма-кетлигига эътибор қаратиш лозим. Агар беморда депрессия белгилари биринчи бошланиб кучли ривожланиб ва кейинчалик ваҳималар қўшилган бўлса депрессив бузилиш диагнози тўғри бўлади. Агарда аввалига ваҳима белгилари пайдо бўлиб, у касалликнинг ягона белгиси ҳисобланса, кейинчалик унга депрессия белгилари қўшилса, беморга тахликали бузилиш диагнози қўйилади. Обсессив-компульсив ва фобик бузилишларни дифференциал диагностикасида ҳам шу усулдан фойдаланилади.

- **Шизофрения.** Галлюцинация ва васвасалар ҳам маниакал, ҳам депрессив эпизодларда кузатилади. Оддий кайфият бузилишлари қанча вақт давом этишидан қатъий назар руҳий функцияларнинг пасайишига олиб келмайди. Шизофренияда эса барқарор шахс бузилишларига олиб келувчи негатив белгилар кузатилади.

- **Шизоаффеktiv бузилиш.** Касаллик клиникасида бир вақтнинг ўзида бир хил даражада ҳам кайфият бузилиши белгилари (маниакал ва депрессив синдром) ҳам шизофрения белгилари кузатилса, шизоаффеktiv бузилиш диагнозини қўйиш мақсадга мувофиқ бўлади.

- **Деменция.** Депрессияда хотира бузилишлари диққатни жамлаш ўзгариши билан боғлиқ бўлиб, тусатдан бошланади. Касаллик клиникасида депрессиянинг бошқа белгилари ҳам мавжуд бўлиб, масалан, депрессив тафаккур. Депрессияга учраган беморлар хотира бузилишидан шикоят қилиб, саволларга “мен билмайман” деб жавоб беришдан уялмайдилар, деменцияда эса беморлар тўғри жавоб беришдан ўзларини олиб қочадилар. Депрессияда хотира бузилиши ҳозирги ва ўтган замон воқеаларига бирдек тааллуқли бўлади, деменцияда эса асосан ҳозирги воқеаларни тез унутиб қўядилар.

- **Бош мия органик ўзгаришлари.** Қарилик давридаги маниакал ҳолатлар қўпол хулқ-атвор бузилишлари билан бирга келса (масалан, уят ҳиссининг йўқолиши) ва анамнезида маниакал ва депрессив эпизодларнинг алмашинуви бўлмаса, бош мия органик ўзгаришлари тўғрисида (масалан, бош мия ўсмаси) ўйлаш лозим бўлади. Бундай ҳолларда қўшимча текширувлар – КТ,ЭЭГ ўтказиш зарур.

- **Психоактив моддаларни суистеъмол қилишдан келиб чиққан кайфият бузилишлари** (масалан, героин, амфетамин). Дифференциал диагностикада анамнез ва лаборатор текширишлар (сийдикда психоактив моддаларнинг аниқланиши) муҳим аҳамиятга эга.

- **Дорилардан келиб чиққан кайфият бузилишлари.** Беморлар истеъмол қилаётган ҳар бир дори кайфият бузилишига олиб келиши мумкин. Бемор ҳолатига баҳо беришда унинг ҳозирги пайтда қандай дорилар ичаётганлигини ва бундан

олдин бирор бир доридан кайфият бузилишлари юзага келган ва келмаганлигини ҳисобга олиш лозим.

Текшириш усуллари • Лаборатор усуллар ♦ Қоннинг ва сийдикнинг умумий таҳлили ♦ Дексаметазон билан пасайтириш синамаи ♦ Қалқонсимон без функциясини текшириш ♦ Витамин В₁₂, фолий кислотаси миқдорини аниқлаш • Махсус усуллар ♦ЭКГ ♦ЭЭГ ♦КТ/МРТ • Психологик усуллар ♦ Цунга ўз-ўзини баҳолаш шкаласи ♦ Хамилтон депрессия шкаласи ♦ Роршах синамаи ♦ Тематик апперцептив синамалар.

ДИФФЕРЕНЦИАЛ ДИАГНОСТИКА

- неврологик касалликлар (масалан, эпилепсия, мигрень, гидроцефалия, нарколепсия, тарқоқ склероз, бошмия ўсмаси). •Эндокрин бузилишлар (адреногенитал синдром, гиперальдестронизм).
- Рухий касалликлар (масалан, деменция, шизофрения, шахсият ва шизоаффектив бузилишлар, депрессив кайфият билан кечувчи адаптация бузилишлари).

Кечиши ва прогнози

Депрессив бузилишлар. 15% беморлар ўз жонларига қасд қилиб ўладилар. 10-15% беморлар суицидал ҳаракатлар қиладилар, 60% беморлар суицидни режалаштирадилар. Шуни ҳисобга олиш керакки, суицид ҳавфи кўпинча антидепрессантлар билан даволанаётган ва тузалаётган даврга тўғри келади. Одатда депрессив эпизод, агар уни даволамаса, 10 ойга яқин давом этади. 75% беморларда биринчи эпизоддан олти ойлар ўтгач иккинчи эпизод кузатилади. Ҳаёт давомида ўртача 5 марта депрессив эпизодлар учрайди.

Прогноз умуман олганда ижобий: 50% беморлар тузалади, 30% тўлиқ тузалмайди, 20% беморларда касаллик сурункали тус олади. Тахминан 20-30% дистимик беморларда рекурент депрессив ва биполяр бузилишлар ривожланади.

Биполяр бузилишлар. Циклотимия билан оғриган беморларнинг тахминан учдан бир қисмида биполяр кайфият бузилишлари ривожланади. 45% ҳолатларда маниакал эпизодлар такрорланади. Агар улар даволанмаса, 3-6 ой давом этади ва такрорланиш эҳтимоли кучли. 80-90% маниакал синдромли беморларда вақт ўтиши билан депрессив эпизод кузатилади. Прогнози ижобий: 15% беморлар тузалади. 50-60% қисман тузалади (тез-тез такрорланишлар бўлиб улар орасида яхши адаптация кузатилади). Беморларнинг учдан бир қисмида касаллик сурункали тус олади ва турғун ижтимоий меҳнат дезадаптацияси кузатилади.

ДАВОЛАШ

Асосий тамойиллари ♦ Дори воситалари билан даволаш ва психотерапияни бирга олиб бориш ♦ Асосий белгилар, дори самарадорлигига қараб уларни индивидуал танлаш. Дориларни кичик миқдордан бошлаб аста-секин ошириб бориш ♦ Касаллик хуружларида илгари яхши самара берган дориларни тайинлаш ♦4-6 ҳафтада самара кузатилмаса даволаш режасини қайта кўриб чиқиш.

Депрессив эпизодларни даволаш.

● **Амитриптилин ва имипрамин.** Психомотор кўзғалиш, ваҳима, безовталиқ, таъсирчанлик ва уйқусизликда амитриптилинни кунда 150-300 мг. тайинлаш лозим. Психомотор тормозланиш, уйқучанлик, апатияда импраминни кунига 150-300мг. тайинланади.

Серотонинни қайта қамраб олувчи селектив ингибиторлар. Агар депрессия амитриптилин ва имипраминнинг юқори миқдорларига чидамли бўлса бу замонавий антидепрессантлар яхши ёрдам беришини билдирмайди. Антихолинергик ножўя таъсирларнинг юзага келиши юқоридаги дорилар билан даволашни тўхтатишнинг асосий сабабидир. Бундан ташқари амитриптилинни юрак касалликлари, глаукомада ва простата беги гипертрофияси билан оғриган беморларга буюриш мумкин эмас. Бундай беморларга селектив ингибиторлар тайинланиши лозим, чунки улар нисбатан хавфсиз ҳисобланади. Улар антихолинергик ножўя таъсир кўрсатмайди. Препаратлар кунда бир марта эрталаб тайинланади: флуоксетин 20-40мг, сертралин 50-100мг, параксетин 10-30 мг.

● **МАО ингибиторлари** (масалан: ниламид 200-350мг, 2 мартага –эрталаб ва кундузи)-оғир депрессив бузилишларда амитриптилинга қараганда самараси кам. Лекин енгил бузилишларда яхши фойда беради. Амитриптилинга чидамли бўлган баъзи беморларга МАО ингибиторлари яхши таъсир кўрсатади. Бундай препаратларнинг таъсири аста-секин намоён бўлади ва 6-чи ҳафтага келиб яққол кўринади. МАО ингибиторлари аминларнинг томир торайтирувчи таъсирини кучайтиради (шу жумладан, баъзи озиқ-овқат маҳсулотларидаги: кофе, пиво, қизил вино, пишлоқ, қаймоқ, дудланган гўштлар таркибидаги тиранинни ҳам). Шунинг учун ушбу гуруҳ дорилари оғир артериал гипертензияга олиб келиши мумкин.

● **Электр талваса терапияси (ЭТТ).** Клиник текширишлар шуни кўрсатадики, амитриптилин билан даволашдан кўра, ЭТТнинг антидепрессив таъсири тезроқ ва яхшироқ намоён бўлади. У психомотор тормозланиш ва васвасали депрессив бузилишларда, фармакотерапия ёрдам бермаган тақдирда фойдаланиладиган даволаш усулларида биридир.

Синоним. Аффектив бузилишлар.

ХКК -10 ● F06.3 Органик кайфият бузилишлари(аффектив) ● **F30** маниакал эпизод ● **F31** Биполяр аффектив бузилишлар ● **F32** Депрессив эпизод ● **F33** Рекуррент депрессив бузилишлар ● **F34** Турғун кайфият бузилишлари(аффектив бузилишлари) ● **F38** Бошқа кайфият (аффектив) бузилишлар ● **F39** Аниқланмаган кайфият (аффектив) бузилишлар.

ДЕПРЕССИЯНИНГ ДИАГНОСТИКАСИ

10-ХКК ● F32 Депрессив эпизод ● **F33** Рекуррент депрессив бузилишлар

● Депрессив ҳолатдаги беморларнинг фақатгина учдан бир қисмигина монанд даво олади.

● Депрессиянинг турли кўринишларини аниқлаш қийин. Беморлар кўпинча соматик характердаги шикоятлар қиладилар ва соматик касалликлар юзасидан

хавотирланадилар. Кўпинча депрессив касаллар депрессиядан шикоят қилмайдилар ёки кайфият тушиши муносабати билан ёрдам сўрамайдилар.

- Депрессия ♦ ҳаётий вазиятларнинг ўзгариши ва йўқотишларга нисбатан меъёр эмоционал реакция бўлиши мумкин ♦ белги, синдром, мураккаб симптокомплекс, ҳатто ҳаётга хавф солувчи руҳий бузилиш бўлиши мумкин.
- Депрессия болаларда, эркак ва аёлларда турлича намоён бўлади.
- Депрессиянинг турли-туман кўринишда намоён бўлиши уни аниқлашни (беморнинг ўзи томонидан ҳамда шифокор томонидан), шунингдек уни даволашни мураккаблаштиради.

Хавф омиллари

- Олдин ҳам депрессив эпизодларнинг бўлганлиги
- Оилавий анамнезида депрессив бузилишларнинг бўлганлиги
- Анамнезида суицидал уринишлар борлиги
- Аёлларда хавф юқорироқ
- Ёшнинг 40 дан паст бўлиши
- Туғруқдан кейинги давр
- Сурункали соматик касалликлар
- Ҳаётий вазиятларнинг стрессли ўзгаришлари
- Алкоголизм ёки дори воситасига ўрганиб қолиш.

Депрессиянинг диагностикаси

- Бемор билан суҳбатлашиш – депрессияни аниқлашнинг энг самарали усулидир. Унинг кайфияти тўғрисида саволлар бериш имкониятини берувчи тинч ва эркин вазият депрессияни аниқлашни осонлаштириши мумкин. Беморни ўз фикр-ўйлари, белгилари, ички кечинмалари тўғрисида сўзлашга ундаш орқали депрессияни осон аниқлаш мумкин.
- Суҳбатда қуйидагиларга алоҳида эътибор қаратилади: ♦ бемор ва унинг қариндошларининг касалликлари ♦ унинг ҳаётий анамнезига ♦ оиладаги ўзгаришларга ва бошқа шахслар билан муносабатларига, ўқишидаги ва ишидаги ўзгаришларга ♦ яқин кишиларини йўқотганлиги ва унга муносабати ♦ ижтимоий-меҳнат адаптацияни йўқотганлиги ♦ хавотир туйғуси.
- Депрессиянинг асосий белгилари – кайфиятнинг тушиши, йиғлоқи бўлиб қолиш, қизиқишларнинг йўқолиши, роҳатланиш туйғусининг йўқлиги.
- Депрессия чуқурлашиб боргани сари ўзига ишончсизлик, айбдорлик, ҳеч кимга кераксиздек туюлиш туйғулари пайдо бўлади, натижада суицидал фикрлар ва ўзини ўлдиришга уриниш юз беради.
- Соматик белгилар ўз ичига қуйидагиларни олади: ♦ уйқунинг бузилиши (уйқусизлик/серуйқулик) ♦ иштаҳа бузилиши ♦ либидонинг пасайиши ♦ жисмоний беҳоллик ♦ психомотор сустлик.
- Умумий амалиёт шифокорлари дуч келадиган депрессив беморларда клиник кўринишлар кўпинча носпецифик бўлади. Энг кўп учрайдиган белгилари ♦ ўта чарчаганлик ҳисси, энергетик потенциалнинг пасайиши, мадорсизлик туйғуси ♦ бош оғриғи ♦ хавотир ва безовталиқ ♦ кайфиятнинг тушиши ♦ орқадаги оғриқ ♦ уйқусизлик ♦ кўкракда оғриқ ♦ ошқозон-ичак фаолиятдан шикоятлар ♦ бош айланиши ♦ қўлда, оёқда ва бутун танада оғриқ.
- Аёлларда депрессия эркакларга нисбатан бошқачароқ намоён бўлиши мумкин. Алкоголни суистеъмол қилиш орқасида депрессия яширинган бўлиши мумкин; бундан ташқари, аёлларга нисбатан эркакларга ўзларининг ожизликларини тан

олиш ва сўзлар орқали ифодалаш анча қийин. Эркакларда депрессиянинг энг кўп тарқалган белгилари- ўта серзардалик, беҳоллик, безовталик, бир жойда ўтира олмаслик, беқарорлик, ишдаги кўнгилсизликлардан шикоят.

КАТТА ДЕПРЕССИВ БУЗИЛИШЛАР

ХКК-10: • **F32.0** Енгил даражадаги депрессив эпизод • **F32.1** Ўрта даражадаги депрессив эпизод • **F32.2** Оғир даражадаги руҳий белгиларсиз депрессив эпизод • **F32.3** Оғир даражадаги руҳий белгилар мавжуд бўлган депрессив эпизод • **F32.8** Бошқа депрессив эпизодлар • **F32.9** Аниқланмаган депрессив эпизодлар • **F33.0** Рекуррент депрессив бузилишлар, енгил даражадаги эпизодларнинг кечиши • **F33.1** Рекуррент депрессив бузилишлар, енгил даражадаги эпизодларнинг кечиши • **F33.2** Рекуррент депрессив бузилишлар, оғир даражадаги руҳий белгиларсиз эпизодларнинг кечиши • **F33.3** Рекуррент депрессив бузилишлар, руҳий белгилар билан оғир даражадаги эпизодларнинг кечиши • **F33.4** Рекуррент депрессив бузилишлар, ремиссия ҳолати • **F33.8** Бошқа рекуррент депрессив бузилишлар • **F33.8** Аниқланмаган рекуррент депрессив бузилишлар.

Статистик маълумотлар • Катта депрессив бузилишлар – кенг тарқалган касаллик; ҳаёт мобайнида унинг ривожланиш эҳтимоли 15% ни ташкил этади, аёлларда бу кўрсаткич 25% ни ташкил этади • Касалликка қайталаниш хос, 10-20 % ҳолатларда касаллик сурункали тус олади • Касалларнинг учдан икки қисми суицидал фикрларни бошидан ўтказди, 15% касаллар суицидни амалга оширади.

ДИАГНОСТИКАСИ

Клиник манзараси • Кайфиятнинг тушиши ва қизиқишнинг ёки роҳатланиш туйғусининг йўқолиши – энг кўп учрайдиган белгилар • Беморларнинг деярли барчаси ўта чарчоқ ва энергетик потенциалнинг пасайишини ҳис қилади • Уларнинг 80 % да уйқу бузилишлари кузатилади • 90% хавотирланиш туйғусини ҳис қилади.

Катта депрессив бузилишларнинг диагностик белгилари

• 2 ҳафта мобайнида деярли ҳар куни қуйида санаб ўтилган, олдинлари бўлмаган белгиларнинг камида бештаси кузатилади, бунда биринчи иккита белгидан биттасининг албатта мавжудлиги.

1. Куннинг катта қисмида депрессив кайфият бўлиши.
2. Ҳаётга қизиқишнинг пасайиши ёки роҳатланиш туйғусининг йўқолиши.
3. Тана массасининг сезиларли (умумий массанинг камида 5% га) камайиши ёки ошиши, шунингдек иштаҳанинг сезиларли ўзгариши.
4. Уйқусизлик ёки ўта серуйқулик.
5. Психомотор қузғалиш ёки суэтик.
6. Беҳоллик ёки энергетик потенциалнинг пасайиши.
7. Ўзига ишонмаслик туйғуси ва айбдорлик ҳисси.
8. Фикрлаш қобилятининг пасайиши, диққатни жамлашнинг бузилиши ёки беқарорлик.
9. Даврий пайдо бўладиган суицидал фикрлар, суицидни режалаштириш ёки суицидал уринишлар.

- Юқорида санаб ўтилган белгилар: ♦ биполяр аффектив бузилишлар диагностик белгиларига мос келмайди ♦ касбий фаолиятда ёки турмушдаги бошқа муҳим соҳаларда қийинчиликлар туғдиради ♦ дори воситалари қабул қилиш ва уларга ўрганиб қолиш билан боғлиқ эмас, ҳамда соматик касалликлар (масалан, гипертиреоз) туфайли келиб чиқмаган ♦ оила аъзоларини йўқотиш туфайли келиб чиқмаган ёки оила аъзоси йўқотилгандан сунг 2 ойдан кўп вақт давом этади. Белгилар ҳаёт фаолиятининг сезиларли бузилиши билан характерланади ёки ўзининг ҳеч кимга кераксизлигидан ортиқча ташвишланиш, барқарор суицидал фикрлар, руҳий белгилар ёки психомотор сусткашлиқдан иборат.

КЛИНИК МАНЗАРАСИ

- Аксарият ҳолларда психомотор ҳаракатнинг сустлиги кузатилади, бироқ ёши катта беморларда психомотор ҳаяжонланиш учраши мумкин.
- Беморларнинг тахминан ярми уларда депрессия борлигини инкор қилиши мумкин ёки ташқи кўринишидан депрессив касалга ўхшамайди.
- Фикрлаш суръатининг секинлашуви беморларнинг нутқиға таъсир кўрсатади. Беморлар саволларға секин, вақт ўтказиб жавоб қайтарадилар.
- Беморларда қабул қилиш, психотик ҳолатнинг бузилиши ёки кататоник синдром (улар мулоқотға киришмайдилар, ўзлари учун ҳеч нарса қилмайдилар) ривожланиши мумкин.
- Беморларнинг ярмидан кўпроғида когнитив бузилишлар, диққатни жамлашнинг бузилиши, хотира пасайиши кузатилади.

ДАВОЛАШНИ ТАШКИЛ ҚИЛИШ

Депрессияни даволаш

- Беморни зудлик билан касалхонаға ётқизишға зарурият бор йўқлиги аниқланади. Буни шифокор-психиатр ҳал қилади.
- Қуйидаги ҳолларда беморни зудлик билан касалхонаға ётқизиш зарур (ўз хоҳиши билан ёки мажбурлаб) ♦ бемор ўз-ўзига хизмат қила олмай қолган бўлса ♦ реал воқелик ҳиссини йўқолганда ♦ суицидал ҳаракатлар қилинганда ва бемор даволанишдан бош тортганда (мажбурлаб касалхонаға ётқизиш амалдаги қонунчилиқни ҳисобға олган ҳолда ҳал қилинади)
- ♦ Беморни касалхонаға ётқизгунға қадар даволаш таъминланиши лозим.
- Агар иложи бўлса, биринчи тиббий ёрдам кўрсатиш муассасасининг ўзидаёқ даволашни бошлаб юбориш зарур.
- ♦ Беморни қўшимча равишда хавотирланишини муътадиллаштириш зарурми ёки руҳий белгиларни бартараф этиш учун нейролептикларни буюриш керакми деган масалани ҳал қилиш керак.
- ♦ Бемор билан яқин вақт ичида қайтадан учрашишға келишиб олишиш керак ёки ундан эртаси куни шифокорға кўнғироқ қилишини сўраш керак. Агар бемор кўнғироқ қилмаса, у билан албатта боғланиш зарур.
- ♦ Беморни ва унинг яқинларини депрессив бузилишлар мавжудлиги, унинг кечиши ва даволаш характери ҳақида тўлиқ хабардор қилиш керак.

Узоқ даволаш

● Клиник кўринишлар йўқолгандан сунг 4-9 ой давомида даволашни давом эттириш зарур.

● Катта депрессив бузилишларнинг эпизодлари такрорланса, антидепрессантлар билан 2-3 йил давомида профилактик даволаш зарур. Баъзи беморлар янада узоқроқ даволашга эҳтиёж сезадилар.

● Бемор билан сухбат давомида унга умумий психотерапевтик ёндошиш зарур ♦ Беморга ўзини ва ўз ҳаётий вазиятини яхшироқ тушуниб олишига кўмаклашиш зарур ♦ унинг ўз-ўзини ҳурмат қилишини, ўзига яхши баҳо беришини қўллаб-қувватлаш керак ♦ унга оғир йўқотишдан сунг ўзини кўлга олишига ёрдам бериш ♦ нотўғри депрессив фикрлашни енгиб ўтишга ҳаракат қилиш ♦ ижтимоий хизматлар билан ҳамкорлик қилиш ♦ беморни ва унинг яқинларини депрессия ва уни даволаш характери ҳақида хабардор қилиш керак

● Зарурат бўлганда ижтимоий ходимларни жалб қилган ҳолда беморни ижтимоий қўллаб-қувватлашни ташкил этиш лозим.

Мутахассис маслаҳатига кўрсатмалар ● Катта депрессив бузилишлар шубҳа қилинган барча ҳолларда шифокор-психиатр маслаҳати зарур. Ташхис қўйилгач даволаш усулини ва ёрдамни ташкил этишни шифокор-психиатр аниқлайди ● Суицид эҳтимоли ● Диагноз қўйиш ва даволашда қийинчиликлар туғилганда ● Бемор билан ҳамкорлик қилиш қийин кечганда ● Бемор 3 ойдан кўп меҳнатга лаёқатсиз бўлиши тахмин қилинганда (кўрсатилган муддат турлича бўлиши мумкин).

Психотерапия

● Катта депрессив бузилишда психотерапиянинг турли кўринишлари қўлланилади ♦ Психодинамик психотерапия ♦ Когнитив психотерапия ♦ Гурухларда ўтказиладиган психотерапия ♦ Оилавий психотерапия.

● Депрессияда қисқа муддатли психотерапия (психодинамик ва когнитив) ўрганилган ва унинг самараси исботланган.

● Психодинамик психотерапиянинг узоқ муддатли вариантлари катта депрессив эпизодларда кенг қўлланилади, бироқ унинг самараси етарлича исботини топгани йўқ.

● Дори воситалари билан даволашни психотерапия билан бирга олиб бориш самараси тўғрисидаги йиғилган маълумотлар бир-бирига зид.

● Беморнинг оиласи ва ижтимоий ёрдам катта депрессив бузилишларни даволашга яхши таъсир кўрсатади.

БИПОЛЯР БУЗИЛИШЛАР

Биполяр бузилишлар (олдин «маниакал-депрессив психоз» деб айтиб кетилган) маниакал ва/ёки депрессив фазаларнинг (эпизодларнинг) алмашиб туришидир.

ХКК-10 ● **F31.0** Биполяр аффектив бузилишлар, гипоманиянинг кундалик эпизодлари ● **F31.1** Биполяр аффектив бузилишлар, маниянинг руҳий белгиларсиз кундалик эпизодлари ● **F31.2** Биполяр аффектив бузилишлар, маниянинг руҳий белгилар билан кундалик эпизодлари ● **F31.3** Биполяр аффектив бузилишлар, енгиб ёки ўртача депрессиянинг кундалик эпизодлари ● **F31.4** Биполяр аффектив бузилишлар, оғир депрессиянинг руҳий белгиларсиз кундалик эпизодлари ● **F31.5**

Биполяр аффектив бузилишлар, оғир депрессиянинг рухий белгилар билан кундалик эпизодлари • **F31.6** Биполяр аффектив бузилишлар, аралаш характердаги кундалик эпизодлар • **F31.7** Биполяр аффектив бузилишлар, касаллик аломатларининг кундалик пасайишлари • **F31.8** Бошқа биполяр аффектив бузилишлар • **F31.9** Аниқланмаган биполяр аффектив бузилишлар.

Ҳаёт давомида биполяр бузилишлар юзага келиш хавфи тахминан 1%ни ташкил этади.

ДИАГНОСТИКА

- Касаллик кўпинча катта депрессив эпизоддан бошланади. Касалликнинг ривожланиши депрессив, маниакал, белгиларсиз даврларнинг навбатма-навбат келиши билан аниқланади.
- 10-20% беморларда фақат маниакал фазалар кузатилади.
- Маниакал фазада беморнинг кайфияти кўтарилган, ўзига юқори баҳо беради. У кўпинча серзарда бўлади, эмоционал ҳолати беқарор, ўта таъсирчан, кам ухлайди. Белгилар бирданига пайдо бўлиши мумкин, лекин кўп ҳолларда касаллик бир неча кун давомида ривожланади. Симптоматика секин ривожланганда касалликни аниқлаш қийинлашади.
- Фикрлаш суръати тез, бемор ўз ҳолатини танқидий баҳоламайди, эътиборни жамлаш бузилган. Белгилар янада ривожлангани сари маниакал ҳолатга хос бўлган «ғоялар ўзгариб туриши» кузатилади.
- Беморлар баланд овозда, тез-тез гапиришади, баландпарвоз сўзларни ишлатишади. Кўпинча такаббуруна, бемаъни ғоялар ривожланади.
- Беморлар ҳаддан ташқари фаоллашиб, ўз хоҳиш-истакларини етарлича назорат қилмайдилар. Пулни уйламасдан сарфлаш, жинсий ва ижтимоий гиперактивлик кўпинча оғир оқибатларга олиб келади.
- Одатда маниакал ҳолатдаги беморлар ўзларини жуда яхши ҳис этадилар, жуда камдан-кам ҳолларда ёрдам сўраб мурожаат қиладилар. Беморнинг оила аъзолари уни шифокор маслаҳатига боришга кўндириши мумкин. Унинг аҳволини диагностика қилиш доим ҳам осон кечавермайди, айниқса биринчи маниакал эпизод вақтида, чунки бемор ўзини одатдагича тутиши, ўзининг хулқ –атвориға асосли изоҳ бериши мумкин. Бундай ҳолларда беморнинг ён-атрофидагилардан унинг ҳолати ҳақида қўшимча маълумотлар йиғишга тўғри келади.
- Баъзан антидепрессантлар билан даволаш биполяр бузилишлар билан касалланган беморларда маниакал эпизодларни келтириб чиқариши мумкин.
- **Дифференциал диагностика.** Баъзи бир дори воситалари (амфетаминлар, глюкокортикоидлар, леводопа), гипертиреоз ва баъзи бир бош мия шикастланишлари (жуда кам ҳолларда) маниакал ҳолатни келтириб чиқариши мумкин.

ДАВОЛАШ

- Бемор шифокор билан ҳамкорлик қилишга қодир бўлган ҳолларда амбулатор даволаш мумкин. Бошқа ҳолларда беморни касалхонага ётқизиш зарур, айниқса агар у ўзига моддий ёки бошқа бирор зарар етказиши мумкин бўлган ҳолларда.

- Биполяр бузилиш диагнози тасдиқланмаганда психиатр маслаҳати зарур.
- Маниакал беморлар даволанишдан бош тортганда, улар мажбуран касалхонага ётқизилиши лозим (масалани шифокор-психиатр амалдаги қонунчиликка амал қилган ҳолда ҳал қилади)
- Дори воситалари билан даволаш – галоперидоль ичиш ёки вена ичига инъекция қилиш 5 мг.дан ҳар 30-60 минутда. Кунига 40 мг. доза жуда камдан-кам ҳолларда керак бўлади. Ёши катта беморлар учун галоперидолнинг бир марталик дозаси 1-2 мг.ни ташкил қилади.
- Шунингдек, левомепромазин, оланзапин, рисперидон, хлорпромазин ичиш ёки уларни вена орқали юбориш мумкин.
- Экстрамирамид акс таъсир, айниқса акатизия (дори воситалари қабул қилиниши туфайли мушак зуриқишини субъектив ҳис қилиш натижасида безовталиқ, бир жойда ўтира олмаслик, изтиробга тушиш) пайдо бўлишини синчиклаб кузатиб бориш зарур. Экстрапирамид нохуш самаралар маниакал ҳолат белгиси сифатида нотўғри қабул қилиниши мумкин.
- Бир жойда ўтира олмаслик белгисида даволашнинг бошида бензодиазепинни нейролептиklar билан биргаликда қўллаш мумкин.

ЛИТИЙ ПРЕПАРАТЛАРИ БИЛАН ДАВОЛАШ

Даволашни бошлаш ● Маниакал эпизод диагнози қўйилгандан бошлабоқ литий билан даволашни бошлаш зарур ● Даволаш кунига 600-1200 мг.дозада бошланиб, 2 марта қабул қилинади. ● Самараси 7-10 кундан сунг кўрина бошлайди ● 80% беморлар 2-3 ҳафтадан сўнг ўзларини яхши ҳис қилинади ● Литий билан даволаш самараси кўрина бошлагач, нейролептиklar билан даволашни тўхтатиш лозим ● Карбамазепин – литийга муқобил дори воситаси ● Даволаш бошлангунга қадар куйида санаб ўтилган текшириш усулларини амалга ошириш зарур ◆ ЭЧТни аниқлаш ◆ Қон таҳлили (литий баъзан яхши сифатли $11-15 \times 10^9$ /л лейкоцитозни келтириб чиқаради, бу эса инфекция касалликларни бекитиши мумкин) ◆ ЭКГ ◆ Қалқонсимон без функциясини текшириш (гиперфункция белгилари бўлганда литий тайинлаш мумкин эмас) ◆ Сийдикда оқ таркиби таҳлили (протеинурияда литий қўллаш мумкин эмас) ◆ Қон зардобидан натрий ва калий таркиби ◆ креатинин клиренси (жигар дисфункцияси аниқланганда ёки шубҳа қилинганда) ◆ ҳомиладорлик синамаи, агар ҳомиладор бўлиш эҳтимоли мавжуд бўлса ◆ тана массасини аниқлаш.

Кейинги кузатувлар ● Қалқонсимон без функциясини текшириш 1 йилда бир марта, шунингдек гепотериозга шубҳа туғилганда ўтказилиши керак. 40 ёшдан катта аёлларда қалқонсимон без функцияси йилига 2 марта текширилади. 2-5% беморларда литий препаратлари билан даволагандан сунг гипотериоз ривожланади ● Жигар етишмовчилиги шубҳа қилинганда қонда креатинин таркиби ва унинг клиренси аниқланиши керак (литий жигар етишмовчилигини келтириб чиқармайди) ● Литий ЭКГда ўзгаришлар: Т тишчаларнинг қалинлашуви ёки инверсияси, баъзи ҳолларда синус тармоғи кучсизланиши синдроми ва аритмия келиб чиқишига сабаб бўлиши мумкин.

Қон плазмасида литийнинг таркиби

● Препаратнинг охириги дозаси қабул қилиб бўлингандан сунг 12 соат ўтгач қон плазмасида литий таркиби аниқланади. Текширишни қуйидаги ҳолларда ўтказиш зарур ♦ Даволаш бошланганда ҳар ҳафта литийнинг қондаги таркиби барқарор ҳолга етгунга қадар ўтказилади (кетма-кет икки текширувда бир хил натижага эришилгунга қадар) ♦ Препаратнинг дозаси ўзгартирилганда 1 ҳафтадан сунг ♦ Маниакал ҳолатни катта дозалар билан даволаганда текширув кунора ўтказилади ♦ Интоксикацияга шубҳа қилинганда ♦ Баъзи бир ҳолларда (иситмада, гастроэнтерит, хирургик даволашда, беҳушликда) литий қабул қилиш тўхтатилади ва унинг қондаги таркиби аниқланади ♦ Агар бемор қўшимча равишда диуретиклар, шамоллашга қарши дори воситалари қабул қилса, шунингдек ош тузи қабул қилиш чегараланганда (масалан, ош тузи камайтирилган диета буюрилганда) қон таркибидаги литий концентрацияси мунтазам равишда аниқлаб турилади. Натрий етишмовчилиги литий интоксикациясини келтириб чиқариши мумкин ♦ Беморни ва уни оила аъзоларини литий препаратлари интоксикацияси белгилари билан таништириш керак, шунингдек организмдаги суюқлик ва туз миқдорининг ўзгаришлари литийнинг чиқариб юборилиши бузилишига олиб келиши тўғрисида суҳбат ўтказиш зарур. Агар беморнинг турмуш тарзи ўзгармаса литийнинг қондаги концентрациясини мунтазам назорат қилишнинг кераги йўқ. Беморнинг даволанишга бўлган хоҳишини қўллаб-қувватлаб туриш учун уни доимо назорат қилиб бориш лозим.

● Кўп ҳолларда литийнинг қондаги самарали терапевтик концентрацияси 0,5-0,8 ммоль/л ни ташкил этади, бироқ ёш беморларда у 0,9-1 ммоль/л ни ташкил этиши мумкин. Катта ёшдаги беморлар учун 0,3-0,4 ммоль/л концентрация оптимал ҳисобланади.

Ноҳуш таъсири ● 60 % беморларда диурезнинг ошиши ва чанқок ҳисси кузатилади ● Фикрлаш суръатининг секинлашувини ҳис қилиш ва ўқишдаги қийинчиликлар ● Тремор (даволаш учун β - адреноблокаторлари самарали) ● Беҳоллик, лоқайдлик, серзардалик ● Кўнгил айниши ● Диарея ● Камқувватлик ва мушакларда оғирлик ҳисси ● Гепотериоз.

Ҳомиладорлик ва эмизиш даври ● Литий тератоген таъсир кўрсатади, шу сабабли даволаш вақтида албатта контрацептивлардан фойдаланиш зарур ● Эмизикли аёлларни литий билан даволаш тақиқланади.

Интоксикация белгилари ● Йирик оралари очик тремор ● Дизартрия ● Сер уйқулик, мушаклардаги беҳоллик, диққатни жамлашнинг пасайиши ● Атаксия ● АГ ● Томир тортишиши, спастик қисқаришлар ● Интоксикацияга шубҳа қилинганда қон зардобидида литий, креатинин, натрий ва калий таркиби аниқланади. Беморнинг ҳолатига қараб уни касалхонага ётқизишга эҳтиёж бўлиши мумкин (литий концентрациясини кун –тун аниқлашнинг иложи йўқ). Оғир интоксикацияни даволаганда гемодиализ қўлланилади.

СУРУНКАЛИ ДЕПРЕССИЯ

Сурункали депрессия (дистимия) невротик депрессия ва рекурент депрессив бузилишларни бирлаштиради. Дистимия – депрессиянинг унчалик оғир бўлмаган

шакли бўлиб, одатда узоқ психотравматик ҳолатлардан сунг келиб чиқади. Касаллик сурункали тус олиши мумкин. Дистимияда оғир депрессив синдромга хос бўлган белгилар анча енгил, суст намоён бўлади.

ХКК-10 • F34.1 Дистимия

Статистик маълумотлар • сурункали депрессиянинг тарқалиши тахминан 3-5%ни ташкил этади. Бу касаллик эркакларга қараганда аёлларда кўп учрайди • Жуда кўп ҳолларда дистимия хавотирли бузилишлар, шахсият бузилишлари, бирор бир моддага ўрганиб қолиш ва соматик касалликлар билан бирга кузатилади.

ДИАГНОСТИКА

Белгилари

- Беморларнинг ярмида биринчи белгилар 25 ёшгача пайдо бўлади.
- Дистимия эрта бошланганда беморлар патологик симптоматикани ўз табиати деб қабул қилиши ва йиллар давомида шифокорга мурожаат қилмаслиги мумкин
 - Дистимия белгилари катта депрессив бузилишлардаги худди шундай белгиларга нисбатан камроқ ривожланган, лекин кўп вақт мавжуд бўлиб туради.
 - Дистимияда психотик симптоматика бўлмайди.

Диагностик белгилари

- Камида 2 йил давомида вақтнинг кўп қисмида депрессив кайфият бўлиши ва қуйида санаб ўтилган белгиларнинг камида иккитасининг мавжудлиги • иштаҳа пасайиши ёки кўп овқат ейиш • уйқусизлик ёки серуйқулик • беҳоллик ёки ўта чарчоқ • ўзига паст баҳо бериш • диққатни жамлаш қобилиятининг пасайиши ёки қарорларни қабул қилишда қийналиш • ишончсизлик туйғуси.

КЛИНИК КЎРИНИШЛАРИ

- Катта депрессив бузилишлардан фарқли улароқ дистимиянинг намоён бўлиши кўп вақтни эгаллайди, аниқ белгили хуружлар бўлмайди.
- Дистимия билан касалланган беморлар кўпинча пессимист бўлишади, истехзо билан гапиришади, ортиқча талабчан, кўпинча улар турли терапевтик муолажалар самара бермайдиган «оғир беморлар» ҳисобланишади.
- Дистимия узоқ вақт давом этганлиги сабабли кўпинча функционал қобилиятларнинг ёмонлашувини келтириб чиқаради. Одатда иш қобилияти пасайган, кўпинча –ижтимоий муаммолар кузатилади.

ДАВОЛАШ

- Узоқ вақтли (6 ойдан ортиқ) антидеприссантлар билан даволаш дистемияга чалинган беморларнинг 50%да самара беради. Трициклин антидепрессантлар ва серотонинни қайта қамраб олувчи селектив ингибиторлар бир хилда самарали.
- Кўпчилик беморларга уларни қўллаб-қувватловчи барқарор «шифокор-бемор» муносабатлари ёрдам беради.
- Шунингдек психотерапия, айниқса психофармакотерапия комбинацияси фойдали.

БОШҚА ДЕПРЕССИВ БУЗИЛИШЛАР

ХКК-10 • F43.2 Мослашувчи реакцияларнинг бузилиши • **F53** Рухий бузилишлар ва туғруқдан кейинги давр билан боғлиқ, бошқа бўлимларда классификацияланмаган ҳолат бузилишлари • Реккурент депрессив бузилишлар.

ДЕПРЕССИВ КАЙФИЯТ БИЛАН МОСЛАШИШ БУЗИЛИШЛАРИ

- Ҳаётдаги стрессли вазиятларга нисбатан реакция. Белгилари – депрессия, йиғлоқилик ва умидсизлик ҳисси.
- Психотерапия – энг монанд даволаш усули. Бемор билан унинг вазияти муҳокама қилинганда, шунингдек шифокорнинг муомаласидан ва уни қўллаб-қувватлашидан у анча енгил тортади.
- Дори воситалари билан даволашга зарурат йўқ.

ИККИЛАМЧИ ДЕПРЕССИЯ

Иккиламчи депрессия – дистимия билан катта депрессив бузилишларнинг биргаликда намоён бўлишидир.

- Катта депрессив бузилиш билан касалланган беморларнинг тахминан 40% да белгилар дистимиянинг диагностик белгиларига мос келади («*сурункали депрессия*» га қаранг).
- Иккиламчи депрессия- ёмон прогноз қилинадиган омилдир.
- Терапия ҳар иккала бузилишларни даволашга қаратилади.

МАВСУМИЙ АФФЕКТИВ БУЗИЛИШЛАР

- Беморларда асосан куз ва баҳор вақтларида катта депрессив бузилиш эпизодлари кузатилади.
- Катта депрессия белгиларидан ташқари, беморларда кун давомида ўта чарқоқ, иштаҳанинг кучайиши ва тана массасининг ошиши кузатилади.
- Касалликни олдини олиш ва даволашда баъзи бир мутахассислар ёрқин ранглардан (айиқса яшил, ҳаво ранг ва сариқ) фойдаланадилар.

ТУҒРУҚДАН КЕЙИНГИ ПСИХОЗ ВА ТУҒРУҚДАН КЕЙИНГИ БОШҚА БУЗИЛИШЛАР

Статистик маълумотлар

- Касалхонага ётқизишига зарурат бўлган туғруқдан кейинги психозлар 1000 та туғруққа 1-2 та тўғри келади.
- Туққан аёлларнинг 50% да кайфиятнинг тушиши кузатилади.
- Уларнинг 10%да депрессив бузилишларнинг диагностик белгиларига тўла мос келадиган ҳолат аниқланади.

Хавф омиллари

- Туғруқдан кейинги биринчи ой мобайнида руҳий бузилишлар хавфи энг юқори бўлади.
- Анамнезда катта депрессив бузилиш эпизодлари бўлганда туғруқдан кейинги депрессиянинг ривожланиш хавфи 25%ни ташкил этади.

- Туғруқдан кейинги рухий бузилишлар ривожланишининг хавф омиллари – биринчи туғруқ, ёлғизлик, кесарева операцияси ва яқин қариндошларда рухий бузилишлар борлиги.
- Анамнезда кайфиятнинг биполяр бузилиши борлиги – туғруқдан кейинги психоз ривожланиши учун жиддий хавф омилдир.

ТУҒРУҚДАН КЕЙИНГИ ПСИХОЗ

- Туғруқдан кейинги психоз – кам учрайдиган, лекин туғруқдан кейин пайдо бўладиган бузилишлар ичида энг оғир рухий бузилишдир.
- Кўпинча симптоматика туғруқдан кейин 3-14 кун ўтгач пайдо бўлади. Кўпчилик ҳолларда она ва бола бу вақтда уйда бўладилар ва оила аъзолари ёш она хулқ-атворида бир қанча ғалати қилиқларни сеза бошлайдилар.
- Биринчи белгилар безовталиқ, изтиробга тушиш, уйқусизлик ва кайфиятнинг ўзгариб, онг бузилишларига ўтиши ва жуда кўп ҳолларда маниакал психозга айланиши билан кечади.
- Туғруқдан кейинги психоз – зудлик билан касалхонага ётқизишни талаб қилувчи ҳолат. Суицидни амалга ошириш хавфи юқори, шунингдек янги туғилган чақалоқнинг ҳаёти ҳам хавф остида бўлади.
- Даволаш антипсихотик препаратларни қўллаш, психотерапия ва онани ва оилани ижтимоий қўллаб-қувватлашни ўз ичига олади.
- Биринчи эпизоддан кейин прогноз ижобий, бироқ оилани кейинги туғруқларда психоз қайталаниши мумкинлиги тўғрисида огоҳлантириш керак.
- Бемор қайтадан ҳомиладор бўлганда уни психиатр қабулига маслаҳатга юбориш керак. Антидепрессантлар билан ўз вақтида даволашни бошлаш рухий бузилишлар ривожланишининг олдини олиши мумкин.

ТУҒРУҚДАН КЕЙИНГИ КАЙФИЯТНИНГ ТУШИШИ

- Оналарнинг ярми туғруқдан кейинги биринчи ҳафта давомида ғамгинлик туйғусини ҳис қиладилар.
- Беморларда йиғлоқилиқ, кайфият ўзгаришлари, бош оғриғи, серзардалиқ, ўта чарчоқ ва кичик депрессия пайдо бўлади.
- Беморнинг ҳолати ўз-ўзидан яхшиланади, у оила ва шифокор томонидан қўллаб-қувватлаб турилиши керак, холос.

ТУҒРУҚДАН КЕЙИНГИ ДЕПРЕССИЯ

- Туғруқдан кейинги депрессия туғруқдан кейинги биринчи уч ой давомида пайдо бўлади, бироқ бола туғилгандан кейин бир йил давомида депрессия пайдо бўлиш хавфи юқориликча қолади.
- Кўп учрайдиган белгилари – уйқусизлик, ангедония, ўта чарчоқ, ўта безовталиқ ва кўрқув. Улар психоздаги сингари оғир бўлиши мумкин.
- Депрессиянинг биринчи туғруқдан кейин пайдо бўлиш хавфи кейинги туғруқларниқидан кўра анча юқори.
- Бошқа хавф омилларига ҳомиладорликка бўлган муносабат, олдинги анамнезида депрессия борлиги, оиладаги муносабатлардаги муаммолар киради.

- Дифференциал диагностика ўтказилганда туғруқдан кейинги депрессия қалқонсимон без касалликлари билан боғлиқ бўлиши мумкинлигини ҳисобга олиш керак.
- Депрессия онанинг боласига қарашига таъсир кўрсатади, шунингдек она ва бола ўртасидаги меъёр муносабатларнинг ривожланишига ёмон таъсир кўрсатиши мумкин. Туғруқдан кейинги депрессия болада ва оиланинг бошқа аъзоларида депрессия пайдо бўлиш хавфини оширади. Оналари туғруқдан кейинги депрессияни бошидан кечирган болаларда тўсатдан ўлиш ҳолатлари юқори.

ДАВОЛАШ

- Туғруқдан кейинги депрессияни даволаш оддий депрессияни даволашдан фарқ қилмайди. Кўпинча мутахассис маслаҳати зарур бўлади. Даволаш ўз ичига фармакотерапия, психотерапия, ижтимоий қўллаб-қувватлаш ва беморнинг боласига қарашида кўмаклашишдан иборат. Баъзи ҳолларда беморни касалхонага ётқизишга тўғри келади.
- Туғруқдан кейин депрессия белгилари пайдо бўлса вазиятни меъёр деб баҳолаб бўлмайди. Бола ва оила учун оғир оқибатларнинг олдини олиш мақсадида вазиятни зудлик билан таҳлил қилиш ва даволаш зарур.

БОШҚА КАСАЛЛИКЛАР БИЛАН БОҒЛИҚ ДЕПРЕССИЯ

ХКК-10 • F54 Бошқа бўлимларда кўриб чиқилган касалликлар ва бузилишлар билан боғлиқ руҳий ва ҳуқ-атвор омиллари.

Статистик маълумотлар

- Бошқа руҳий ҳамда соматик касалликлар билан боғлиқ депрессия – кўпинча диагностика ва даволашни мураккаблаштирадиган кенг тарқалган патологик ҳолат. Турли тадқиқотлар маълумотларига кўра, соматоневрологик касалларнинг 20-60%да депрессия белгилари кузатилади, 15-45 % кайфият бузилишлари диагностик белгиларига тўла мос келади.

Руҳий бузилишлар

- Депрессия билан касалланган беморларнинг деярли ярми бошқа руҳий бузилишлар билан ҳам оғрийдилар.
- Депрессия кўпчилик ҳолларда қуйидагиларга боғлиқ • алкоголизм ва дориларга ўрганиб қолиш • хавотирли бузилишлар • овқат қабул қилишдаги бузилишлар • обсессив-компульсив бузилишлар • соматик бузилишлар • шахсият бузилишлари • қайғу-алам реакцияси ва мослашиш бузилишлари.

Соматоневрологик касалликлар

- Депрессия қуйидагилар билан боғлиқ ♦ инсульт, деменция. Паркинсон касаллиги ♦ гепотериоз, гиперпаратиреоз ♦ СД ва юрак томир касалликлари ♦ рак ♦ озиб кетиш ва фибромиалгия.
- Депрессив беморларда миокард инфаркти ривожланиши хавфи юқори. Депрессия миокард инфарктдан кейин ўлим сони ошади.

Депрессия шунингдек рак касалликларига олиб келиши мумкин. Депрессия ва рак билан касалланиш орасида унча катта бўлмаган, лекин клиник жиҳатдан муҳим бўлган боғлиқлик мавжуд.

Қўшимча маълумотлар

Инсултни бошидан ўтказган беморларда депрессияни диагностика қилишда дексамитазонни босиш синамаси аҳамиятга эга.

ШИЗОФРЕНИЯ

Шизофрения – узлуксиз ва хуржсимон кечадиган руҳий касалликлардан бири бўлиб, кўпинча ёшлиқдан бошланади, шахснинг ўзига хос ўзгариши кузатилади (аутизация, эмоционал – иродавий бузилишлар, ноадекват хулқ) фикрлашнинг бузилишига ва апатик ақл заифлигига олиб келади.

Учраши – 0,5 % аҳолида. Нейропсихиатрик касалхоналарда даволанувчиларнинг 50 % ни шизофрения билан оғриган беморлар ташкил қилади.

Генетик аспекти. Шизофрениaning генетик аспектида касалликнинг ирсиятда учраши 3 % ни ташкил қилади. Шизофрениaning ривожланишига имкон берувчи бир қанча локуслар мавжудлиги исботланган ёки тахмин қилинган.

КЛИНИК МАНЗАРАСИ

Шизофрениaning клиник белгилари турли – туман. Белгилар ва синдромларнинг турли хил қўшилиб келган ҳоллари кузатилади.

Негатив белгилар. Психиатрияда «негатив» термини соғлом одамга хос муайян белгиларнинг йўқлиги, яъни руҳий функцияларнинг йўқлиги ёки айниганлиги (масалан, эмоционал реакцияларнинг “камбағаллашуви”) ни англатади. Негатив белгилар диагностикада ҳал қилувчи аҳамиятга эга.

- **Фикрлаш бузилишлари.** Шизофрениали беморларда бузилган фикрлашнинг фақат битта типи камдан – кам кузатилади; одатда фикрлаш бузилишининг ҳар хил турларининг бирга қўшилиб келиши қайд қилинади ✦ Режаларнинг ҳар хиллиги. Оддий буюмларнинг эътиборни тортмайдиган томонлари буюмнинг ўзидан ёки умумий шароитдан кўра гўё аҳамиятли бўлиб туюлади. Нутқи тушунарсиз, узук – юлук, эзмаликка мойил бўлади ✦ Нутқнинг ҳар ёққа бўлиниб кетиши. Нутқнинг грамматик тузилиши сақланиб қолган ҳолда тушунчалар ўртасида фикр боғлиқлиги йўқ. Нутқ ўзининг коммуникацион хоссаларини йўкотади, фақат ташқи шаклини сақлаган ҳолда кишилар ўртасида мулоқат воситаси бўлмай қолади. Фикрлаш жараёнида тасодифий ассоциациялар томонига аста – секин ёки тўсатдан оғиш, символик фикрлашга мойиллик хос бўлади, бу тушунчаларнинг тўғридан – тўғри ва кўчма маъносининг бирга келиши билан тавсифланади. Бир мавзудан иккинчисига бирданига ва тушунарсиз ўтишлар, таққослаб бўлмайдиган нарсаларни таққослаш қайд қилинади. Яққол ҳолларда нутқ маъносидан йироқ ва сиртдан қарашда тўғри тузилган бўлса – да, уни тушуниб бўлмайди. Фикрлаш ҳар ёққа бўлинган яққол ҳолларда бемор бир – бирига мутлақо боғлиқ бўлмаган сўзларни қалаштириб ташлайди, уларни битта жумла кўринишида талаффуз қилади (сўзлар йиғиндиси) ✦ Sperrung (фикрлашнинг тикилиб қолиши). Фикр йўналиши тўсатдан узилиши ёки фикр жараёнининг узоқ вақтга тўхтаб, гап

ипининг узилиши. Бузилиш абсандан фаркли равишда онг жойида бўлганда рўй беради. Пациент ўз фикрини ёки жавобини бошлайди ва кўпинча бирданига гапнинг ўртасида тўхтаб қолади ✦ Насихатгўйлик – маъноси кам, бўлмағур ва фойдасиз жимжимадор гапларни айтиб фикрлаш ✦ Неологизмлар – беморлар ихтиро қилган янги сўзлар, улар кўпинча турли сўзларнинг бўғинларини қўшиб ясалади, неологизмларнинг маъноси фақат беморнинг ўзига тушунарли (масалан, “табушка” неологизми “табуретка” ва “шкаф” сўзларидан ясалган). Тингловчи уни мутлақо бемаънилик деб қабул қилади, бироқ бу неологизмларни ишлатувчи учун эса керакли сўзларни танлай олмасликка лаёқатсизлик белгиси саналади.

- Эмоционал бузилишлар ✦ Шизофренияда эмоционал бузилишлар аввало эмоционал реакцияларнинг сўниши, эмоционал совуқлик билан намоён бўлади. Пациентлар эмоционалликнинг пасайиб кетганлигидан ўз яқинларига ачинмайдилар ва уларни хуш кўрмайдилар. Бирор эмоция (ҳис – ҳаяжон) ни ифода қила олмайдилар. Бу бемор билан мулоқотни қийинлаштиради, натижада улар индамас, тунд бўлиб қоладилар. Шизофрениaning бирмунча кечки босқичида пациентларда кучли эмоциялар бўлмайди; агар улар пайдо бўлса, шизофрения диагнози тўғри қўйилганми деган шубҳа пайдо бўлиши керак. Эмоционал совуқлик авваламбор ота – оналарга бўлган сезгиларда энг кўп намоён бўлади (одатда бемор ота – онаси ғамхўрлигига жаҳл билан жавоб қайтаради; улар унга нечоғлик меҳрибонлик кўрсатса, бемор уларни шу қадар ёмон кўради). Касаллик ривожланган сайин эмоциянинг бундай ўтмаслашиши ёки атрофияси кўпроқ сезиларли бўлиб қолади: беморлар теварак атрофдагиларга бепарво ва бепарқ бўлиб қоладилар ✦ Бироқ ҳеч қандай эмоциялари йўқ бўлиб кўринган беморда сира эмоциялар бўлмайди деган фикрни катта эҳтиётлик билан айтиш лозим. Шизофрениали беморлар соғлом одамлардек кучли бўлмаса – да, ҳам мусбат, ҳам манфий эмоцияларни юзага чиқарадилар. Ҳеч қандай эмоцияларни ҳис қилмайдиган шизофрениали айрим беморлар ҳақиқатда эмоцияларга бой ички ҳаёт билан яшайдилар ва ўз эмоцияларини билдириш лаёқатлари йўқлигидан оғир изтиробда бўладилар ✦ Амбивалентлик. Бир вақтнинг ўзида битта шахснинг ўзида битта ва бир хил объектга нисбатан иккита қарама – қарши тенденциялар (фикрлар, эмоциялар, хатти – ҳаракатлар) нинг биргаликда мавжуд бўлиши. У ёки бу ҳаракатларни ниҳоясига етказиш, қарор қабул қилиш имкониятининг йўқлиги билан юзага чиқади.

- Ирода бузилишлари. Эмоционал бузилишлар кўпинча активликнинг пасайиши, лоқайдлик, бўшанглик ва энергия (қувват) нинг етарли эмаслиги билан асосланади. Кўп йиллар мобайнида шизофрения билан касалланиб юрган пациентларда аксарият ана шу манзарани кузатиш мумкин. Яққол ифодаланган ирода бузилишлари ташқи дунёдан беихтиёр воз кечишга, унинг ўрнига ўз дунёсининг воқеликдан узилиб қолган фикрлари ва фантазияларини афзал кўради (аутизм). Иродаси яққол бузилган беморлар ҳаракатсиз, нофаол, пассив ва ташаббус кўрсата олмайдиган кишилар бўлиб кўринадилар. Одатда, эмоционал ва ироданинг бузилишлари бир – бирига қўшилиб кетади, уларни “эмоционал – ирода бузилишлари” деган ягона ном билан атайдилар. Эмоционал ва ирода

бузилишларининг клиник кўринишидаги нисбати ҳар бир беморда ўзига хос (индивидуал). Эмоционал – ирода бузилишларининг юзага чиққанлиги касалликнинг авж олиши билан боғлиқ бўлади.

- Шахс бузилишлари – салбий белгиларнинг авж олиши натижаси ҳисобланади. Ноўрин хатти – ҳаракатлари, юриш – туриши ва қилиқларини ошкор қилиш, эмоционал совуқлик, мантиққа зидлик, одамовилик белгиларида намоён бўлади.

Позитив (психотик) белгилар. Психиатрияда “позитив” (“продуктив”) термини соғлом психика учун хос бўлмаган ҳолатлар (масалан, галлюцинациялар, алахлаш) пайдо бўлишини англатади. Позитив белгилар шизофрения учун хос эмас, чунки бошқа психотик ҳолатларда (масалан, органик психозларда, чакка эпилепсиясида) ҳам учрайди. Клиник кўринишда позитив белгилар устунлик қилиши касаллик кўзиганидан далолат беради.

- Галлюцинатор – параноид синдром кам системага солинган, тартибсиз алахлаш ғоялари, аксарият таъқиб этадиган руҳий автоматизм синдромли ва/ёки вербал галлюцинациялари бўлган белгиларнинг қўшилиб келиши намоён бўлади ✦ Бемор учун хаёлий тимсоллар объектив мавжуд тимсоллар каби реал. Пациентлар ҳақиқатдан ҳам кўрадилар, эшитадилар, ҳид биладилар, лекин хаёл сурмайдилар. Беморлар учун субъектив сезгилар объектив оламдан келаётган мавжуд сезгилардан иборат ✦ Галлюцинацияни бошдан кечираётган бемор хулқ – атвори фақат ташқи кузатувчи нуқтаи назаридан гўё тентаклик, пациентнинг ўзига эса мантиқан тўғри ва очик – ойдин туюлади ✦ Алахлаш ва галлюцинациялар шизофрениянинг энг муҳим ва тарқалган белгиларидан бири деб ҳисобланади, бироқ бу касалликка диагноз қўйиш учун унинг ўзи кифоя қилмайди. Шизофренияли кўпгина беморларда фикрлашнинг бузилиши, эмоционал – ирода бузилишлари каби бошқа қатор белгилар йиғиндиси бўлгани ҳолда уларда на алахлаш, на галлюцинацияларни сира кузатмаганлар, шунингдек, алахлаш ва галлюцинациялар фақат шизофренияга эмас, балки бошқа руҳий касалликларга ҳам хос, демак уларнинг мавжудлиги беморда айнан шизофрения касаллиги борлигидан албатта далолат беравермайди.

- Психик автоматизм синдроми (Кандинский – Клерамбо синдроми) – галлюцинатор – параноид синдромнинг шизофрения учун типик хили ҳисобланади. Синдромнинг моҳияти – бузилишларнинг зўравонлик билан келиб чиққанлигини ҳис қилиш, уларнинг “ясалганлигидир” ✦ Ўз “Мен” идан узоқлашиш ёки ўз “Мен” ига мансублигини, шахсий руҳий жараёнларини (фикрлари, ҳис – ҳаяжонлари, организмнинг физиологик функциялари, бажарадиган ҳаракатлари ва қилмишлари) йўқотиши, уларнинг беихтиёрлиги, ясамалиги, ташқаридан ёпишганлигидан ачиниш ҳисси. Ошкоралик, фикрларни тортиб олиш ва ментизм (беихтиёр фикрлар туғёни) белгилари хос ✦ Сохта галлюцинациялар (реал таъсирловчисиз беихтиёр пайдо бўлиб, галлюцинациялардан беморда бу тимсолларнинг объектив воқеликда сезишнинг йўқлиги билан фарқ қиладиган сезгилар ва тимсоллар) ✦ Руҳий автоматизм синдроми одатда системага солинган таъқиб қиладиган алахлаш ва таъсирлар билан бирга келади. Беморларнинг ихтиёри энди ўзида эмас – улар ўз таъқиб қилувчилари ихтиёрига бўйсунди, уларнинг қўлида қўғирчокқа айланади

(эгаллик хисси), улар ташкилотлар, айғоқчилар, илмий – текшириш институтлари ва шу каби иродаларнинг доимий таъсири остида бўладилар.

- Парафрен синдром – экспансив алаҳлашнинг таъкиб қилувчи алаҳлаши, эшитув галлюцинациялари ва (ёки) руҳий автоматизмлар билан кўшилиб келиши. Бундай ҳолатда таъкиб қилаётганлардан нолиш билан бирга ўзининг оламга ҳукмронлиги, коинотга бошчилик қилаётгани тўғрисидаги ғояларни илгари суради, ўзини худодларнинг худоси, ернинг ҳукмдори деб атайди, ерда жаннат яратишга, табиат қонунларини, иқлимни тубдан ўзгартиришга ваъдалар беради. Хомхаёл фикрлари бемаънилиги, лоф – қоплиги билан ажралиб туради, ўйланган ишлари далил – исботларсиз эълон қилинади. Бемор ҳамма вақт ғайриоддий, баъзида эса улкан воқеа – ходисалар марказида бўлади. Руҳий автоматизмнинг турли – туман белгиларини, вербал галлюцинозни кузатадилар. Аффектив бузилишлар кўтаринки кайфият шаклида намоён бўлиб, маниакал ҳолат даражасига кўтарилишга қодир. Парафрен синдром, одатда, шизофрения бошланганига анча бўлганлигидан далолат беради.

- Капгр синдроми (атрофдаги кишилар муайян мақсад билан ўз ташқи кўринишини ўзгартиришга қодир деган уйдирма ишонч).

- Аффектив – параноид синдром ✦ Депрессив – параноид депрессив синдром, уйдирма таъкиб қилиш ғоялари, ўз – ўзини қоралаш, қораловчи характердаги вербал галлюцинациялар ✦ Маниакал – параноид синдром маниакал синдром, уйдирма улуғворлик ғоялари, оқсуяк авлодлардан келиб чиққани, маъқулловчи, мақтов характердаги вербал галлюцинациялар билан намоён бўлади.

- Кататоник синдром ✦ Кататоник ступор. Мушак тонусининг ошиши, каталепсия (узоқ вақтгача муайян ҳолатда қотиб қолиш), негативизм (сабабсиз воз кечиш, қаршилиқ, ташқи томондан бўладиган ҳар қандай таъсирга қарши бўлиш), мутизм (нутқ аппарати сақланган ҳолда нутқи йўқлиги) характерлидир. Совуқ, ноқулай вазият эгаллаш, ҳўл ўринбош, ташналиқ, очлик, хавф – хатар (масалан, касалхонадаги ёнғин) уларнинг қотиб қолган, мимика (имо – ишора) сиз юзида ҳеч қандай аксини топмайди. Беморлар узоқ муддатгача бир хил ҳолатда қоладилар; уларнинг ҳамма мушаклари таранглашган. Кататоник ступордан кўзғолишга ўтиш ва аксинча ҳолат бўлиши эҳтимол ✦ Кататоник кўзғалиш. Ҳаракат ва қилиқларнинг ўткир, кўкқисдан бошланиши, бетартиблик (хаотиклик), мақсадга йўналмаганлик, импульсивлик, ҳаракатларнинг маъносиз беўхшовлиги, мотивация қилинмаган экзольтация, тажовузкорлик хос.

- Гербефреник синдром. Аҳмоқона, беўхшов хулқ – атвор, ярашмаган қилиқлар қилиш, сўзларни узук – юлуқ талаффуз қилиш, парадоксал эмоциялар, импульсив қилиқлар хос бўлади. Галлюцинатор – параноид ва кататоник синдромлар билан ўтиши мумкин.

- Деперсонализация – дереализация синдром беморнинг ўз шахсият ва атрофдаги оламнинг ўзгариб кетганлигидан тасвирлаб бериш қийин бўлган оғир кечинмалари билан характерланади.

ШИЗОФРЕНИЯДА ДЕПРЕССИЯ

Шизофренияда депрессив синдромлар (кўзиганда ҳам, ремиссия ҳолатида ҳам) кўпинча кузатилади. Депрессия – шизофрениали беморларнинг ўз жонига қасд қилишининг энг кўп учрайдиган сабабларидан ҳисобланади. Шизофрениали беморларнинг 50 % ўз жонига қасд қилишини унутмаслик лозим (бу 15 % ҳолларда ўлим билан яқунланади). Кўп ҳолларда депрессия учта сабабдан келиб чиқади.

- Депрессив белгилар шизофреник жараённинг таркибий қисми бўлиши мумкин (масалан, клиник кўринишида депрессив – параноид синдром устунлик қилганда).
- Депрессия ўз касаллигининг оғирлигини англаш ва беморлар дуч келадиган муаммолар сабабли пайдо бўлиши мумкин (мулоқот доирасининг торайиши, беморни яқинлари тушунмаслиги, “жинни” деб атаб масҳара қилишлар, меҳнатга лаёқатсизлик ва ҳ. к.). Бу ҳодисада депрессия – шахснинг оғир касалликка меъёр реакциясидир.
- Депрессия кўпинча нейролептикларнинг кўшимча ножўя таъсири сифатида вужудга келади.

КЛАССИФИКАЦИЯСИ

Шизофренианинг клиник кечиши хилма – хил бўлиб, айрим беморларда муайян эмас. Касалликнинг кечишида клиник белгиларнинг ўзгарувчанлиги характерлидир. Масалан, беморда касалликнинг бошида шизофренианинг кататоник тури қайт қилинган бўлса, бир неча йиллардан сўнг ўшанинг ўзида гебефреник турининг белгилари кузатилади.

ШИЗОФРЕНИЯ ТУРЛАРИ

- **Оддий тури** – негатив белгилар устунлиги билан ифодаланиб, руҳий бузилиш ҳолатлари бўлмайди. Бемор бефарқ, камгап, сержаҳл ва камҳаракат бўлиб қолади. Касалликнинг аста – секинлик билан, кам сезиларли бошланиши ва нисбатан секин, аммо узлуксиз ривожланувчи, ремиссияларсиз кечиши кузатилади. Ўқиш ва ишдаги натижалари пасайиб, батамом тугаши мумкин. Бунда галлюцинациялар ва васвасалар бўлмайди ёки улар касаллик кўринишида кам ўринни эгаллайди.
- **Параноид тури** – бу энг кўп тарқалган; клиник кўринишида галлюцинатор – параноид синдроми ва психик автоматизм синдромлари кузатилади. Параноид тури касаллик кўринишида васваса ва галлюцинатор бузилишлар устунлиги билан характерланиб, параноял, параноид, Кандинский – Клерамбо психик автоматизм синдромини ҳо қилади. Васвасанинг типик ривожланишида аввал атроф муҳитга нисбатан алоҳида аҳамиятли васваса ва муносабат васваса ҳамда таъқиб васваса ғоялари келиб чиқади. Касалликнинг ривожланиши билан беморда негатив белгилар пайдо бўлади ва кучайиб боради.
- **Гебефреник тури** – оддий шаклда учрайдиган белгилар билан бир қаторда бу ерда биринчи ўринда доимий аҳмоқлик ва тажовузкорлик туради. Улар масҳарабозга ўхшаб, аҳмоқликлар қиладилар, ҳингиллайдилар, атрофдагиларга тегажағлик қилиб, уларда майда кўнгилсизликлар келтириб чиқарадилар. Шизофренианинг бу шакли кам учраб, ремиссиясиз, хавфли кечади, дарҳол диагноз қўйиш қийин бўлади ва руҳиятнинг оғир нуқсони ривожланади.

- **Кататоник тури** – касалликнинг клиник манзарасида кататоник синдромлар устунлиги билан характерланади. Бу турда рухият бузилишининг мушак тонуси ўзгариши билан бирга кечиши хосдир. Бунда беморларда кататоник ступор билан кататоник кўзғалишнинг алмашилиб келиши кузатилади. Бу касаллик галлюцинатор васваса ҳолати, ҳамда онероид белгилари билан биргаликда кечади.

КАСАЛЛИК КЕЧИШИ ВА УНИНГ КЕЧИШ ТУРЛАРИ

Унинг узлуксиз давом этувчи ва хуружсимон – прогредиент тури қайд қилинган. Психиатрияда унинг яна иккита тури: рекуррент ва сустр кечиши қайд қилинган. Бу бузилиш ҳолатлари кўшилиб, шизофрениянинг аффектив ва шизотипик бузилишларига олиб келади.

- Узлуксиз давом этувчи тури – ўтказилган даволаш натижасида аниқ ремиссия ҳолати кузатилмайди ва негатив белгилар зўрайиб бориши билан характерланади. Спонтан (давосиз) ремиссия – кечишнинг бу турида кузатилмайди. Терапевтик ремиссия даво олгандан кейин тузалиш билан тугаши мумкин, лекин негатив белгилар кучайиши эҳтимоли сақланади.

- Хуружсимон – проредиент турида кўзғалиш ҳолати ва ремиссия билан кечиб, кўзғалиш оралиғида салбий белгилар ортиб бориши мумкин. Шизофрениянинг бу тури турли ёшда учрайди (бундай ҳолат 54 – 72 % беморларда кузатилади). Кўзғалишнинг ўткир ҳолати ва клиник белгилари ҳар хил кўринишда кечиши мумкин. Васваса ва галлюцинациянинг пайдо бўлишидан олдин аффектив бузилиш даврида депрессив ёки маниакал белгилар вужудга келади. Унинг кечишига қараб, беморнинг кайфияти мунтазам ўзгариб туради. Доимий давом этадиган кўзғалиш ҳолатидан сўнг ва уларнинг оралиғида кўзғалиш камайиб, салбий белгилар ошиб боради. Беморнинг тугалланмаган ремиссия даврида қўрқув, хавотирга тушиш, атрофдагиларнинг юриш – туришини васвасага тушиб муҳокама қилиш ҳолатлари кузатилади. Васвасанинг типик ривожланишида аввал атроф муҳитга нисбатан алоҳида аҳамиятли васваса ғоялар, кейин муносабат васваса ғоялари, аниқ тузилиши жиҳатдан таъқиб васваса ғоялари келиб чиқади.

Текшириш усуллари. Шизофрения билан касалланган беморларни текширишнинг самарали синамалари йўқ. Уни тўлиқ текшириш усулларида органик омиллардан ташқари кўзғалиш ҳолатига олиб келадиган омиллар текширилади.

- Лаборатор текшириш усуллари
- ✦ Умумий қон ва сийдик анализи
- ✦ Қонни биокимёвий текшириш
- ✦ Қалқонсимон без функциясини аниқлаш
- ✦ Қон таркибидаги витамин В₁₂ миқдори ва фолат кислотасини текшириш
- ✦ Қон таркибидаги оғир металллар, доривор ва психоактив моддалар ва алкоголь миқдори текширилади
- Махсус текшириш усуллари
- ✦ КТ ва МРТ орқали бош мия гипертензияси, ўсманинг мавжуд ёки мавжуд эмаслиги
- ✦ ЭЭГ (электроэнцефалограмма) орқали чакка эпилепсияси инкор этилади
- Психологик текширув (шахсий сўровнома ва синамалар, масалан, Роршах синамалари, ММР1).

ДИФФЕРЕНЦИАЛ ДИАГНОСТИКА

- Рухий ва соматик аҳволи касалликнинг психотик бузилишлари билан кечади. Ўхшаш белгилар бошқа хил неврологик ва соматик касалликларда ҳам учрайди.

Шизофрения билан касаллангандан кўра беморларни неврологик бузилишлар пайдо бўлишида кўпроқ тушкунликка олиб келади. Шизофрения билан узоқ вақт давомида касалланган беморларда органик касалликларнинг ортиб бориши натижасида касалликка хос белгилар ўзгаради.

- Симуляция (муғомбирлик). Бемор ўз манфаатини кўзлаган ҳолда шизофренияга алоқадор белгиларни ўйлаб топади. Чунки диагноз қўйиш учун бемор аввало сўраб – суриштирилади. Шизофрения билан касалланган беморлар ўз манфаатларини кўзлаб, 3 – ногиронлик гуруҳини 2- га ўтказиш учун ёлғон ахборотлар беришлари мумкин.
- Кайфиятнинг бузилиши. Психотик белгилар маниакал ва депрессив ҳолатларда кузатилади. Агар кайфиятнинг бузилиш ҳолати галлюцинация ва васваса билан кузатиладиган бўлса, унинг ривожланиши кайфиятнинг патологик ўзгариши билан боради ва улар доимий ҳолат бўлиб қолади.
- Шизоаффеktiv бузилиш ҳолатида кайфиятнинг бузилиши шизофреник белгилар билан бир хил ҳолатда кузатилади. Шунинг учун қайси белги олдинроқ кузатилишини аниқлашда қийинчилик туғилади. Бундай ҳолларда шизоаффеktiv бузилиш деб ташхис қўйиш мумкин.
- Сурункали васваса бузилиш ҳолати агар мунтазам 6 ой мобайнида давом этадиган бўлса, ташхис қўйишда қийинчилик туғилмайди. Чунки бемор муайян ўз шахсиятида галлюцинация, кайфиятнинг бузилиши ва негатив белгилар кузатилмайди. Сурункали васваса бузилиш ҳолати ўспиринликда ёки қариялик даврида кузатилиши мумкин.
- Шахснинг бузилишлари. Шахснинг бузилиши шизофренияга хос белгилар билан кечиши мумкин. Бундай ҳолатнинг кечишида унинг қачон пайдо бўлганини аниқлаш шизофреникнинг бошланишига қараганда қийинроқ кечади. Руҳий бузилиш белгилари кузатилмайди, агар улар мавжуд бўлса ўтувчан ва кам ривожланган бўлади.
- Реактив психоз ҳолатида қисқа муддатли руҳиятнинг бузилиши кузатилиши мумкин. Стресс ҳолатидан сўнг камида 1 ой давомида белгилар сақланиб қолади.

ДАВОЛАШ

Ижтимоий – психологик қўллаб – қувватлаш ва дори терапияси биргаликда олиб борилса, фақат нейрорептик воситалар билан даволашдагига қараганда касалликни зўрайиши 25 – 30 % гача қисқаради. Шизофренида психотерапия усули кам қўлланилади, чунки бу даво усули яхши натижа бермайди.

Беморни даволашда унга касалликнинг кечиши ҳақида маълумот бериш керак. Сўнгра уларни тинчлантириб, унинг муаммоларининг ечимини ҳамкорликда топиш лозим. Беморга касаллик ҳолати ва даволаш усуллари ҳамда қайталаниши тўғрисида олдиндан суҳбат олиб бориш керак. Қариндошларининг касаллиги хусусида кўрсатган эмоционал реакциялари, оиладаги стресс ҳолатлар бемор аҳволининг оғирлашишига олиб келади. Шунинг учун унинг яқинларига касалликнинг характери, даволаш усуллари ҳақида тушунтириш ишларини олиб бориш зарур.

ДОРИЛАР ДИЛАН ДАВОЛАШНИНГ АСОСИЙ ТАМОЙИЛЛАРИ

- Касалликнинг оғирлигига ва даволаш усулларига қараб, унга узоқ муддатли даволаш буюрилади. Дори воситаларини унинг дозасига ва кўрсатмаларга қараб берилади.
- Беморга қандай дори тайинланишига қараб унинг натижасига эътибор бермок керак.
- Даволашни оз – оз дозадан, аста – секин миқдорини кўпайтириб, кутилган натижага эришгунга қадар буюрилади. Психомотор кўзғалишнинг ўткир кечишида дори воситаси парентерал буюрилади. Кўзғалиш зўрайган ҳолларида инъекция қайта қилинади.
- Беморга кўп миқдорда нейролептик буюриш катта хато ҳисобланади, чунки бу дори воситасининг кам юборилган миқдори ҳам унда кўзғалиш ҳолатини келтириб чиқаради. Касалхонада беморга доимий антипсихотик препарат буюриш билан даволашни тезлаштириб, унинг руҳий бузилишини камайтиради деб ҳисобланган, аслида бу дори воситаси юборилган вақт давомидагина унинг таъсири бўлиши мумкин. Кўп миқдорда нейролептик дори воситаларини буюриш оқибатида кўшимча таъсири кузатилади.
- Дори биринчи марта ичилганда бемордаги субъектив оғир ҳолат даволашга салбий таъсир кўрсатади. Бундай ҳолларда дори воситасини зудлик билан алмаштириш керак.
- Даволаш муддати 4 – 6 ҳафта, мабода натижа кузатилмаса, даволаш схемасини ўзгартириш керак.
- Тўлиқ бўлмаган ва беқарор ремиссия юз берганда дори миқдорини ремиссия ҳолатини ушлаб туриш учун камайтирилади. Бундай даволаш усули амбулатор шароитларда қўлланилади.

АСОСИЙ ПРЕПАРАТЛАР

Нейролептиклар – хлорпромазин, левомепромазин, клозапин, галлоперидол, трифлуоперазин, флупентиксол, пипотиазин, зуклопентиксол, сульпирид, кветиапин, рисперидон, оланзапин.

Антидепрессантлар ва транквилизаторларни депрессив ва ваҳимага тушиш ҳолатида буюрилади. Транквилизаторлар (масалан, диазепам, бромгидрохлорфенил бензодиазепин) кўркув ҳолатида буюрилади.

НЕЙРОЛЕПТИКЛАР БИЛАН ДАВОЛАШДА АСОРАТЛАР

Узоқ муддат нейролептик воситалар билан даволашда сурункали давом этадиган асоратлар кузатилиши мумкин. Беморнинг аҳволига қараб, ҳар хил дорилар билан даволашдан тийилиш лозим. Экстрапирамид белгиларни бартараф этиш учун антихолинергик дори воситаси буюрилади, бу мунтазам даволанганда дискинезиянинг кечки зарарли омилларини келтириб чиқаради. **Антихолинергик моддаларни профилактик мақсадда эмас, фақат экстрапирамид белгиларнинг зарарли оқибатларидагина қўлланилади.**

- Акинето – гипертоник синдром ✦ Клиник кўриниши: беморнинг юз кўриниши ниқобсимон, кўзнинг тез – тез пирпираши, ҳаракат сустлиги ✦ Даволаш учун тригексифенидил, бипериден дори воситалари қўлланилади.
- Гиперкинетик – гипертоник синдром ✦ Клиник кўриниши: акатизия (бир жойда ўтира олмаслик), тасикинезия (доимий ҳаракатда бўлишга интилиш, ҳолатни ўзгартириш), гиперкинезлар (хореоформ, атетоид, орал) ✦ Даволаш: тригексифенидил, бипериден.
- Дискинетик синдром ✦ Клиник кўринишида орал дискенезия ҳолати (чайнов мушаклари, ютиш мушаклари, тил мушакларининг таранглашиши, тилни чиқаришга мойиллик зўрайиши), окулогир кризлар (азоб берадиган кўз соққасини кетиб қолиши) ✦ Даволаш: тригексифенидил (кунига 6 – 12 мг), 20 % кофеин эритмасини тери остига 2 мл юбориш, хлорпромазин 25 – 50 мг. мушак орасига юборилади.
- Сурункали дискинетик синдром ✦ Клиник белгилари: гипокинезия, мушак тонусининг ошиши, гипомимиянинг гиперкинез билан биргаликда кўриниши (мураккаб орал автоматизмлар, учишлар), қўзғалиш ва активликнинг пасайиши, акайрия (шилқимлик), эмоциянинг беқарорлиги ✦ Даволаш: ноотроплар (пирацетам кунига 1200 – 2400 мг. 3 ой мобайнида), поливитамиинлар, транквилизаторлар.
- Хавфли нейролептик синдром ✦ Клиник белгилари: тери қаватларининг қуриши, акроцианоз, юзнинг ёғли қизариши, мажбурий ҳолат – орқаси билан, олигурия, қон ивиш тезлигининг кучайиши, қонда азот қолдиғи микдорининг ошиши, буйрак етишмовчилиги, артериал босимнинг пасайиши, тана ҳароратининг ошиши ✦ Даволаш: инфузион терапия (реополиглюкин, гемодез, кристаллоидлар), парентерал овқатланиш (оқ, углеводлар).
- Интоксикацион делирий 40 ёшдан ошган эркакларда кўпроқ учрайди (хлорпромазин, галоперидол, амитриптилин комбинацияда). Дезинтоксикацион даво қўлланилади.

Прогноз – 20 йилга: соғайиш – 25 %, аҳволнинг яхшиланиши – 30 %, зарур парвариш ва / ёки госпитализация – 20 % • Шизофрения билан касалланган беморларнинг 50 % ўз жонига қасд қилади ва унинг 15 % ўлимга гирифтор қилади

• Касаллик бошланишида ёш қанча катта бўлса, оқибати шунчалик яхши • Аффектив компонент бузилиши қанчалик яққол ифодаланса, шунчалик хуруж ўткир ва қисқа бўлиб, даволаш осонроқ кечади ва барқарор ремиссияга эришиш имкони кўпроқ.

Синонимлари. Брейлер касаллиги. Дискордант психоз. Илк ақли пастлик.

ХКК – 10 • F20 Шизофрения.

ЭСЛАТМА

- Шизофрения – олигофренда ривожланадиган шизофрения – олигошизофрения – гебофрения – қўшалок шизофрения.
- Губер сенеститик шизофрениаси – шизофренианинг сенестопатия ачишишини сезиш ҳолати, тортилиш, юлиниш, тўлғаниш.

- Шизофрениянинг психоз ҳолати (псевдошизофрения) – психоз, клиник кўринишнинг бир – бирига хослиги ёки ўхшашлиги.
- Шизофрениксимон синдром – психопатологик синдромларнинг умумий номланишнинг бир турдаги шизофрения билан келиши, фақат бошқа турдаги психозларда кузатилади.
- Ядроли шизофрения – эмоционал ҳолатнинг тезкор равишда йўқолиши, яъни илгари мавжуд позитив белгиларнинг парчаланиши (сўнгги ҳолат).

ГИПОТИРЕОЗ

Гипотиреоз -организмда қалқонсимон без (ҚБ) гормонларининг барқарор танқислиги оқибатида келиб чиқадиган клиник синдромдир.

ХКК-10: • **Е00** Туғма йод етишмовчилиги синдроми • **Е 01** Йод етишмовчилигига боғлиқ бўлган қалқонсимон без касалликлари ва шунга ўхшаш ҳолатлар • **Е 02** Йод етишмовчилиги натижасидаги субклиник гипотиреоз • **Е 03** Гипотиреознинг бошқа шакллари.

ҚИСҚАРТМА СЎЗ: ҚБ-қалқонсимон без.

Эпидемиологияси.

- Бирламчи гипотиреоз 0,2% дан 2% гача манифест, 10% гача субклиник шаклда учрайди. Касалланиш – йилида аҳолининг ҳар 1000 кишисига 0,6 дан 3,5 гача. Бирламчи гипотиреоз билан касалланиш ёш улғайган сари кўпайиб боради. Ушбу касаллик Ўзбекистонда ҳам кенг тарқалган.
- Туғма бирламчи гипотиреознинг учраши - 1:3500-4000 чақалоқ.
- Иккиламчи гипотиреознинг учраши 0,005%. Учламчи гипотиреоз янада кам учрайдиган касалликдир.
- Аёлларда гипотиреоз эркакларга нисбатан кўпроқ кузатилади (6:1).
- **Профилактикаси.** Йод танқислиги бўлган худудларда гипотиреознинг профилактикаси - ош тузини йод билан бойитиш ва ҳомиладор аёлларга йодли дори-дармонлар буюриш.

Скрининг.

- ТТГ даражасини аниқлаш орқали бирламчи гипотиреозни скрининг қилиш касалликни ҳеч қандай клиник белгилари бўлмаган кишиларда ҳам аниқлаш имконинини беради ва одатий профилактик текширишларнинг бир қисми сифатида танланган популяцияларда ўтказилади ; ҳамма янги туғилган чақалоқларда скрининг ўтказилиши шарт (ҳаётининг 3-5 кунида).
- Ҳомиладорликни режалаштиришда ва унинг эрта даврида гипотиреоз скринингини ўтказиш керак.
- Гипотиреознинг скрининги иқтисодий жиҳатдан ўзини оқлаган.
- ТТГ миқдорини аниқлаш - бирламчи гипотиреознинг скринингида танлов тешириши ҳисобланади. Унинг миқдори ошганлиги организмда ҚБ гормонлари танқислигининг дастлабги белгисидир.

Классификация.

- Бирламчи гипотиреоз

◆ ҚБни функционал актив тўқимасининг емирилиши ёки етишмовчилиги: сурункали аутоиммун тиреоидит, ҚБни хирургик йўли билан олиб ташланиши, радиоактив ^{131}I билан даволаш, нимўтқир, туғриқдан кейинги ва «оғриқсиз» тиреоидитлардаги ўтиб кетадиган гипотиреоз, ҚБнинг инфилтратив ва инфекцион касалликлари, унинг агенезия ва дисгенезиси.

◆ Тиреоид гормонлар синтезининг бузилиши: тиреоид гормонлар биосинтезининг туғма нуқсонлари, йоднинг оғир танқислиги, дори-дармон ва токсик таъсирлар (тиреоостатиклар, литий, калий перхлорат ва бошқалар).

● Марказий (гипоталамо-гипофизар, иккиламчи ва учламчи) гипотиреоз.

◆ ТТГ ва/ёки тиролиберин ишлаб чиқарадиган хужайраларнинг етишмовчилиги ёки емирилиши: гипоталамо-гипофизар соҳадаги ўсмалар, шикастланиш ёки нурдан зарарланиш (хирургик операциялари, протонотерапия); қон томир бузилишлари (ишемик ва геморрагик зарарланишлар, ички уйқу артериясининг аневризмаси); инфекцион ва инфилтратив жараёнлар (абсцесс, , гистиоцитоз); сурункали лимфоцитар гипофизит, туғма бузилишлар (гипофизнинг гипоплазияси, септооптик дисплазия).

◆ ТТГ ва/ёки тиролиберин синтезининг бузилиши: тиролиберин рецептори генининг мутацияси, ТТГнинг, Pit-1генининг β -суббирликлари, медикаментоз ва токсик таъсирлар (дофамин, глюкокортикоидлар, тиреоид гормон препаратлари).

ДИАГНОСТИКА

Гипотиреоз ташхисини қўйиш учун тўла анамнез тўплаш, физикал текшириш ва ташхисни тасдиқлаш учун керак бўлган асосий лаборатор анализларни ўтказиш керак.

Анамнез ва клиник текшириш.

● Гипотиреоз белгилари бўлган ва ТТГ даражаси кўпайган беморларни тўлиқ анамнезини йиғиш ҳамда астойидил текшириш.

● **Гипотиреоз белгилари** беморлар сўралганда ва физикал текширилганда аниқланадиганлар: ҳолсизлик (99%), уйқусираш (91%), тез чарчаш (84-90%), совуққа чидамсизлик (59-89%), терлашнинг камайиши (34-89%), вазннинг ошиши (49-63%), ҳайз кўриш циклининг бузилиши (58%), парестезиялар (52%), қабзият (40-61%), соч тўкилиши (44-45%), эшитишнинг ёмонлашиши (22%), терининг куруқлашиши (62-97%), параорбитал шишлар (60-90%), брадикардия (50-60%), терининг совуқлиги (50%), сочларнинг синувчанлиги (40-66%), суст ҳаракатланиш (36-70%), нутқнинг секинлашиши (48-65%), товуш тембрининг пасайиши (34-66%), диастолик қон босимининг ошиши (20-40%), бўқоқ –(15-40%).

● Субклиник гипотиреоз кўпгина носпецифик белгилар орқали намоён бўлиши мумкин.

● Худди манифест гипотиреоз сингари субклиник гипотиреоз ҳам умумий холестерин микдорининг ошиши ҳамда КЗЛПнинг кўпайишига олиб келиши мумкин.

● Гипотиреоз атеросклероз ривожланиши учун хавфли омил ҳисобланади.

Лаборатор текширишлар.

- Гипотиреоз ташхисини тасдиқлаш, зарарланиш даражасини ва касалликнинг қанчалик оғирлигини белгилашда қон зардобида ТТГ ҳамда эркин Т4 гормонлари даражалари аниқланади ♦ Бирламчи гипотиреоз ТТГ гормонининг кўпайиши ҳамда эркин Т4 гормонининг камайиши билан характерланади ♦ Субклиник гипотиреозда эса эркин Т4 меъёрда бўлиб фақат ТТГ ошган бўлади ♦ Иккиламчи ёки учламчи (марказий) гипотиреозда ТТГнинг меъёр даражаси ёки камайиши (баъзан – озроқ кўпайиши) ҳамда эркин Т4нинг камайиши кузатилади.
- Антитиреоидга қарши АТларнинг (масалан, тиреоглобулинга ёки тиреопероксидазага қарши) миқдорини ўлчаш гипотиреознинг сабабини аниқлаш ҳамда унинг субклиник шаклдан манифест шаклига ўтиши ҳақида башорат қилиш имконини беради.
- ♦ Антитиреоид АТ миқдорининг ошиши бирламчи гипотиреознинг сабабчиси аутоиммун тиреоидит эканлигини кўрсатади ♦ Гипотиреознинг субклиник вариантыда антитиреоидга қарши АТларнинг мавжудлиги унинг манифест шаклига ўтишининг ишончли белгисидир.

Дифференциал диагноз ўтказиш қуйидаги жадвалда келтирилган.

Касаллик	Характеристикаси	Изоҳлар
Аутоиммун тиреоидит	ТТГ ↑, АТ-ТПО мусбат	Гипотиреоз секинлик билан ривожланиб боради
Тиреоидэктомия	ТТГ↑, анамнезида ҚБда операция	Бўйинда чандиқ борлиги
Радиоактив йод билан даво	ТТГ↑, анамнезида ¹³¹ I билан даво	Анамнезида-тиреотоксикоз
Анамнезда бўйин соҳа-сига нур билан даво	ТТГ↑, анамнезида нур билан даволаш	Нур билан даволашга сабаб бўлган касаллик
Йод танқислиги	ТТГ↑, сийдикда йод экскрециясининг камайиши	Оғир йод етишмовчилиги бўлган ҳудудда яшаш
Туғруқдан кейинги тиреоидит	ТТГ↑, АТ-ТПО мусбат	Яқинда бўлган (1,5 йил ичида) туғруқ ва ҳомиладорлик
«Оғриқсиз» тиреоидит	ТТГ↑, АТ-ТПО мусбат	Яқинда бўлган тирео-токсикоз белгилари
Нимўткир тиреоидит	ТТГ↑, ҚБда оғриқлилиқ, ЭЧТ тезлашган	Яқинда тиреотоксикоз бўлган

Ятроген гипотиреоз	ТТГ↑, амиодарон, ли-тий, интерферон, йод ёки тиреостатикларни кўллаш	Йўлдош касалликлар бўйича анамнез
Гипоталамус/гипофиз-даги ўсмалар	ТТГ↓ ёки меъёрда (баъзан озроқ↑, эркТ4↓, КТ/МРТда ўсманинг кўриниши	Бош оғриғи, кўрув майдонининг торайи-ши, офтальмоплегия
Гипоталамус/гипофиз-да операция ўтказилганлиги	ТТГ↓ ёки меъёрда, эркТ4↓	Анамнезида операция ўтказилганлиги
Гипоталамус/гипофиз соҳасида нур билан даволаш ўтказилганлиги	ТТГ↓ ёки меъёрда, эркТ4↓	Анамнезида нур билан даволанганлиги
Гипоталамус/гипофиз соҳасида инфилтратив ўзгаришлар/инфекция-лар	ТТГ↓ ёки меъёрда, эркТ4↓, КТ/МРТда патологик жараённинг кўриниши	Бош оғриғи, кўрув майдонининг торайи-ши, офтальмоплегия

Эслатма. ТПО-тиреопероксидаза, эркТ4- эркин Т4.

Эндокринолог консультациясига кўрсатмалар:

- Бемор қони зардобиди ТТГ ва/ёки эркин Т4 миқдори ўзгарганлигининг аён бўлиши.
- Беморда иккиламчи гипотиреоз борлиги гумон қилиниши.

ДАВОЛАШ

Даволашнинг мақсади - бемор организмида эутиреоид ҳолатга эришиш ва уни умр бўйи таъминлаш.

Шифохонага ётқизишга кўрсатмалар:

- Касаллик оғир кечган ҳолларда гипотиреозга чалинган беморларни шифохонага ётқизиш керак бўлади.
- Микседематоз комага гумон шифохонага ётқизиш учун асосий кўрсатма ҳисобланади. У одатда кекса, тиреоид гормонлар билан даволанмаётган ёки номонанд даволанаётган беморларда ривожланади. Микседематоз комали беморлар интенсив даволаш бўлимларига ётқизилдилар.

Гипотиреоз **дори-дармонсиз усулда** даволанмайди.

Дорилар билан даволаш.

- L-T4 (натрий левотироксин) гипотиреозни даволашда асосий ўрин босувчи восита ҳисобланади.
- T4нинг миқдори бирламчи гипотиреозда ТТГ даражасига қараб, гипотиреознинг марказий шаклларида эса йодтутувчи гормонлар эркин фракцияларининг даражаларига қараб индивидуал танланади.
- Айрим ҳолларда L-T4 ва T3 препаратлари биргаликда қўлланилади. Ушбу усулнинг фақат L-T4 препаратни қўллаш усулидан афзаллиги ҳозирги кунда тасдиқланмаган. Мавжуд бўлган ва рўйхатдан утказилган кўшма дори воситалари (натрий левотироксин + лиотиронин) таркибида физиологик бўлмаган миқдорда лиотиронин (T3) бор. Шунингдек T4:T3 нисбати ҳам 4:1 ва бу ҳолат ҳам нофизиологикдир; ваҳоланки меъёр ҚБда T4ни T3га нисбати 10:1 – 14:1 ташкил этади. Бундай дори воситаларидаги T3 тизимдаги қон оқимиға тез кириб боради ва қабул қилингандан кейин дастлабки соатлардаёқ қонда T3нинг субфизиологик концентрацияларини келтириб чиқаради. Бу нарса эса айниқса ЮИКга чалинган беморларда юрак-қон томир тизимида асоратларни келтириб чиқариши мумкин.
- Гипотиреознинг аниқ шаклида L-T4 нинг миқдори беморнинг ёши ва танасининг оғирлигига, шунингдек йўлдош хасталикларнинг бор ёки йўқлигига қараб белгиланади ♦ Ёши 60 дан кичик беморлар учун L-T4 нинг кунлик миқдори – тана вазнининг ҳар 1 килограммига 1,6-1,8 мкг ♦ 60 ёшдан катта беморлар учун эса ўртача доза 0,9мкг/кг ни ташкил этади. Бундай беморларни даволаш дастлабки босқичда бошланғич (кунига 25 мкг) дозалардан бошланиб 8 ҳафта мобайнида керакли миқдоргача аста-секин кўтарилиб борилади. ♦ Юрак-қон томир тизимида йўлдош касалликлари бўлган беморларда L-T4нинг бошланғич дозаси кунда 12,5мкг бўлиб кейинги ҳар 6 ҳафта давомида керакли миқдорга етмагунча 12,5-25 мкг га ошириб борилади.
- Гипотиреознинг субклиник тури кўпинча L-T4 билан ўрнини босувчи терапия ўтказишни талаб қилади. Ушбу турда ўрин босувчи терапия ўтказиш учун асосий кўрсатмалар қуйидагилардир ♦ ТТГнинг даражаси > 10мкЕд/л
♦ гипотиреоз белгилари ♦ липопропротеинларнинг атероген фракциялари ва/ёки холестерин даражасининг ошиши, антитиреоид АТ титрининг кўпайиши;
- Бирламчи гипотиреознинг ўрнини босувчи давоси ТТГ миқдорига қараб белгиланади. L-T4ни индивидуал дозасини танлаётган пайтда ТТГнинг назорати ҳар 4-6 ҳафтада, кейинчалик эса камида ҳар 6 ойда бир марта.
- Марказий гипотиреозни ўрнини босувчи даво қонда T4 миқдорига қараб белгиланади.
- Тиреоид гормон препаратларни эрталаб оч қоринга овқатдан камида 30 минут олдин қабул қилиш керак. Мабодо L-T4ни 150 мкг дан кўпроқ дозада қабул қилиш зарурати бўлса, препарат кунлик миқдори иккига бўлиб берилади (эрталаб, кечқурун).
- Тиреоид гормонлар қабул қилгандан сўнг 4 соат мобайнида антацидлар, темир ва кальций препаратларини ичмаслик лозим.
- Тиреоид гормонларга эҳтиёж ҳомиладорлик даврида, эстрогенлар, антикоагулянтлар, антиконвульсантлар, антацидлар, темир ва кальций препаратлари олаётган беморларда ҳамда иситмалаганда юқори бўлади.

Гипотериоз **хирургик усулда** даволанмайди.

Бирламчи гипотериознинг давосида беморларни ўргатиш муҳим аҳамиятга эга. Беморга ўрин босувчи даво кераклиги, унинг қанча давом этиши, ва у касалликнинг транзитор шаклидан бошқаларида умрбод бўлишини, ҳамда ҚБ функциясини кузатиб туриш режимини тушунтириш керак.

Агар шифокорда гипотиреозни ўрин босувчи давосини ўтказиш бўйича етарли тажриба бўлмаса **мутахассис маслаҳати** керак бўлади.

Беморни кейинги кузатиш.

- Гипотиреознинг монанд давоси клиник, субъектив ҳамда лаборатор кўрсаткичларининг яхшиланиши билан кечиши керак.
- Бемор шифокор олдида ҳар сафар келишида касаллик белгиларини кузатиш лозим (*Диагностика* бўлимидаги *гипотиреоз белгиларига* қаранг).
- Бирламчи гипотериозни даволашда ТТГнинг оптимал даражаси 0,5-2мЕд/л ни ташкил этади, чунки соғ одамларнинг кўпчилиги шу ораликдаги ТТГ даражасига эга.
- Ҳатто эркин Т4 нинг кўрсаткичлари меъёр бўлганда ҳам (субклиник тиреотоксикоз) ТТГ супрессиясига йўл қўймаслик керак. Субклиник тиреотоксикоз беморларда остеопороз, бўлмачалар аритмияси, миокард фаолиятининг бузилиши каби ўзгаришлар ривожланишини келтириб чиқарувчи хавфли омилдир.

ПРОГНОЗ

Ҳаёт учун касалликнинг прогнози яхши. Левотироксин натрий билан даволашнинг дастлабки самараси белгилари 7-10 кун ичида намоён бўлади. Компенсацияланган гипотиреозда бемор меҳнат қилиш қобилиятини сақлаб қолади. Гипотиреозид кома ҳолатида касалликнинг оқибати жиддий бўлади.

ПАРКИНСОН КАСАЛЛИГИ

Паркинсон касаллиги (титроқ фалажи) – марказий асаб тизимининг идиопатик суст ривожланувчи дегенератив хасталиги. Бу касаллик ҳаракатларнинг сусткашлиги, мушакларнинг қаттиқ таранглашуви, тинч даврдаги тремор ва рефлексларнинг бузилиши билан таърифланади. Касалликнинг асосида – пигментланган дофаминергик нейронлар қорамтир субстанцияси қаттиқ қисми фаолиятининг ишдан чиқиши, шунингдек бош мия ўзагидаги бошқа дофамин сақловчи ядролар фаолиятининг бузилиши ётади. Касаллик бошланадиган ўртача ёш – 57 ни ташкил этади. 5 – 24 % беморларда – оилавий асоратланган анамнез асосий рол ўйнади. **Учраши.** 65 ёшдан ошган аҳолининг 1 %.

ГЕНЕТИК КЛАССИФИКАЦИЯСИ

- Леви таначалари бўлган Паркинсон касаллиги эрта бошланиш (ўртача 47 ёшда) билан таърифланади, шунингдек тез ривожланиб (ўлим ўртача 56 ёшда), тремор йўқлиги билан характерланади.
- Ювенил паркинсонизм 40 ёшгача қайд қилинади. Классик аломатлари: брадикинезия, мушаклар таранглашуви, калтираш. Деменция бўлмайди.

Патоморфологияси: нейронлар дегенерацияси ва қорамтир модда қаттиқ қисмида ва зангорисимон жойида демиелинизация бўлади, Леви таначалари бўлмайди. Касалликнинг бу тури кўпроқ яқин қариндошлар билан турмуш қуриш оқибатида туғилганларда учрайди.

- 1 Паркинсон типидagi оилавий касаллик α – синуклеин гени мутацияси сабабли юзага келади, бу пресинаптик оқни кодлаб қолади; ёшларда эрта (46 ± 13 ёш) ва геннинг юқори таъсирчанлиги билан характерланади.
- Перри касаллиги – альвеоляр гиповентиляция, депрессив ҳолат (антидепрессантлар эффект бермайди) билан кечадиган паркинсонизм, шунингдек қонда таурин микдорининг камайиши кузатилади.
- Хант ювенил паркинсонизми болалар ва ўсмирларда учрайди, бунда классик паркинсонизм белгилари секин кечади. Патоморфологияси: ёсимқсимон ядро дегенерацияси ва ҳалокати.
- Касаллик ривожланишига мойиллик (масалан, локус 2p13).

Патогенези. Бош мия дофаминергик нейронлари қорамтир моддасида, зангорисимон жойида ва бошқа дофаминсақловчи соҳаларда нерв тўқималарининг ўлиши (касаликнинг асосий клиник белгилари 80 % ва бундан кўп нейронлар қорамтир субстанциясида юзага келади). Думсимон ядро ва пўчоғида дофамин микдори камаяди.

Патоморфологияси. Макроскопик – қорамтир модда ва зангорисимон жойида пигментация йўқолади. Микроскопик – айрим пигментлашган нейронлар; хужайра ташқарисида озроқ меланин йиғилиши, бу нейронларнинг ўлиши оқибатида юзага келади; айрим нейронлар атрофияга учраган ва депигментлашган; нейронларнинг сақланиб қолган қисми сферик эозинофилли цитоплазматик киритмалар – Леви таначаларини сақлайди.

КЛИНИК МАНЗАРАСИ

- Асосий белгилари ✦ Тинч ҳолатда ҳам 50 – 80 % беморларда тремор. Паркинсон касалигида қалтираш (тремор) – II, III ва бу бармоқларга қарши қўйилган қўл панжаси I бармоғидаги ритмик титраш кузатилади, бу типик ҳолларда «пул санаш» ни эслатадиган ҳолат бўлади; касаллик бошланишида бир томонлама (гемитремор): статик тремор – тинч ҳолатда жуда кучли, ҳаракатланганда камайиши ёки бутунлай йўқолиши кузатилади; уйқуда қалтираш бўлмайди, эмоционал зўриқиш ва чарчашда қалтираш кучаяди. Қалтираш кўпроқ қўл панжаси, камроқ оёқларда, титраш жағда, тилда ва қовоқларда кузатилади ✦ Ҳаракатлар (прогрессив) секинлашади (брадикинезия). Ҳаракат ҳажми ва тезлиги чегараланиб боради (гипокинезия), ҳаракат актида қийинчилик (акинезия). Паркинсон касалигида ҳаракатнинг издан чиқишида ниқобсимон юз қиёфаси пайдо бўлади (амимия), бунда оғиз очик, қад – қомат ҳам мажбуран эгилган (тиламчи ҳолати), юраётганда қўл ҳаракатидаги ҳамжиҳатлик йўқолиши (ахейрокинез) ✦ Рефлексларнинг бузилиши – сал туртиб юборилса, йиғиб олиш қийин даражасида ҳаракатнинг олдинга ёки орқага қараб юришнинг тезлашиб кетиш ҳолати ✦ Мушакларнинг таранглашуви, мушаклар тонуси – кўрғошин қувири сингари ўзгарган бўлади; тишли ғилдирак феномени кузатилади.

• Қўшилиб келадиган белгилар ✦ Нутқ секинлашган тушунарсиз, ўзига жалб қила олмайдиган, секин сўзлашиш, сўзлар бўғим – бўғимларга ажратилган (паркинсон дизартрияси). Интонацияси йўқолган (монотон нутқ) ✦ Кўриш фаолиятининг издан чиқиши: киприклар ёпилиш ҳаракати сонининг камайиши (фон Штелльва белгии), блефароспазм (кўзнинг айланма мушаклари ва қовоқлар қисқариши), кўз нигоҳи титраши (кўзнинг назоратсиз тарзда юқорига узоқ вақт бурилиши). Кўғирчоқ кузи аломати (Аронович белгии), бунда бош олдинга энгаштирилса, кўз соққаси юқорига ҳаракатланади, бош орқага эгилса, кўз соққаси пастга йўналади ✦ Себорея (гиперстеатоз) – ёғ безлари фаолиятининг кучайиши, бу теридан ёғнинг кўп ажралишига олиб келади (ёгланган юз белгии) ✦ Вегетатив бузилишлар: қабзият, ортостатик гипотензия, пешоб ва нажасни тутолмаслик, жинсий фаолиятнинг бузилиши ✦ 50 % беморларда деменция ривожланади, кўпинча касаллик бошланганда, икки томонлама зарарланади.

Текшириш усуллари. • КТ/МРТ • Позитрон эмиссион томография.

ДАВОЛАШ

Даволаш тактикаси • Уни тартиб билан олиб бориш беморнинг бутун умри давомида амалга оширилади • Оқ истеъмолини камайтириш леводопанинг сўрилишини кучайтириши мумкин • Бемор ҳолатининг тез ёмонлашуви кундалик тартибга риоя қилмаганликдан далолат беради, шунингдек депрессия ёки қўшилиб келадиган касалликлар ҳам сабаб бўлади • Беморларда ҳаракат фаолияти активлигини узоқ вақт давомида сақлашга интилиш керак • Ҳаракат бузилиши кучайиб боришининг олдини олиш учун ҳар бир беморга ўзига хос жисмоний машқлар дастурини белгилаш яхши натижа беради.

ДОРИЛАР БИЛАН ДАВОЛАШ

• Таркибида леводопа бўлган препаратлар ✦ Леводопа+карбидопа 1 таб. (25/250 мг) дан 1 – 2 маҳал овқатдан сўнг (дори яхши ўзлаштирилса, ҳар 4 – 7 кунда 1 таблеткадан қўшиб борилади, бу бир текис терапевтик таъсир олгунча давом эттирилади, аммо кунлик миқдори 8 таблеткадан ошиб кетмаслиги керак) ✦ Ножўя таъсири: кўнгил айниши, қусиш, психоз, оғиз, юз ва таянч – ҳаракат аъзолари дискинезиялари, дистония ✦ Леводопа таркибли препаратларни 2 – 5 йил давомида қабул қилингандан сўнг беморларда ёниш– ўчиш феномени (phenomen on – off) юза келади: акинезия назорат қилиб бўлмайдиган гиперактив ҳолат билан алмашилади. Бу ножўя таъсирни камайтириш учун кам дозадаги леводопа препаратини ҳар 1 – 2 соатда тез – тез қабул қилишга ўтиш тавсия этилади. Қўшимча равишда дофамин агонистлари тайинлаш тақиқланади ✦ Пиридоксинни леводопа препаратларини олаётган шахсларга бериб бўлмайди.

• Дофамин рецепторлари агонистлари ✦ Бромокриптин 50 – 60 мг/сут леводопа препаратларининг кичик дозаси билан бирга эрта ва кечки босқичларида қўлланилади ✦ Ножўя таъсири: кўнгил айниши, руҳий ўзгаришлар, ортостатик гипотензия, бош оғриғи. Алкогол препаратни кўтара олишни ёмонлаштиради.

• М – холиноблокаторлар – қалтирашни тўхтатиш учун жуда самарали препарат ҳисобланади. Даволашни препаратнинг кичик дозаларидан бошлаб, сўнг аста – секин кўпайтирилади ✦ Бипериден 1 – 2 мгдан кунига 3 маҳал ✦

Тригексифенидил 1 – 5 мг.дан кунига 3 маҳал ✦ Дифенилтропин 10 – 12,5 мг.дан кунига 1 – 2 маҳал ✦ Ножўя таъсири: оғиз қуриши, диурез камайиши, қабзият, кўришнинг бузилиши, алахсираш, делирий, ҳарорат регуляциясининг бузилиши. Бу препаратларни глаукома, сийдик тутилиши, бўлмачалар фибрилляциясида қўллаш мумкин эмас. Эссенциал артериал гипертензия, атеросклерознинг яққол ривожланган босқичларида, юрак, жигар, буйрак касалликларида бу препаратларни тайинлашда эҳтиёт бўлиш тавсия этилади.

- Касалликнинг эрта, енгил ва кечки босқичларида леводопанинг таъсирини кучайтириш учун амантадин 100 – 300 мг/сут тавсия этилади. Биргина амантадин билан бир неча ой даволанилса, унга организмнинг толерантлиги ривожланади. Ножўя таъсири: оёқларда шиш пайдо бўлади, тери мармарсимон тусга киради, алахсираш кузатилади.

- Селегилин 5 – 10 мг/сут дан, леводопа+карбидопа ёки леводопа+ бенсеразид билан бирга қўшиш тавсия этилади.

- Антигистамин препаратлари антихолинергик активлиги бўлган препаратлар дифенгидрамин 25 – 100 мг/ сут, бу қалтирашда ёки кучсиз седатив препарат сифатида тавсия этилади.

- ТАД (масалан, амитриптилин 25 – 50 мг.уйкудан олдин), леводопа препаратлари билан бирга депрессияда, ҳавотирликда, уйқусизликда берилади.

- Пропранолол 10 – 40 мг.дан 2 – 4 маҳал кунига, баъзан жисмоний активликдаги қалтираш кучайганда яхши таъсир этади.

Хирургик операцияси билан даволаш • Вентролатерал стереотаксик таламотомия чуқур бир томанлама қалтирашда ва дори воситаларидан наф бўлмаганда қўлланилади • Паллидотомия операцияси яққол гипокинезия ва қалтирашда • Паркинсонизмда хужайралар трансплантацияси ёрдамида даволаш усули • Миянинг базал ганглийлари орқали дофамин ишлаб чиқарувчи хужайралар трансплантацияси усули мавжуд, лекин бу усул хозирча фақат тажриба қилинмоқда.

Касалликнинг кечиши ва прогнози. Касаллик секин бетўхтов ривожланиш билан ифодаланади ва оқибатда ўлим билан тугайди. 50 % беморларнинг 5 йил даволангандан сўнг аҳволининг яхши бўлиб кетишига ишонч йўқ. Айрим беморларда яна акинезия пайдо бўлади.

ХКК – 10 • G20 Паркинсон касаллиги.

Илова. Хореоатетоз • Оилавий пароксизмал: пароксизмал дистоник хореоатетоз, баъзан миокимия, бу алкоғол, кофе ичилганда, оч қолганда, чарчаганда ва тамаки чекишда кучайиши мумкин • Спастик эпизодик: пароксизмал хореоатетоз, атаксия эпизодлари, пай рефлексларининг кучайиши, пирамида симптоматикаси, беихтиёр ҳаракатлар, таянч аъзоларининг дистоник ҳолати, беқарорлик, дизартрия, оёқлардаги парестезия бош оғриғи, диплопия кузатилади. Бошланиши 2 дан 15 ёшгача, жисмоний зўриқишда симптоматиканинг кучайиши, эмоционал таранглик, уйқу камлиги, алкоғол истеъмол қилиш.

АЛКОГОЛИЗМ

Алкоголизм – спиртли ичимликларни мунтазам равишда суиистеъмол қилиш оқибатидаги касаллик бўлиб, социологик, психологик ва физиологик мослашишнинг рўй – рост бузилиши билан ўтади. Касаллик аста – секинлик билан психологик (енгиб бўлмас ҳирс), жисмоний (қабул қилиш тўхтагач, абстинент синдромининг келиб чиқиши) интеллект ва руҳиятнинг бузилиши оқибатида шахснинг яшаш фаолияти бузилишига олиб келади. Спиртли ичимликларни суиистеъмол қилиш натижасида ҳамда этанолнинг организмни заҳарлаши оқибатида руҳий ва жисмоний қарамлик ҳолатига тушиш, руҳиятда бузилишлар бошланиши, абстинент синдром ва кўп сонли социологик муаммолар билан кечадиган касалликдир.

Учраши. Кўп миқдорда алкоголь истеъмол қиладиган эркаклар 18 %, аёллар 5 % ни ташкил этиб, уларнинг бешдан бир қисми алкоголизм туфайли нарколог ҳисобида туришади.

Ёшга боғлиқлиги • Болалар ва вояга етмаганларнинг алкоголизмга боғлиқлиги туфайли алкоголь уларнинг ақлий ва жисмоний ривожланишига салбий таъсир кўрсатади. Асосий клиник белгилари: руҳий тушкунлик, шахсиятнинг тубанлашиш синдроми, психопатик хулқ – атворнинг кескин бузилиши, руҳий қиёфасининг ўзгариши, ўзига суиқасд қилиш фикрларининг пайдо бўлиши, хотиранинг пасайиши, эпилепсия хуружи ва ҳаракат қўзғалишлари, руҳий таранглик, жаҳлдорлик, тушкунликка тушиш • Катта ёшдагилар алкоголь таъсирига сезгирроқдирлар. Кўпинча алкоголизм диагностика қилинмайди; белгилари жуда хилма – хил ва уларни сурункали касалликлар ёки деменция қаторига киритиш мумкин.

Жинсга боғлиқлиги. Эркаклар 5 марта кўпроқ, аёллар ёлғиз ичишга мойил бўлиб, алкоголизм уларда тезроқ ривожланади.

Хавф омиллари • Алкогол ичимлигини истеъмол қилиш • Турли хил психотроп моддаларнинг таъсири, шу жумладан никотин • Оила анамнезида алкоголизм (спиртли ичимлик ичувчининг фарзандларида алкоголизм ривожланиш хавфи – 50 %) • Эркак жинсига мансублиги, навқирон ёшда оиласининг йўқлиги • Алкогол ичимлигини 5 ва бундан кўп дозада мунтазам равишда (60 мл соф этил спирти) истеъмол қилиши, ҳафта мобайнида лоақал 1 марта маст ҳолатда бўлиши • Оила ва теварак – атрофдаги муҳит алкоголь ичимлигини мунтазам истеъмол қилишга мойилликни вужудга келтиради • Спиртли ичимликларни суиистеъмол қилишни меъёр ҳолат деб қабул қилиш ва алкоголь ичимлигига юқори сезгирлик • Жамиятда ўз ўрнини йўқотиш (иқтисодий, ғоявий, маънавий) ҳолатига олиб келади.

Патоморфологияси • Жигар: яллиғланиш ёки ёғ инфильтрацияси (алкогол гепатити), перипортал фиброз (алкоголдан жигар циррози 20 % беморларда ривожланади) • Ошқозон шиллиқ пардаси: яллиғланиши, ярага айланиши • Ошқозон ости беши: яллиғланиши, колликвацион некроз • Ингичка ичак: киприкчалар атрофияси, фермент етишмовчилиги • Юрак: оралик фиброз, мушакларнинг атрофияси (дилатацион кардиомиопатиянинг аниқ белгилари) • Қон ва иммун системаси: лимфоцитар ўсишининг сусайиши • Эндокрин системаси: қон зардобиди кортизон миқдорининг ошиши, мойлар атрофияси, аёлларда жинсий

гормонлар миқдорининг пасайиши • Бош мия: мия қобиғи атрофияси, қоринчаларнинг катталашуви.

ЭТАНОЛ МЕТАБОЛИЗМИ

- Ичимлик ичилгандан сўнг этанол ошқозон ва ингичка ичакда тезда сўрилиб, қонга ўтади ва у ерда ҳаракатланиб, барча хужайралар ичига кириб боради. Этанолнинг 5 – 10 % сийдик, йўғон ичак, тери, нафас чиқариш йўли орқали организмдан чиқиб кетади. Унинг 90 % сув ва CO_2 га ажралади, тезлиги соатига 5 – 10 мл (соф этил спиртига ҳисоб қилганда).
- Этанол асосан жигарда ацетальдегид ҳолига келгунча бижғийди (алкогол дегидрогеназаси катализатор бўлади). Алкогол дегидрогеназаси ацетальдегидни сув ва CO_2 га оксидланиб катализлайди. Этанол деградацияси учун катализа маълум аҳамиятга эга. Ацетальдегид ички муҳитда айланиб юриб, хужайра мембранаси орқали осон ўтувчан ва ўта заҳарли ҳисобланади. Алкоголнинг зарар эканлиги хусусида гапирилганда аввало ацетальдегид ва этанолнинг ўта хавфлилиги эътиборга олинади.
- Марказий нерв системаси функциясининг бузилиши қондаги этанолнинг миқдорини белгилайди ✦ 50 мг.% – тинчлантирувчи восита ✦ 50 – 150 мг.% ҳаракат координациясининг бузилиши (100 мг.% ва бундан кам миқдори Европа ва Америка мамлакатларида автомобиль ҳайдашга рухсат берилган, гарчи бу миқдор токсик эффектга эга бўлса ҳам. Бошқа қатор мамлакатларда алкоголь қонда қанча миқдорда бўлишидан қатъи назар, автомобиль ҳайдаш қатъиян ман этилган) ✦ 150 – 200 мг.% – оғир интоксикация, кўзғалиш ✦ 300 – 400 мг.% – эс – хушини йўқотиш ✦ 400 мг.% дан кўп бўлса, ўлимга сабаб бўладиган концентрация деб баҳоланади.
- Алкогол дегидрогеназаси (АлДГ, КФ 1.1.1.1) ✦ АлДГ1 (103700, α – суббирлик АлДГ) ҳомила жигарида актив, катта ёшдагиларнинг жигарида камҳаракат ✦ АлДГ2 (103720, β – суббирлик АлДГ) ўпка, жигар, ҳомиланинг ва катта ёшдагиларнинг жигарида ишлаб чиқарилади. АлДГ нинг кўпгина миқдори жигарда АлДГ2 ✦ АлДГ3 аниқланади (103730, γ – суббирлик АлДГ, 2 аллел) ҳомиланинг буйрагида, ичакларида ва кичик ёшдаги болаларда актив ✦ АлДГ4 (103740, π – суббирлик АлДГ) катта ёшдагиларнинг жигарида этанолнинг юқори миқдори катта одам жигарида АлДГ нинг 40 % дан кам эмаслигини белгилайди ✦ АлДГ5 (103710 χ – суббирлик АлДГ) кўпгина аъзоларда топилган, АлДГ нинг бирдан – бир мия шакли бўлиб, узун занжирли спиртларни парчалайди ✦ АлДГ6 (103735) ошқозон ва жигарда топилган, аммо субстрат спецификлиги аниқ эмас ✦ АлДГ7 (600086) ошқозон ва бошқа аъзоларда топилган, бироқ жигарда йўқ.
- Ацетальдегид дегидрогеназа (АцДГ, КФ 1.2.1.3) ✦ Цитозол шакли (100640, 9q21, АцДГ₁) дисульфирамнинг ингибирловчи эффектига ниҳоятда сезувчан. Унинг фаоллиги ичкиликбозларда пасайган. Пасайган генетик нуқсон ёки ингибирланган активлиги бир қадах спиртли ичимлик ичилгандан сўнг ацетальдегид миқдори ортиб боради (ўртача қийматлари 37,3 мкмоль/л га қарши 2,1 мкмоль/л алкоголь ичимлигини ичмайдиганларда), бу кўпинча вегетатив томир реакцияси – вазодилатация билан ўтади (юз териси тез қизариб кетади).

- Митохондриял шакли (100650, 12q24.2, АцДГ2) дисульфидрамга сезгир эмас.

КЛИНИК МАНЗАРАСИ

- **Умумий белгилари** ✦ Беморлар ўз ёшларига кўра қарироқ кўринадилар, сочлари рангсизланади ✦ Юз шишинқираган, оч қизил рангда, кейинчалик юз қизариб кетади. Ичкилик тўхтатилганда юзнинг қизариши аста – секин йўқолади, юзнинг рангпар кўринишида бурун қанотларида, юзнинг чакка, кўкракнинг юқори қисмларида телеангиэктазни кузатиш мумкин ✦ Тери тургори пасайган ✦ Мушаклар тонуси спиртли ичимлик ичилганда тикланади.

- **Хулқнинг ўзгариши** ✦ Психологик ва ижтимоий ҳолатга мослашувнинг бузилиши ✦ Ирода сустлиги, пала – партиш кийиниш, ифлослик ✦ Оилавий можаролар (ажралиш, эр – хотиннинг алоҳида ҳаёт кечириши) ✦ Кўрқув, депрессия, уйқусизлик ✦ Ижтимоий муҳитдан руҳан ажралиб қолиш, тез – тез жойини алмаштириш ✦ Ичкилик ичиш оқибатида ҳуқуқбузарлик ҳолатларининг учраши ✦ Ичкилик ичилгандан сўнг ҳақорат қиладиган, психологик ва физиологик келишмовчиликлар ✦ Алкоголга боғлиқ бўлмаган шароитларга қизиқмаслик ✦ Ишдаги муаммолар (нофаоллик, ишга бормаслик, меҳнат фаолиятининг пасайиб кетиши, ҳамкасблар ўртасидаги ихтилофлар, иш жойини тез – тез ўзгартириш) ✦ Мастлик ҳолатида ретроград амнезия.

- **Ички аъзоларнинг зарарланиши** ✦ Ошқозон – ичак системаси бузилиши ✦ кўнгил айнаши, қайт қилиш, қоринда оғриқ пайдо бўлиши, сурункали жигар яллиғланиши (ёғ инфильтрацияси ва жигар циррози), ошқозон ва ўн икки бармоқ ичакнинг пептик яраси, панкреатит белгилари ✦ Ичкиликбозликка муккасидан кетиш оқибатида ингичка ичакда витаминлар ва аминокислоталар сўрилишининг бузилиши ✦ Юрак қон – томирлар системаси: ўртача артериал гипертензия, аритмия ёки тахикардия, қоринчалар усти алкоголь кардиомиопатия белгилари ✦ Нафас олиш системаси: аспирацион пневмония белгилари, бронхит, кўп тамаки чекиш билан боғлиқ ҳолат ✦ Жинсий ожизлик, мойклар атрофияси ✦ Эндокрин системаси: гиперхолестеринемия, гипертриглицеридемия, кушингсимон тана тузилиши. Гинекомастия; гипогликемия, мастлик ҳолатида ҳушини йўқотиш ўлимга олиб келади ✦ Тери: тозалikka риоя қилмаслик, шикастланиши, тирналиши, қуйиши, момоталоқлар ✦ Таянч – ҳаракат системаси: суяк қадоқлари ва турли битиш босқичларидаги синишлар, миопатия ✦ Нерв системаси: таниш қобилятларининг бузилиши (масалан, сўнгги ҳодисаларни хотирада сақлаб қололмаслик), периферик нерв системасининг невропатияси, Вернике – Корсаков синдроми ✦ Кўриш аъзоси: алкоголь амаврозмнинг тез кучайиши, кўришнинг тўла ожизликкача сусайиб бориши, бунда қорачиқлар кенглиги ёритилишга мос келади. Қорачиқ рефлекси тўлиқ сақланган; мустақил йўқолади ✦ Бош ва бўйин аъзолари: юз қизариши, қулоқ ости сўлак безларининг гипертрофияси, оғиз бўшлиғини гигиеник талабларига жавоб бермаслиги.

БЕЛГИЛАРИ

- Ўзгарган реактивлик синдроми. Спиртли ичимликларни чидамлигининг бузилиши (алкогол кўп ичилганда) ҳимоя реакциясининг йўқолиши, хатти – ҳаракатнинг бузилиши. Мастлик ҳолатида хотиранинг йўқолиб қолиши. Алкоголизмнинг бошланғич босқичларида ичкиликка ружу қилиш ошиб боради (алкоголга телерантлик синдроми). Кейинчалик кўтара олиши камаяди.
- Руҳий қарамлик синдроми – маст бўлишга тинимсиз интилиш. Ҳушёрлик ҳолатида руҳий дискомфорт (руҳий фаолият бузилишида ақлий меҳнатга лаёқат йўқолади). Мастлик ҳолатида руҳий функциялар яхшиланиши.
- Жисмоний қарамлик синдроми – маст бўлишга жисмоний эҳтиёж (ўзини тута билмаслик), спиртли ичимлик миқдори устидан ўзини назорат қила олмаслик, абстинент ҳолат, мастлик ҳолатида жисмоний функцияларнинг яхшиланиши.
- Сурункали интоксикация оқибатлари синдроми ✦ Руҳий тубанлашиш оқибатлари: астения, психиканинг заифлашиши, шахснинг айниши, кайфияти тез бузилиб, агрессив хулқ – атвор, ўз жонига қасд қилиш, ўткир психозлар (онгнинг хиралашуви натижасида галлюцинация таъсирида ваҳимага тушиш, ташқи тазйиқлар йўқлигига қарамай васвасага тушиш ва сурункали кўзғалиш васвасаси, Корсаков психози); оғирлашган ҳолларда алкогольдан ақлсизлик рўй бериши ✦ Неврологик оқибатлар: ўткир мия синдромлари, эпилептиформ, Гайе – Вернике, мияча синдроми, стриопаллидар етишмовчилик; периферик невритлар, кўрув, эшитув нервлари атрофияси.
- Патологик мастлик кам учрайдиган ҳолат, кам миқдорда спиртли ичимлик ичилса ҳам хулқ – атворда тўсатдан ўзгаришлар кузатилади ✦ Онг хиралашуви, дезориентация; васваса ва кўриш галлюцинацияси, психомотор кўзғалиш, агрессивлик, руҳий тушкунлик ва ўз жонига қасд қилиш ✦ Патологик мастлик ҳолати бир неча соатдан бошланиб, узоқ давом этадиган уйқу ҳамда хотиранинг йўқолиши билан тугалланади.
- Абстинент синдроми алкоголь истеъмол қилингандан сўнг 12 – 24 соат ўтгач бошланади ✦ Бошланғич босқичларида – симпатико – тоник кўзғалиш; тана юқори қисмининг қизариши, юзнинг шишинқираши, терлаш, панжа ва бармоқларнинг титраши, кўнгил айниши, қайт қилиш, ичнинг суюқ кетиши, сийдик ажралишининг тутилиши, иштаҳанинг йўқолиши уйқусизлик, бош айланиши ва оғриши, кўз қорачиғининг кенгайиши (мидриаз), юрак ва қорин соҳасида оғриқ пайдо бўлиши. Кўпинча эпилептиформ тутканоқлар пайдо бўлади ✦ Сўнгги босқичларда – вегетатив бузилишлар: ланжлик, томир тонусининг тушиб кетиши, цианоз, совук терлаш, юз киёфасининг ўткирлашиши, мушаклар гипотонияси, атаксик бузилишлар (мустақил ҳаракат қила олмасликкача).
- Алкогол делирийси (оқ алаҳлаш).
- Алкогол галлюцинози – (эшитиш ёки кўриш галлюцинацияси) – органик галлюциноз ранг – баранг ва барқарор галлюцинациялар билан бошланади. Сурункали мастлик ҳолатидан 48 соатдан сўнг бошланади. Бунда бемор васвасага тушиб, эшитув галлюцинацияси доимий, товушлар билан баҳслашади, уришади, кейинчалик бу товушларга мослашиб қолади. Руҳий бузилиш ҳар қандай ёшда (эркакларда 4 марта кўпроқ) ривожланади. Узоқ муддат давомида ичиш оқибатида

алкоголга қарамлик ҳисси пайдо бўлади. Галлюцинация ҳолати ҳафталаб давом этади ёки бошқа ҳолларда доимий бўлиши мумкин.

- Алкоголли амнестик синдром (Корсаков синдроми) – бунда хотира қобиляти йўқолади, бемор вақтни аниқлай олмайди ва уйдирма жавоблар қўллашга ўтади. Бундай ҳолат бемор узоқ муддат давомида ўта маст ҳолатида бўлиши туфайли ривожланади. Соматик ёки руҳий бузилишлар бир – бири билан боғлиқ бўлмаган ҳолда ривожланади.

- Алкоголли энцефалопатия – (277730, 3р 14.3, транскетолоза гени нуқсони [КФ 2.2.1.1], р.).

- Деменция – ақлсизлик.

РИВОЖЛАНИШ БОСҚИЧЛАРИ

- Бошланғич белгилари ✦ Оилада алкоголь мунтазам ичиб турилганда одамда заҳарланиш белгилари пасаяди; мастлик ҳолатида ва ичилмаганда жонланиш, кайфиятнинг кўтарилиши, тонуснинг ортиб бориши, ҳаракат активлиги, кайфият кўтарилиши, иштаҳанинг очилиши, жинсий аъзолар функциялари бузилмаган ✦ Ичкиликни кундузи ичиш дискомфорт чақирмайди; ҳаддан ташқари мастлик ҳолларида бемор қайт қилади, лекин эртасига ичкилик ичишдан воз кечиш хаёлига келмайди ✦ Ҳаёт тонусининг кўтарилиши кўпинча инжиклик, жанжал кўтаришга мойиллик билан боради.

- I босқич (1 – 4 йил давом этади) ✦ Ўзгарган реактивлик синдроми: тез – тез ва кўп миқдорда спиртли ичимлик истеъмол қилиш туфайли қайт қилиш ҳолати йўқ, палимпсестлар ✦ Алкоголга руҳан боғланиш, бу кишида миядан кетмайдиган ичиш истагини пайдо қилади ✦ Алкоголга жисмоний интилиш йўқолади ✦ Алкоголнинг организмга таъсири натижасида заҳарланиш асоратлари пайдо бўлади. Бунда қувватсизлик, соматик томондан неврологик бузилиш ҳолати кузатилади.

- II босқич (5 – 15 йил давом этади) ✦ Ўзгарган реактивлик синдроми. Спиртни яхши кўтаради, доимо мастлик ҳолатида юради, алкоголь ичиш бутунлай ички сабабларга боғлиқ, масалан, пул йўқлиги. Алкоголнинг седатив эффекти йўқолиб, фақат активловчи мойиллик кузатилади. Алкогол полимпсестлари тўлиқ амнезия белгилари билан алмашинади. Мастлик ҳолатида ичкиликка бундай интилишнинг кучайиши ёки ружу қўйиш натижасида хатти – ҳаракатларини эслай олмай, ступор ҳолатига тушиб, камҳаракат бўлиб қолади ✦ Алкоголга руҳий қарамлик синдроми: руҳий хотиржамлик алкогольни доимо ичиб туришга боғлиқ; соғлиқ ҳолатида руҳий фаолият бузилади, ақлий меҳнатга лаёқат бўлмайди ✦ Жисмоний қарамлик синдроми: алкогольга жисмоний ружу қўйиш, хулқ – атворнинг бузилиши, маънавий қадриятлар, ўзаро муносабатлар тўғрисидаги тушунчаларнинг бузилганлиги. Ичмаган ҳолатда бемор руҳан эзилган, тушкунликка тушади, ишга лаёқатсиз, жаҳлдор бўлиб қолади. Алкогол истеъмол қилса, ундаги жисмоний ҳаракат функцияси тикланади ✦ Абстинент синдромида бемор симпатико – тоник кўзғалиш шаклида: кечаси ухламайди, кўриш ва эшитиш галлюцинациялари пайдо бўлади ✦ Алкоголдан организмнинг заҳарланиш аломатлари кузатилади ✦ Беморда психик сфера бузилганда руҳан тубанлашиш рўй беради, ижтимоий ўсиш

тўхтайтиди, кизиқишлар йўқолади, ижодий фаоллик сусаяди, таъсирчан бўлиб қолади, оилага, меҳнатга кизиқиши сусаяди, интеллектнинг пасайиши, беҳаёлик, беандишаллик, ўринсиз қилиқлар қилиш билан юзага чиқади. Бундай ҳолларда оила аъзоларига беморнинг васвасага тушиши, қизғаниш ҳолатининг пайдо бўлиши хавфли ҳисобланади. Беморнинг шикастланиши, операция қилиниши ўткир алкоголь психози асоратларига олиб келиши мумкин ♦ Асаб системасининг бузилиши туфайли невритлар, кўз қорачиғининг хиралашуви, кўрув майдонининг торайиши, эшитишнинг айрим даражаларгача пасайиши, атаксия, нистагм, ҳаракатлар координациясининг бузилиши ♦ Юрак – қон томир системаси, жигар ишининг бузилишига сабаб бўлади.

• III босқич (5 – 10 йил давом этади) ✦ Ўзгарган реактивлик синдроми: ўткир спиртли ичимликларни кўтара олишнинг пасайиши. Узлуксиз мастлик жараёни беморни жисмоний ва психологик зўриқишга олиб келади. Узлуксиз ичишнинг кундан – кунга ошиб бориши оқибатида бемор спиртли ичимликларни бутунлай ичмай қўяди ва шу билан узлуксиз ичиш тўхтайтиди. Алкоголни ичиш оқибати хотиранинг йўқолиши билан кечади ✦ Алкоголга руҳий қарамликда психиканинг қўпол ўзгаришлари сабабли айрим белгилар билинмайди ✦ Жисмоний қарамлик синдромида бемор ўз – ўзини бошқара ололмайди. Уларда дозани назорат қила олмаслик ва толерантликнинг пасайиши ўлим ҳолатига олиб келади ✦ Абстинент синдромида вегетатив бузилишлар ✦ Интоксикация оқибатлари ♦ Психиканинг бузилиши, эмоциянинг йўқолиши кузатилади. Бемор ўз – ўзини бошқара олмайди, шу сабабли доимо назорат остида бўлиши керак ♦ Беморнинг ақлсизлик ҳолатига тушиб қолиши туфайли, псевдопаралитик кўриниш намоён бўлади ♦ Уларда сурункали галлюциноз, рашк васвасаси кузатилади ♦ Неврологик текширувда энцефалопатия (ўткир руҳий ўзгаришлар), полиневритлар аниқланади. Беморларнинг 20 % да алкоголь энцефалопатиясининг эпилепсияга ҳос белгилари кузатилади ♦ Организмнинг деярли барча аъзолар ва тизимлари заҳарланган; кардиомиопатия ва жигар яллиғланиши биргаликда учрайди.

ДИАГНОСТИКАСИ • Беморга ташхис қўйишда психологик синамалар: қуйидаги 4 та савол (сезувчанлик ва спецификлик 70 % дан кам, 2 та саволга ижобий жавоб алкогольизм борлигидан далолат беради) ✦ Алкогол ичишни камайтириш кераклиги хаёлингизга келадими? ✦ Қариндош – уруғларингиз сизга ичкилик ичишни тўхтатишни тавсия этса жаҳлингиз чиқадими? ✦ Спиртли ичимликлар ичишда ўзингизни айбдор деб ҳисоблайсизми? ✦ Алкоголни ичиб туриб, яна эртасига ичишни хоҳлайсизми? • Бош мияни КТ, МРТ текширувидан ўтказилганда: қобик атрофияси, таламус ядроларида структуравий ўзгаришлар, хид билиш ва оралик мияда ҳам ўзгаришлар кузатилиши • Жигар биопсиясида алкоголь гепатити ёки циррози аниқланади.

ДАВОЛАШ

Режими • Стационарда детоксикация ўтказиш учун кўрсатмалар ✦ Оннинг хиралашуви натижасида галлюцинациялар таъсирида ваҳимага тушиш белгиларининг пайдо бўлиши анамнезда алкогольли делирий борлиги ✦ Амбулатор

детоксикацияни ўтказиб бўлмаслик ✦ Касалхонага ётқизишни талаб этадиган қўшилиб келган касалликлар ✦ Яққол руҳий бузилишлар (жумладан ўз жонига қасд қилишга мойиллиги бўлган депрессия) ✦ Ичкиликни ташлашга қатъий ваъда бера олмаслик ✦ Теварак – атрофдаги нобоп кишилар.

Парҳез – В гуруҳ витаминлари, магний, фосфор, рух моддалари етишмовчилигини тўлдирадиган сифатли овқатланиш тавсия этилади.

Даволашни олиб бориш тактикаси • Алкоголни мунтазам истеъмол қилиш ичкиликбозликнинг бошланғич омили ҳисобланади • Айрим беморлар врачга ташқи таъсир натижасида мурожаат қилишади. Агар бемор ўз хоҳиши билан мурожаат қилса, яхши натижа беради • Даволанишга келган беморларга врач ва яқин қариндошларининг бир – бирини тушуниб етишлари яхши психологик муҳит яратади • Даволаш наркологик диспансерда ва касалхоналарнинг махсус бўлимларда ва палаталарида врач – нарколог ва психиатрлар томонидан олиб борилади. **Даволашнинг асосий вазифаси** ✦ Абстинент синдромни, захарланиш асоратларини ✦ Ичкиликка мойилликни сўндириш, соматик ва психологик реакцияларни тиклашдан иборат ✦ Ичкиликка мойилликни сўндиришда психотерапия ўтказиш, гипноз билан даволаш ✦ Ўткир алкоголь психозларининг, беморнинг мастлик ҳолатида ўз – ўзига зиён етказишининг олдини олиш (седатив ва психотроп дори воситалари) ✦ Ғарб мамлакатларида алкогольликларнинг «Аноним Алкоголиклар» кўнгилли жамияти самарали фаолият кўрсатмоқда.

ДОРИЛАР БИЛАН ДАВОЛАШ

- Абстинент синдромда – юқори дозадаги С ва В витаминлари, тиамин (Корсаков синдромида тиамин кунига 50 – 100 мг) ва инфузион терапия 5 % глюкоза эритмаси, натрий хлорид + кальций хлорид + калий хлорид (Рингер эритмаси) ва бошқалар.

- Детоксикацияни сўндириш ва абстинент ҳолатини тўхтатиш ✦ Хлордиазепоксид алкогольли делирий зўрайганда 25 – 50 мг.ҳар 2 – 4 соатда (зўрайиш ҳолати сўнгунча), делирийда ҳар 4 соатда 50 – 100 мг, диазепам 5 мг.дан ичиш учун ёки венага буюрилади ✦ Диазепам 1 – 3 мг.в/и ҳар соатда тутанок ҳолатида ✦ Жигар яллиғланишида лоразепам ✦ Синусли тахикардияда β – адреноблокаторлар ✦ Вегететив дисфункцияда, тахикардия, қалтироқлик, артериал гипертензияда клонидин препарати буюрилади.

- Алкоголизмни даволашда махсус моддалар қўлланилади ✦ Дисульфирам қабулидан сўнг 12 соат ичида алкоголь ичимлиги ичилса, организмда 1 – 3 соат давом этадиган оғир реакция кузатилади. Бунда 5 – 15 минутдан сўнг бош миёга қон “қуйилиб” келаётгандек бўлади, юз ва бўйин соҳаларидаги тери ости томирларининг кенгайиши, бош оғриғи, тахикардия, нафас қисиши, терлаш кузатилади. 30 – 60 минутдан сўнг кунгил айниш, қайт қилиш ва коллапс ҳолатига тушиш мумкин. Дисульфирам қабул қилинганда алкоголь ичишда организмда унга қарши иммунитет хо бўлади, бунда алкогольнинг ҳидига ва таъмига рефлекс пайдо бўлади ✦ Унинг бошланғич миқдори кунига 0,5г.дан 1 – 3 ҳафта мобайнида ичиш учун ✦ Дисульфирамни охирги алкоголь ичилган кундан бошлаб 24 соат ичида организмга юбориш зарур, унинг 3 – 7 кун мобайнидаги таъсири ҳақида бемор ва

унинг оиласини огоҳлантириш зарур ★ Налтрексон организмда алкогольга бўлган майлни сўндириб, унинг тонус кўтарувчи таъсирини камайтиради.

Асоратлари • Алкоголизмнинг қайталаниши • Алкоголли полиневропатия • Деменция • Организм ҳимоя кучининг пасайиши туфайли инфекцион касалликлар пайдо бўлиши • Сон суяги бўғим бошчасининг асептик некрози • Жигар циррози (аёлларда кўпроқ учрайди).

Кечиши ва прогнози • Сурункали қайталаниб кечиши • Алкоголизмнинг узоқ ва мунтазам равишда кечиши спиртли ичимликнинг тури ва сифатига, захарланишнинг асоратларига боғлиқ. Алкоголга қарши даволаш касаллик ривожланишини маълум муддатга тўхтатади. Айрим ҳоллар (мунтазам ичкиликбозлик оқибатида барча аъзолар функциясининг бузилиши, абстинент ҳолат) ўлимга олиб келади • Алкоголдан ўлим ўртача ўлимдан 3 – 4 баравар кўпроқ • Нейроэндокрин функциянинг етишмаслиги, аъзо ва системаларнинг бузилиши (мия тўқимасининг атрофияси, жигар, ошқозон ости беги функциясининг бузилиши) психик ва соматоневрологик ногиронлашув ҳолатига олиб келади.

ХКК – 10 • F10 Алкогол ичиш оқибатида рухий ва хулқ – атворнинг бузилиш ҳолати • **P04.3** Ҳомиладор аёлларнинг ичкилик ичиши оқибатида ҳомила ва янги туғилган чақалоқда ўзгаришлар рўй бериши • **G31.2** Алкогол натижасида юзага келган асаб дегенерацияси • **Z71.4** Алкоголизм тўғрисида маслаҳатлар ва кузатишлар • **Z50.2** Алкоголизмда реабилитация • **Y57.3** Алкоголизмни даволашда махсус воситалар.

Эслатмалар • Алкоголизм оғир касаллик бўлиб, уни иккита шарт – шароит бўлгандагина даволаш мумкин. Бу беморнинг ўз хоҳишига кўра даволаниши ва махсус клиникада тўлиқ шароит яратиш • «Алкоголизмдан халос этамиз, ундан кодлаймиз» деган рекламага ишонмаслик керак • Беморларнинг алкогольни ташлаши учун оила аъзолари унинг хоҳишини эътиборга олмай ҳар хил туркона дори – дармонлар, кимёвий воситалар билан даволашга уринадилар. Бундай даволаш қатъиян ман этилади, чунки бу кўпгина кўнгилсизликларга олиб келади.

Иловалар. 1. Ҳомиланинг алкогольли синдроми. Онанинг ҳомиладорлик даврида алкоголь истемол қилиши оқибатида чақалоқда алкогольли синдром пайдо бўлади. Шунинг учун ҳомиладор аёлларнинг спиртли ичимликлар ичиши қатъиян ман этилади. Чунки алкоголь миқдорини организмдан чиқариб юборувчи профилактик чоралар кутилган натижани бермайди. **Клиник белгилари:** микроцефалия, кўз ёриғининг торлиги, юзнинг ясаниши, бурун – лаб эгати ва юқори лабнинг етилмаганлиги, қаншарнинг пастлиги, буруннинг катталиги, кўз юқори бурчагидаги бурмалар, кулоқ аномалияси ва микрогнатия кузатилади. Бола ақлий қолоқлик ва неврологик бузилишларни аниқлашда она қорнида ўтказиладиган секинлашган ривожланишни аниқлаш усулларида ташхис қўйишда фойдаланилади. **Профилактикаси:** ҳомиладор аёлларни кузатиш.

ХКК – 10 • Q86.0 Ҳомиланинг алкогольи синдромини кузатиш. **2. Абузус** – бир ёки бир неча кун ичида кўп миқдорда алкоголь ёки наркотик моддаларни қабул қилиш, улар рўй – рост интоксикацияга олиб келади. Оқибатда хотиранинг пасайиши, амнезия рўй беради.

НЕВРОТИК БУЗИЛИШЛАР Неврозлар- рухий бузилишлар гуруҳи бўлиб, бунда галлюцинация, алаҳлаш ва ўз касалига нисбатан танқидий муносабатнинг пасайиши кузатилмайди. Неврозлар –функционал бузилишлар бўлиб, бу бош мия органик шикастланиши (БМЖ, усма ва х.к.) билан боғлиқлик сабаби йўқлигини билдиради. Умумий амалиёт шифокори айнан шу гуруҳдаги рухий бузилишларга тез-тез дуч келади.

Невротик бузилишлар классификацияси • Хавотирли бузилишлар • Обсессив-компульсив бузилишлар • Диссоциатив (конверсион) бузилишлар • Соматоформ (ипохондрик) бузилишлар.

ХКК-10 • F40 Фобия билан боғлиқ хавотирли бузилишлар • **F41** Бошқа хавотирли бузилишлар • **F43** Организмнинг оғир стрессга таъсири ва адаптациянинг бузилиши • **F48** Бошқа невротик бузилишлар.

ОБСЕССИВ-КОМПУЛЬСИВ БУЗИЛИШЛАР

Олдинроқ ХКК-9 да бузилишлар хира ҳолатлар доирасида кўриб чиқилган эди. ХКК-10 да хира ҳолатлар неврози обсессив-компульсив бузилишлар ва фобия билан боғлиқ бузилишларга ажратилади.

Обсессив-компульсив бузилишлар мунтазам пайдо бўладиган обсессиялар (мияга ўрнашиб қоладиган хира фикрлар, фантазиялар, шубҳа-гумонлар) ва компульсиялар (хира хоҳиш-истак ёки ҳатти-ҳаракатлар) билан характерланади. Бемор томонидан оғрик сингари тан олинади ва қаттиқ ички қаршилик ҳисси билан қабул қилинади. Бундай бузилишлар кўпинча турли даражадаги хавотирли ва депрессив ҳолатлар билан бирга кечади.

Учраши – аҳолининг 0,05 фоизи. Беморлар кўпинча ўзларининг касалликларини яширадилар, психиатрга касаллик бошлангандан сунг 5-10 йил ўтгач мурожаат қилишади: бу эса амалда бундай касалликнинг тарқалиши даражаси баландлигини англатади ва аҳолининг 2-3 % касалланган бўлиши мумкинлигини тахмин қилишга имкон беради. Беморларнинг 30 фоизи 10-15 ёшда касалландилар. Эркакларда обсессив-компульсив бузилишлар эрта (6-15 ёшда), аёлларда кечроқ (20-29 ёшда) бошланади. Беморлар ақлий жиҳатдан ўртача даражадан анча юқори эканликлари билан ажралиб турадилар.

КЛИНИК МАНЗАРАСИ

Обсессив-компульсив бузилишлар асосан миёга бирор бир фикр ўрнашиб қолиши билан боғлиқ хира ҳолатлар орқали намоён бўлади. Хира ҳолатлар – битта фикрнинг, хотираларнинг, шубҳа-гумонларнинг, интилишларнинг, ҳатти-ҳаракатларнинг миёда кайтарилавериши бўлиб, уларнинг оғриқли эканлиги ҳис қилиниб, уларга танқидий ёндошилганда, таъсир кўрсатиб фикрларни миёдан чиқариб ташлаб бўлмайди. Хира ҳолатлар – шахс учун бегона бўлиб, унга қаршилик кўрсатилганда хавотирланишни келтириб чиқаради. Хира ҳолатлар соғ одамларда ҳам бўлиб туради. Бироқ уларда бундай ҳолатлар барқарор бўлмайди ва фикрларни бутунлай банд этмайди, баъзан пайдо бўлиб туради ҳамда ижтимоий дезадаптацияга олиб келмайди.

Хира фикрлар ва компульсия биргаликда ёки алоҳида-алоҳида кузатилиши мумкин. Невротик компульсив феъл-атвор психотик хулқдан фарқли улароқ, ўз феъл-атвори сифатида қабул қилинади, аслида руҳига тўғри келмаса ҳам. Бирламчи обсессив импульсдан кейин доимо нохуш оқибатлардан қўрқиш ҳисси туради.

Обсессив-компульсив бузилишлар учун қуйидагилар хос:

- Хира фикрлар одатда беморнинг кундалик турмуш тарзи билан боғлиқ эмас ва унинг қаршилигига қарамасдан унинг тафаккурига кириб боради ва руҳий фаолиятида марказий ўрин эгаллайди.
- Хира фикрлар кўпинча агрессив, жинсий ёки нафрат уйғотадиган мазмундаги элементларга эга бўлиб, бемор томонидан унинг шахсиятига тамоман бегона нарса сифатида қабул қилинади.
- Кўпинча беморда у қандайдир уятли, ғайриижтимоий ҳаракат қилганига ишонч уйғонади ва у кучли хавотир ҳамда безовталаниш туйғусини ҳис қилади.
- Бемор ўзининг хира фикрлари бемаъни эканлигини тушунади ва унга актив қаршилик кўрсатади, бу эса фақатгина қисқа муддатли муваффақиятга олиб келади, холос. Кўпинча беморлар хира фикрлар ва хавотирнинг таъсирини йуқотиш учун ҳимоя ҳаракатларини - таомилларни амалга оширадилар (масалан ифлосликдан қўрқиш фикри ўрнашиб қолганда ҳадеб қўл ювавериш каби).

Хира фикрлар- беихтиёр пайдо бўладиган фикрлар, беморлар уларни ёт фикрлар сифатида қабул қиладилар, лекин улардан қутула олмайдилар; масалан қўлларида юқумли касалликларни келтириб чиқарувчи бактериялар ўрнашиб олган деган хира фикр уларни тарк этмаслиги мумкин.

Хира тасаввурлар – бемор унга азият етказадиган нохуш воқеаларни тасаввур қилишдан қутула олмаслиги; масалан, бемор бузуқ жинсий ҳаракатларни содир этаётганлигини тасаввур қилади.

Хира шубҳа-гумонлар – беморнинг ўз хатти-ҳаракатлари тўғрилиги ва тугалланганлигига ишонмаслик туйғусининг маҳкам ўрнашиб олиши. Уларга доимо ниманидир қилишни унутиб қўйгандек ёки ниманидир нотўғри қилгандек туюлаверади. Беморлар бирор-бир ишни, топшириқни бажариб бўлгач, уни тўғри ва аниқ бажарганликларига шубҳаланиб, қайта-қайта текшириб кўрадилар. Ёзганларини қайта-қайта ўқиб чиқадилар, ҳисоб-китобларни тўхтовсиз текширадилар, ҳозиргина ёпилган эшикни бир неча марта тортиб кўрадилар, электр буюмлари ва газ приборлари учирилганлигини, сигарет қолдиғи ва гугурт охиригача сўндирилганлигини қайта-қайта текшириб кўрадилар ва ҳ.к. Амалда умуман керак бўлмайдиган буюмларни йиғиш, бирор вақт керак бўлиб қолади деган ўй билан уларни ташлаб юбормаслик типик ҳолатлардир; баъзан бундай буюмлар жуда кўп миқдорда тўпланиб қолади.

Хира майл, ҳавас - бемаъни, кўпинча хавфли хатти-ҳаракатларни амалга оширишга интилиш, масалан кўчада ўтиб бораётган йўловчининг юзига шапалок тортиш, кўмиш маросимида кулиб юбориш, болани уриш, черковда сўкиниш. Бундай хоҳиш-майлга қаршилик кўрсатишга уриниш қаттиқ хавотирни келтириб чиқаради. Обсессив-компульсив бузилишларда беморлар хира майл-истакларни бажармайдилар.

Хира одатлар, таомиллар – ўз хоҳиш-истагига қарши ва онгига хилоф равишда бажариладиган ҳаракатлар ва ишлар бўлиб, тасаввуридаги бахтсизликни бартараф этиш ва уни енгиб ўтиш мақсадида амалга оширилади; фобияларда, хира шубҳа-гумонларда ва хавотирда пайдо бўлади. Бундай одатлар ва тамойиллар илтижо қилиш ва ҳимоя аҳамиятига эга бўлади. Масалан, бемор китоб ўқиётганида 11 ва 35 – бетларни қолдириб кетади, чунки бу рақамлар унинг ўғли ва хотинининг ёшига тўғри келади, бу бетларни ўқимасдан қолдириб кетиш уларни ўлимдан «сақлаб қолади». Беморлар ўзларининг бу ҳатти-ҳаракатлари бемаъни ва мантиққа тўғри келмаслигини тушунадилар ва одатда уларни уларни амалга ошириш истагига қаршилик қилишга ҳаракат қиладилар. Бу ҳатти-ҳаракатларни амалга ошириш эса беморнинг аҳволини энгиллаштиради. Уларни бажармасликка эса улар ўзларини жудаям мажбурласалар, бу хавотир ва таҳликани келтириб чиқарадики, улар бошқа бирор нарсани уйлашга ёки бирор бир ишни бажаришга қодир бўлмай қоладилар. Кўпинча беморлар уларнинг белгилари оғир ва кучайиб борувчи касалликнинг белгиси бўлиши мумкин деб ташвишланадилар. Беморларга белгиларнинг ҳақиқий табиатини тушунтириб, уларни бундай ташвишлардан осонгина холи қилиш мумкин.

Ланжлик – хира фикрлар, одатлар, таомиллар натижаси бўлиб, кундалик ишларни жудаям секин бажаришда намоён бўлади (кийиниш, овқатланиш, соқол олиш ва ҳ.к). Бу гуруҳда эркаклар устунлик қиладди. Хавотирланиш даражаси белгилар кучли бўлишига қарамасдан нисбатан унча баланд бўлмаслиги мумкин.

Хира фикрлар, одатлар, таомиллар маълум бир ҳолатларда кучайиши мумкин, масалан бошқа одамларга нисбатан зўрлик ишлатиш тўғрисидаги фикрлар пичоқлар сақланадиган ошхонада кучайиши мумкин. Натижада беморлар шунга ўхшаш фикрлар кучайишига олиб келадиган жойлардан ва ҳолатлардан ўзларини олиб қочадилар. Қўрқувни келтириб чиқарадиган ҳолатлардан қочиш – фобик бузилишларнинг характерли клиник намоён бўлишидир. Шу сабабли беморларда қўрқув уйғотувчи фикрлар **хира фобиялар** номи билан аталади.

Хавотир- обсессив-компульсив бузилишларнинг муҳим белгиси бўлиб, одатлар ва таомилларни бажаргандан сунг бир мунча пасаяди, лекин бир қанча вақт ўтгач яна кучаяди. Хира фикрлар миясидан кетмайдиган беморларда кўпинча депрессив ҳолат кузатилади.

ДИФФЕРЕНЦИАЛ ДИАГНОСТИКА

Обсессив-компульсив бузилишлар хира ҳолатлар белгилари кузатиладиган бошқа руҳий бузилишлардан фарқ килиниши керак.

● **Шахсиятнинг обсессив-компульсив бузилишлари.** Бузилиш шахсиятнинг обсессив-компульсив бузилишларидан тубдан фарқ қиладди. Бузилиш белгилари доимо бемор шахсига зид, обсессив-компульсив психопатиянинг ўзига хос хусусиятлари эса унга қарши субъектив сифатларга эга эмас. Психопатиядан фарқ қилган ҳолда касалликка нисбатан танқидий ёндошув ва атроф-муҳитга мослашиш хусусияти сақланиб қолади. Обсессив-компульсив бузилишлар шу номдаги психопатиядан фарқли уларок одатда руҳий шикастланишдан сунг пайдо бўлади, яъни маълум бир бошланиш нуқтасига эга.

- **Шизофрения.** Шизофрениядаги обсессив намоён бўлишлардан фарқли улароқ, обсессив-компульсив бузилишларда шизофренияга хос бўлган белгилар (негатив ва психотик белгилар) бўлмайди, антиқа характерли белгилар кам кузатилади.

- **Депрессив бузилишлар.** Обсессив таркибий қисмларни эндоген депрессия таркибида кўриб чиқилганда депрессив белгилар хира ҳолатлардан олдинроқ аниқланади. Обсессив-компульсив бузилишлар билан касалланган беморларда сусайтирувчи депрессиядан кўра изтиробли депрессия кўпроқ ривожланади.

- **Фобик бузилишларни** баъзан обсессив-компульсив бузилишлардан фарқлаш қийин. Уларнинг иккаласида ҳам беморлар хавфли стимулдан кўрқиш туйғусини ҳис қиладилар, лекин нафратланиш фобик касаллардан кўра обсессив касалларга хос. Фобик касаллар шунингдек хавфли стимуллардан ўзларини кўпроқ олиб қочадилар.

Касалликнинг кечиши ва прогноз. 50 % беморларда касаллик 24 ёшгача, 80% беморларда- 35 ёшгача бошланади. 70% бузилиш ҳолатлари стресс вазиятлар билан боғлиқ. Касаллик сурункали кечади. Эркакларда касаллик эртароқ бошланиши ва оғир белгилар кузатилиш мумкин. 30% ҳолатларда даволангандан кейин руҳий ҳолат ўзгармайди ёки баттар ёмонлашади. 80% беморлар умрлари давомида бошқа руҳий бузилишлар билан касалланадилар.

ДАВОЛАШ

Обсессив-компульсив бузилишлар билан касалланган беморларни даволашда икки гуруҳдаги дори воситалари қўлланилади: анксиолитиклар ва антидепрессантлар.

- **Анксиолитиклар** (бензодиазепинлар, масалан диазепам, бромгидрохлорфенилбензодиазепин) хавотирланиш белгиларини камайтириш ва уйқу бузилишларини даволаш учун қисқа муддатга тайинланади. Уларни узоқ вақт давомида қўллаш тавсия этилмайди, чунки руҳий ва жисмоний боғлиқ бўлиб қолиш ривожланиши мумкин.

- **Антидепрессантлар** обсессив-компульсив белгилар ва депрессия биргаликда кечганда буюрилади. Седатив антидепрессантлар (масалан, амитриптилин) хавотирланиш туйғусини пасайтириш учун кичик дозаларда буюрилади. Депрессия белгилари бўлмаганда серотонинни қайта қамраб олувчи селектив ингибиторлар мақсадга мувофиқдир. Кломипрамин (анафралин) ҳозирга қадар серотонинни қайта қамраб олувчи селектив ингибиторлар (масалан, сертралин, флуоксетин) пайдо бўлганлигига қарамадан, таъсирчан препаратлардан бири ҳисобланади. Кломипрамин билан даволанган беморларнинг 80% да ижобий самара кузатилади. Обсессив-компульсив бузилишларда кломипрамин кунига 75-200 мг. дозада буюрилади, зарурият бўлганда ва бемор препаратни яхши кўтара олган ҳолатларда дозани кунига 300 мг.гача ошириш мумкин. Самара тез кўринмайди, барқарор самара даволаш бошлангандан сунг 4-6 хафта ўтгач кузатилади. Даволаш давомийлиги – 6 ой, кейинчалик доза мунтазам камайтириб борилади. Беморнинг аҳволи ёмонлашса, доза яна кўпайтирилади ва шу дозада даволаш яна 2-3 ой давом эттирилади. Серотонинни қайта қамраб олувчи селектив ингибиторлар (флувоксамин, флуоксетин, сертралин, пароксетин) бемор кломипраминнинг

нохуш таъсирини кўтара олмаган ҳолларда муқобил дори воситаси сифатида буюрилади.

Психотерапия

Фақат дори воситалари тайинланган беморларга нисбатан психотерапиядан фойдаланилган ҳолда даволанаётган беморлар ҳолати тезроқ яхшиланади ва барқарор бўлади. Обсессив-компульсив бузилишлар билан касалланган беморларни даволаш учун ахлоқий ва коннитив психотерапия мақсадга мувофиқ.

Синонимлари • Обсессив-компульсив невроз • Хираликлар неврози
ХКК-10 • **F42** Обсессив - компульсив бузилишлар.

ЖАРОҲАТЛАНИШ ОҚИБАТИДАГИ СТРЕСС БУЗИЛИШЛАР

Жароҳатланиш оқибатидаги стресс бузилишлари – экстремал вазиятларда (ҳалокат, жанговар ҳаракатлар, қийноқлар, зўрлаш ва б.) оқибатида юз берадиган бузилишлар бўлиб, ушбу вазият ҳолатларини қайтадан ҳис этиш эпизодлари, эмоционал таъсир даражасининг пасайиши ва дисфорик кўзғалиш билан характерланади. Учраши: эркаларнинг 0,5%да ва аёлларнинг 1,2%да. Ҳалокатлардан сунг тирик қолган шахсларнинг 50-80%да кузатилади.

Клиник манзараси (диагностик кўриниши[DSV-IV]).

- Бемор экстремал вазият таъсирида бўлган ва унинг бу вазиятга реакцияси ундаги кўрқув, ожизлик ва даҳшатга тушиш орқали намоён бўлади (болаларда хулқ-атворнинг бошқариб бўлинмаслиги ва изтиробга тушиш).

- Экстремал воқеа куйидаги усуллардан камида биттаси орқали қайтадан бошдан кечирилади ♦ Бўлиб ўтган воқеани қайта-қайта эслаш орқали (кичик ёшдаги болаларда - воқеа темаси акс этадиган ўйинлар ўйнаш орқали) ♦ Бўлиб ўтган воқеа тўғрисида кўрқинчли тушларнинг такрор-такрор кўрилиши орқали (болаларда маълум бир мазмунга эга бўлмаган кўрқинчли тушлар кўрилиши) ♦ Беморнинг қачондир бошдан ўтказган экстремал вазиятдаги ҳис-туйғулари ва феъл-атворини аниқ такрорлайдиган туйғулар ва ҳатти-ҳаракатлар (бошдан ўтказилган воқеаларни ҳис қилиш, иллюзия, галлюцинация ва бўлиб ўтган воқеанинг баъзи бир эпизодларини ҳис қилиш, шу жумладан уйқудан уйғонганда ёки маст ҳолатда пайдо бўладиган воқеалар) ♦ экстремал воқеанинг бирор бир томонини эслатувчи ички ва ташқи таъсирлар натижасида кўрқув (фобик) реакцияларнинг пайдо бўлиши ♦ экстремал воқеанинг бирор бир томонини эслатувчи ички ва ташқи таъсирлар натижасида физиологик реакциялар (АБнинг ўзгариб туриши, тахикардия, терлаш ва б.).

- Жароҳат олиш билан боғлиқ вазиятлардан қочиш, куйидаги белгилардан камида 3 таси бундан далолат беради: ♦ Жароҳат блан боғлиқ фикрлар, ҳис-туйғулар ва суҳбатлардан қочишга уриниш ♦ Жароҳатни эслатувчи ҳаракатлар, жой ва одамлардан қочишга уриниш ♦ жароҳатланишнинг муҳим томонларини эслай олмаслик (психоген амнезия) ♦ Олдин аҳамиятга эга бўлган фаолият турларига қизиқишнинг пасайиши (болаларда ҳожатга чиқиш малакасининг йўқолиши) ♦ Атрофдагилардан ажралиб қолганлик ёки уларга бегоналик туйғуси ♦ Эмоционал ҳис-туйғулар даражасининг пасайиши (муҳаббат туйғусини ҳис қила олмаслик) ♦ Келажакка ишонч йўқлигини ҳис қилиш.

• Каттиқ ҳаяжонланиш (жароҳатга қадар намоён бўлмаган), қуйидаги белгилардан камида 2 таси бундан далолат беради: ♦ Уйқунинг бузилиши ♦ Серзардалик ёки жаҳлланиш ♦ Диққатни жамлай олмаслик ♦ Ўта эҳтиёткорлик ♦ Қўрққанда қаттиқ титраб кетиш.

- Касалланишнинг 1-ойдан ортиқ вақт давом этиши
- Ижтимоий-меҳнат дезадаптацияси.

Текшириш усуллари • Лаборатор усуллар – қоннинг ва сийдикнинг умумий таҳлили; қоннинг биохимик таҳлили, шу жумладан гормонлар концентрациясини аниқлаш • Махсус усуллар КТ/МРТ, ЭЭГ, ЭКГ • Психологик усуллар – ММРІ синамаи, Роршах синамаи.

ДЕФФЕРЕНЦИАЛ ДИАГНОСТИКА

• Рухий касалликлар (масалан кайфият бузилишлари, шизофрения, психоактив моддаларни суъистемол қилиш билан боғлиқ бузилишлар, сунъий намоёиш этиладиган рухий бузилишлар, адаптациянинг бузилиши, қўрқув реакцияси ва хавотирланиш кўринишидаги бузилишлар) • Неврологик бузилишлар (масалан бош мия ўсмаси, ЧМТ, цереброваскуляар касалликлар) • Эндокрин бузилишлар (масалан, гипофиз дисфункцияси, қалқонсимон без дисфункцияси, феохроцитом).

Даволаш • Психотерапия – индивидуал, гуруҳ таркибида, релаксация усуллари • Дори воситалари билан даволаш ♦ Антидепрессантлар ♦ Амитриптилин кунига 150-250 мг. ♦ Тразодон кунига 150-300 мг. ♦ Пипофезин кунига 150-200 мг. ♦ Флуоксетин кунига 20 мг. ♦ Сертралин кунига 50-100 мг. ♦ Ниаламид кунига 200-350 мг. ♦ Пирлиндол кунига 150-300 мг. ♦ Транквилизаторлар – хавотирланишда, уйқусизликда, асабийлашишда ♦ Диазепам кунига 5-15 мг. ♦ бромгидрохлорфенилбензодиазепин кунига 1-3 мг. ♦ Медазепам кунига 20-40 мг.

Касалликнинг кечиши ва прогноз. Жароҳат олгандан сунг 1-6 ой ичида касаллик ривожланади. Касалларнинг 30% тузалиб кетади, 60 % беморларнинг аҳволи яхшиланади, 10 % ҳолатларда эса аҳвол ўзгармайди ёки ёмонлашади.

Синонимлари • Травматик синдром • Жангари беҳоллик (боевое изнурение) • Травматик одамовилик • Ҳалокат синдроми • Бошдан ўтказилган фалокат синдроми • Травматик невроз.

ХКК-10 • F 43.1 Жароҳатланиш оқибатидаги стресс бузилишлари.

ХАВОТИРЛАНИШДАГИ ЎЗГАРИШЛАР (БУЗИЛИШЛАР)

АСОСИЙ ҚОИДАЛАР

- Хавотирлик – шароит ўзгаришларига меъёр реакция.
- Мабодо хавотирлик сурункали ёки кучли бўлса, хавотирликни келтириб чиқарган шароит ва сабабларга баҳо бериш лозим. Бунинг учун хавотирликни келтириб чиқарувчи шароит ҳақида маълумот йиғиш керак.
- Даво воситаларини буюриш, хавотирликнинг сусайиши ва тўлиқ редукциясига олиб келиши мумкин. Оғир сурункали хавотирликда, узок давом этувчи фармакотерапия тавсия этилади (фармакотерапия билан психотерапияни бирга олиб бориш мақсадга мувофиқдир).

СТАТИСТИК МАЪЛУМОТЛАР

- Хавотирлик кўп тарқалган руҳий ўзгаришлардан бири бўлиб, руҳий беморларнинг 9 – 13 % ида учрайди.

ПАТОГЕНЕЗИ

- Хавотирлик ҳисси беморда кўпинча кундалик шароитларда юзага келиб, кўпроқ олдида қўйилган мақсадга тўлиқ эриша олмаганлик билан боғлиқ бўлади.
- Хавотирлик одатдаги ҳиссиёт бўлиб, воқеа – ҳодисаларнинг ривожланиши ва хавфни олдиндан кўра олишга ёрдам беради.
- Хавотирлик бошқа руҳий ўзгаришларга олиб келиши мумкин.
- Одатдаги хавотирлик билан патологик хавотирликни тафовут қилиш ҳам доимо осон эмас. Одатдаги хавотирлик ҳолатининг асосий омили – бемор функционал қобилятининг сақланганлигидир.

КЛИНИК БЕЛГИЛАРИ

- Қўрқув, диққатни жамлаш қийинлиги, ваҳима, уйқуга кетишдаги муаммолар.
- Периферик соматикага оид шикоятлар: юрак уриб кетиши, қалтираш, терлаш, бош айланиши, ошқозон томонидан шикоятлар, тез – тез сийиш, бўғилиш ҳисси, бундай беморлар тез қизариб кетадилар.
- Доимий асаб таранглиги, тез чарчаш, бўйин ва елка мушакларининг таранглиги, бош оғриғи, томоқда тикилиш ҳиссини сезиш.

Фобиялар

- Специфик.
 - ◆ Тахминан 5 % беморларда кузатилади.
 - ◆ Типик фобиялар – баландлик, қоронғулик, кенгликлар, илон ва хашаротлардан кўрқиш.
 - ◆ Одатда фобик бузилишлар яққол намоён бўлмайди ва шу сабабли беморлар ёрдамга муҳтож бўлмайдилар.
- Ижтимоий фобиялар.
 - ◆ Барча беморларнинг 1 % ини ташкил этади.
 - ◆ Ижтимоий фобиялар бошқа кишилар билан бўлган мулоқот пайтида юзага келган вазиятларда пайдо бўлади.
 - ◆ Беморда гўё уни атрофдагилар диққат билан кузатиб, муҳокама қилаётгандек сохта ҳиссиёт бўлади.
 - ◆ Фобиялар типик шароитларда, кофе ичаётганда, имзо қўяётганда намоён бўлиши мумкин.
 - ◆ Кўпинча фобиялар ўсмирлик ёшида бошланиб, касб шаклланишига ва ривожланишга монелик қилади.

Ўта ривожланган хавотирликдаги ўзгаришлар

- Тарқалиши бўйича 2 – 4 % ни ташкил этса – да, бу одамларнинг учдан бир қисмигина симптоматик даво оладилар.

- Клиник кўриниши келажакка нисбатан доимий асоссиз хавотирлик ва қўрқувни ўз ичига олади.
- Кўпинча беморлар ички безовталиқ ва таранглиқни қайд қиладилар.
- Ўзгаришлар кўпинча болалиқ ва ўсмирликда бошланади.
- Беморда хавотирлик белгилари иқтисодий камчиликлар, жамиятдаги шароитлар, соғлиқнинг ёмонлашуви каби стресс вазиятларда пайдо бўлади.
- Ўта ривожланган хавотирлик ўзгаришлари кўпинча депрессия, фобиялар ва ипохондрия билан бирга кечади.

Хавотирликка мослашишнинг бузилишлари

- Одатда кўп давом этмайдиган ва тез даволанадиган ҳолат.
- Даволашга зарурат касалликнинг ўткир даврида юзага келиши мумкин; узок даволаш камдан – кам ҳолларда буюрилади.

ДИФФЕРЕНЦИАЛ ДИАГНОСТИКАСИ

- Кўпчилик соматик ўзгаришлар хавотирликка ўхшаб кетади. Бироқ хавотирлик ҳақиқатда ҳам соматик касалликлар натижасида юзага келиши мумкин (камқонлик, юрак қон – томир касалликлари, қайталанувчи ўпка эмболиялари, бронхиал астма, гипотиреоз ва бошқа эндокрин касалликлар).
- Баъзи дори воситалари специфик фобияларни (наркотиклар, адреномиметиклар, баъзи дори воситаларидан интоксикация) ёки ўта ривожланган хавотирликни (кофеин интоксикацияси, алкоголь ва транквилизаторларни бекор қилиш синдроми) чақириши мумкин.
- Хавотирлик ва депрессия уртасида қиёсий ташхис ўтказиш доимо ҳам осон кечавермайди. Кўпинча бир беморнинг ўзида бу иккала ўзгариш биргалиқда келади.

ДАВОЛАШНИНГ АСОСИЙ ҚОИДАЛАРИ

- Даволаш беморга аҳволини тушунтириш, фобияни келтириб чиқарувчи вазиятни меъёрга солиш, беморнинг эмоционал хусусиятларини таҳлил этишга асосланади.
- Ўта ифодаланган хавотирликда вақтинча дори терапияси зарур бўлади. Оғир кечувчи сурункали хавотирликда давомли даво тавсия этилиши мумкин.
- Бу бобда кўриб чиқиладиган ўзгаришларни даволаш антидепрессантлар, транквилизаторлар ва бошқа препаратларнинг психотерапия ва кайта тиклаш дастурлари билан биргалиқда қиёсий қўлланилишини талаб этади.

ХАВОТИРЛИҚДАГИ ЎЗГАРИШЛАР ВА УЛАР БИЛАН БОҒЛИҚ БУЗИЛИШЛАРНИ ДОРИ БИЛАН ДАВОЛАШ

АСОСИЙ ҚОИДАЛАР

- Бузилишнинг табиатини аниқлаш лозим.

- Бузилишларни келтириб чиқарувчи омилларни ва дори терапияси зарурлигини аниқлаш.
- Анксиолитикларни узоқ вақт қўлламаслик.
- Бензодиазепинлар ва транквилизаторлардан ташқари бошқа препаратларни ҳам қўллаш ҳамда психотерапия имкониятларини кўриб чиқиш.

ХАВОТИРЛИКДАГИ БУЗИЛИШЛАР

- Даво услубини танлаш касаллик табиатига боғлиқ.
- ◆ Ўта кучайган хавотирлик, ваҳима, ижтимоий фобиялар ва аралаш хавотирлик – депрессив ўзгаришларнинг ҳар бирида фармакотерапия турлича бўлади.
- ◆ Хавотирлик белгилари билан кечадиган мослашув ўзгаришларида, шунингдек жароҳатдан кейинги стресс ўзгаришларининг ўткир фазасида бензодиазепинлар билан қисқа даво курси ўтказса бўлади.

Ўта кучайган хавотирликдаги ўзгаришлар

- Ўта кучайган хавотирликдаги ўзгаришлар кўп тарқалган бўлади.
- Агар беморнинг руҳий – ижтимоий мослашуви таъминланса, дори терапиясини кўпроқ қўлласа бўлади. Бузилишларнинг ривожланишини келтириб чиқарувчи омилларни истисно қилиш керак (стресс, дори препаратларини суистеъмол қилиш, кофе ва ҳ.к).
- Бензодиазепин қаторидаги препаратлар бир – биридан асосан фармакокинетик параметрлари бўйича фарқ қилинади. Сурункали бузилишлар ва бензодиазепинларнинг дозаси камайтирилса ёки бекор қилинса, узоқ таъсир этувчи бензодиазепинлар (диазепам, хлордиазепоксид, клоразепат) буюрилади. Оксазепам ва лоразепам – таъсири ўртача давом қиладиган препаратлар ва улар жигарда метаболик ўзгаришларга деярли учрамайди, шу сабабли уларни кекса ёшдаги ва қўшилиб келган жигар хасталиги бор беморларга буюриш мумкин.
- Бензодиазепинларнинг кўп учрайдиган қўшимча таъсири – ухлатиш, психомотор реакцияларнинг ёмонлашуви ва хотиранинг ўткинчи бузилиши.
- Бензодиазепинларни кичик дозаларда қўллаш лозим ва имкон борича қисқа курсларда (2 – 6 ҳафта). Даволаш тўхтатилганда кундузги дозани бекор қилиш синдромининг олдини олиш мақсадида аста – секин камайтириб борилади.
- Хавотирликни узоқ вақт даволаганда, антидепрессантлар (амитриптилин, доксепин, миансерин, серотонинни қайта ушлайдиган селектив ингибиторлар) кичик дозаларда бензодиазепинларга қараганда самарали бўлиши мумкин.
- Буспирон нобензодиазепим (азапирон ҳоаси) транквилизаторлар қаторига киради; унинг терапевтик самараси даволашнинг биринчи 1 – 3 ҳафтасида ривожланади (даво таъсири тезлигига кўра препарат антидепрессантларга ўхшаб кетади). Белгиларини тез бартараф этишга ҳожат йўқ. Препарат бекор қилиш синдромини чақирмайди, психомотор ва когнитив фаолият бузилишига олиб келмайди.
- β – адреноблокаторлар хавотирлик ўзгаришларида симпатик асаб системасининг стимуллаш белгиларини кучсизлантиради. Антигистамин

препаратлар ёки карбамазепин, шунингдек баъзи ҳолларда α_2 – адреномиметиклар (клонидин) ёки нейролептикларнинг кичик дозалари фойда бериши мумкин.

Ваҳимадаги бузилишлар

- Қайталанувчи, тўсатдан юзага келувчи қўрқув ва хавотирлик хуружлари – ваҳимага хос белгилардир. Ваҳима хуружи тортиниш – ётсираш ҳолатини келтириб чиқариши мумкин (ваҳима агорафобия билан). Ваҳима хуружининг юзага келишидан қўрқиш, кўпинча ўта кучайган хавотирли кутиш билан кузатилади.
- Ўткир ваҳима хуружини бензодиазепин ҳоалари билан даволаш мумкин. Масалан, алпразоламом (қисқа даво курси ёки спорадик усул). Давомли даволаш учун танлов препаратлари – имипрамин, кломипрамин, серотонинни қайта ушлаб қолиш селектив ингибиторлари. Даволашнинг эрта босқичларида препаратлар ваҳимани кучайтириши мумкин, шу сабабли унинг дозасини аста – секин ошириш керак. Буспирон, афтидан, ваҳимадаги бузилишларда яхши фойда бермайди.

Ижтимоий фобиялар

- Бемор ўзини бошқа одамлар кўзи олдида турганини ҳис этган вазиятларда юзага келади. Беморда тез ва кучли юрак уриши, титроқ, нутқ бузилиши, юзга қон қуйилиб келиши каби белгилар пайдо бўлиши мумкин.
- β – адреноблокаторлар ижтимоий фобияда симпатик асаб системасининг кўзғалиш белгиларини бартараф этади.
- Касалликнинг оғир кечишида спорадик даволаш учун бензодиазепинларни қўллаш мумкин.
- MAO ингибиторлари ва серотонинни қайта ушлаб қолиш селектив блокаторлари ўта яққол қўрқув юзага келганда фойда беради.

Обсессив – компульсив бузилишлар

- Қайталанувчи компульсив фикр ёки ҳаракатлар кўринишида юзага келади. Бемор ўз ҳаракатларининг бефойдалигини тушунади ва уларни тутиб турмоқчи бўлади, бироқ бу хавотирликнинг кучайишига олиб келади.
- Бу бузилишларда кломипрамин ва серотонинни қайта ушлаб қолиш селектив блокаторлари яхши натижа беради. Препаратлар депрессияни даволаш дозасида қўлланилади. Терапевтик натижа одатда даво бошлангандан сўнг, ҳафталар ёки ойлар ўтгач юзага келади.

Аралаш хавотирлик – депрессив бузилишлар

- ХКК – 10 таснифи бўйича хавотирликдаги бузилишларининг нисбатан янги гуруҳи. Хавотирлик ва депрессиянинг яққол устуворлиги йўқ.
- Даволаш учун антидепрессантлар қўлланилади, муқобил препарат – буспирон.

АСОСИЙ ҚОИДАЛАР

- Хавотирликдаги бузилишларни даволаш учун препарат танлашда ҳар бир ўзгаришнинг специфик белгилари ва даво воситасининг таъсир этиш хусусиятларини ҳисобга олмаса ҳам бўлади. Дори терапияси бундай ҳолларда носпецифик характерга эга ва сезиларли даражада хавотирликдаги бузилишларнинг кўпгина белгиларини сўндиради.

- Хавотирликдаги ўзгаришларни даволашда психофармакотерапия ва психотерапияни биргаликда қўллаш энг яхши натижаларни беради. Шунингдек, когнитив, хулқий даво ва психотерапиянинг динамик усуллари, айниқса давомли хавотирликдаги ўзгаришларни даволашда фойдалидир.

ҚЎШИМЧА МАЪЛУМОТЛАР

- Назоратдаги текширувларга кўра, бензодиазепиннинг ҳомиладор аёл томонидан қабул қилиниши ҳомиланинг ривожланишида оғир нуқсонлар, танглайда ёриқлар пайдо бўлиши ўртасида боғлиқлик бўлиши мумкинлигини кўрсатди. Бироқ бу маълумотлар когорт текширувлар билан мустаҳкамланмаган.

ЭСЛАТМАЛАР

¹ Мамлакатда бензодиазепин гуруҳи транквилизаторларидан кўпроқ феназепам ишлатилади.

² Кўпчилик психиатрлар ва клиник психофармакологлар нуқтаи назаридан қараганда хавотирликдаги ўзгаришлари бўлган беморларнинг давосини танлашда беморларнинг ҳолати, қиёсий таҳлили (нафақат руҳий, балки соматик ва неврологик ҳолат) ва мавжуд психотроп препаратларнинг потенциал имкониятларини таҳлил қилиш керак. Ҳолат хусусиятларини ва дори воситаларининг таъсирини қиёслаб кўриш энг рационал индивидуал терапевтик режани асослаб беришга ёрдамлашади.

ТЕРИ ЯРАЛАРИ

ТРОФИК ЯРА

Трофик яра – қопловчи тўқиманинг секин битувчи дефекти бўлиб, организмнинг мослашув хусусиятларини пасайиб, ташқи ва ички таасуротлар оқибатида реактивликнинг сусайиши натижасида вужудга келади.

Классификацияси • **Вужудга келиш сабаблари бўйича** ♦ Оёқларда сурункали веноз етишмовчилик натижасида пайдо бўлган яралар ♦ Ишемик яралар (жумладан артериал етишмовчилик билан) ♦ Нейротрофик яралар ♦ Умумий касалликлар натижасида пайдо бўлган яралар ♦ Маҳаллий инфекция, микотик ва паразитар касалликлар натижасида пайдо бўлган яралар • **Кечиш босқичлари бўйича** ♦ Биринчи босқич – яра олди ҳолати ♦ Иккинчи босқич – терининг ва атроф тўқималарнинг дистрофик ўзгаришлари, некрози ва яллиғланиши ♦ Учинчи босқич – яранинг тозаланиши ва регенерацияланиши ♦ Тўртинчи босқич – эпителизацияланиши ва чандиқланиши.

Клиник манзараси. Кўп ҳолларда трофик яралар оёқларда шу жумладан товонларда (12,5%), болдирда (72,3%), сонларда (6,2%) учрайди. Трофик яралар қоплама тўқиманинг бир неча квадрат сантиметрдан то гигант ўлчов даражасигача бўлган дефектидир. Кўп ҳолларда келтириб чиқарувчи сабаб механик таъсир хисобланади (қичишиш, хашоротларнинг чақиши, зарба, шилиниш, жароҳат). Кам суюқлик ажратувчи, фибрин билан қопланган секин грануляциялановчи тўқима

ярининг туби бўлади. Кам суяқлик ажратган ҳолда жароҳат чегараси бўйлаб чандликланишининг йўқлиги, гистологик текширувларда эса фагацитознинг кескин кўпайиши, хужайра пролиферациясининг ўзгариши трофик ярининг узок вақт битмайдиган ярадан фарқидир. Бошқа критерий бўлиб, муддат фактори хисобланади, бунда муддат тугаши билан узок вақт битмайдиган яра трофик яра хисобланади (1-5 ой).

Даволаш.

- Хирургик даво: артериал ёки веноз қон айланишининг коррекцияси, невролиз, қон томир асосида тери бўлакчаси ёрдамида пластика ўтказиш (систем артериал жароҳатланиш билан боғлиқ бўлмаган нейротрофик ёхуд ишемик яралар), некроэктомия.
- Дорилар билан умумий даволаш (қоннинг реологик хусусиятлари ва микроциркуляциясини яхшиловчи препаратлар, антикоагулянтлар, антигистамин препаратлари, витаминлар, иммуномодуляторлар).
- Жарённининг босқичига қараб маҳаллий консерватив даво олиб борилади: яра атрофидаги терини санациялаш, антисептиклар, ярани некротик тўқимадан тозалаш мақсадида энзимотерапия ўтказиш, малҳамли боғламлар. Сурункали веноз етишмовчилиги натижасида ривожланган ярада – оёқларни эластик бинтлаш, руҳ желатинли Унн-Кефер боғламини кўйиш (руҳ оксиди, желатин – 25 г. дан, глицерин – 120 г., дистирланган сув – 80 мл.).
- Даволашнинг физик усуллари (физиотерапия, лазер ва ҳаво плазма оқимларининг энергияси, ультратовуш кавитацияси, криотаъсир, гипербарик оксигенация ва б.қ.).

Асоратлари: микробли экзема, целлюлит, пиодермия, сарамасли яллиғланиш, иккиламчи лимфедема, болдир-товон бўғим артрози, малигнизация, организмни аллергизацияси.

ХКК-10 • I 83.0 Оёқлар веналарининг яралари варикоз кенгайгайиши.

Кўшимча. Эритромелалгия (Митчелл - касаллиги) – чегараланган оғриқли тери шиши – ачиштирувчи оғриқлар ва оёқларнинг дистал бўлимлари шиши, кейинроқ тўқима трофик ўзгаришлари билан намоён бўлади. Белгилар артериолаларнинг хуружсимон кенгайиши оқибатида юзага келади. **Генетик аспектлари** – эритромелалгия (133020, R).

ЁТОҚ ЯРАЛАР

Ётоқ яра (декубитал гангрена) – юмшок тўқималар (тери, тери ости ёғ тўқимаси, шиллик пардалар, жинсий олат девори ёки қон томири ва ҳ.к.)нинг некрози бўлиб, давомий узлуксиз механик боиш оқибатида келиб чиққан ишемия натижасида пайдо бўлади. **Жойлашиши** – суяқларнинг бўртиб турган соҳалари: тирсак, думба, тўпик, думғаза, умуртқа. **Учраши** – 43 : 100000; шифохонага ётқизилган беморларнинг 9% ида; сон суяги синган кексаларнинг 86% ида, интенсив терапия бўлимидаги беморларнинг 33% ида, тетраплегия бўлган беморларнинг 60% ида, ётоқ режимида бўлган, уйда даволанаётган беморларда – 2,6% дан 24% гача. Кўпроқ учрайдиган ёш – кексалар (беморларнинг 60-70% ида).

КЛАССИФИКАЦИЯСИ

1. Экзоген:

- Боиш натижасида.
- Унинг ривожланишига имкон берувчи организм умумий аҳволининг бузилиши (масалан, нотўғри қўйилган гипс боғламаси таъсири натижасида).

2. Эндоген (невротик) – тўқималарнинг нерв трофикасининг дағал бузилиши асосида, кўпинча орқа миянинг огир зарарланишида.

Этиологияси:

- Тана ёки қўл-оёқлар вазни таъсиридаги босим 2 соат давомида тўқималарда қайтмас ишемия ва некроз чақириш эвазига.
- Бемор ҳаракатланганда ўзини тик тута олмаганлиги натижасида пайдо бўладиган шикастланиш натижасида.
- Сийдик тута олмаслик ёки терлаш натижасида келиб чиқадиган намланиш сабабли икки юза орасидаги шикастланиш оқибатида.

Мойиллик туғдирувчи омиллар:

- Харакатсизлик (масалан, тетраплегия)
- Тўйиб овқат емаслик ва тана вазнининг камлиги.
- Гипоальбуминемия
- Нажас тута олмаслик
- Суяклар синиши (айниқса, сон суяги)
- Витамин С танқислиги
- Диастолик қон босимининг пастлиги.
- Ёш билан боғлиқ терининг ўзгаришлари: оғриққа сезгирлик соҳасининг ошиши, эпидермиснинг юпқалашуви, тери томирларининг атрофияси, иммунитетнинг пасайиши.
- Мия томирлари касалликлари (инсульт)
- Юқумли касалликлар
- Анемия
- Периферик томирлар касалликлари
- Томирлар дистонияси
- Ёмон сифатли ўсмалар
- Деменция
- Терининг қуруқлиги
- Шишлар

Клиник манзараси

1. Босқич: эритема, зарарланган соҳа ушлаб кўрганда иссиқ, оғриқли.

2. Босқич:

- тери бутунлигининг бузилиши, унинг дерма билан чегараланиши
- эксфолиация
- суюқлик билан пуфакларнинг бўлиши
- эритема анча якка ифодаланган, зарарланган соҳа ҳарорати ошган
- шиш

3. Босқич: ажралмали яраларнинг шаклланиши (яра дермадан чуқурроқ тарқалмайди), пўстлоқ ҳо қилиб тузалиши.

4. Босқич: яралар мушак ёки суяккача тарқалади, қўшни тўқималар некрози, яра четлари грануляцияси ва эпителизацияси.

Лаборатор текширувлар:

- Яра ажралмасини экиш
- Иситма бўлганда қоннинг умумий анализи
- Лейкоцитозда сийдикнинг умумий анализи
- Агар юқоридаги текширувлар мусбат бўлса – қон ва сийдикни экиш

Дифференциал диагностикаси:

- лимфастаз ёки ишемик яралар
- васкулитлар
- ёмон сифатли ўсмалар
- нур билан зарарланиш
- гангреноз пиодермия

Даволаш

Диета – оқ микдори кўпайтирилган, юқори калорияли, рационга руҳ сульфат, А ва С витаминлар ва темир моддаси билан бойитилган овқатлар киритилган бўлиши керак.

Жисмоний фаоллик - бемор учун максимал эришиш мумкин бўлган чегарада пассив ҳаракатлар агар имкон бўлса фаол машқлар.

Олиб бориш тамойили

- некроз бўлганда хирургик ишлов бериш
- қаттиқ боғлаш
- гидротерапия
- ярага лазер билан ишлов бериш
- махсус кроватлар чайшаблар билан бирга: хаво ва сув билан тўлдирилган.

Ҳар 2 соатда у ёки бу ёнбош билан ётиш

Сийдик ва нажас тутолмасликни назорат қилиш.

I Босқич:

- терининг ҳолатини ҳар 8-12 соатда баҳолаш
- босимни камайтириш
- нам барьерли малҳамлар
- шаффоф биокклюзияли боғламалар;
- терининг барча соҳалари тозаллиги ва қуруқлигини таъминлаш;
- некротик яраларда – айланувчи ванналар.

II Босқич:

- 0,9% ли NaCl ва H₂O₂ сақловчи совун
- антибиотикларни маҳаллий қўллаш
- совун ва тузли эритма билан ювиш
- қуруқ тампонлар
- ётоқ ярани ўраб турган зарарланмаган терига ҳимояли таглик
- гидроколлоидли плёнка билан боғламлар

III Босқич:

- ярани H₂O₂ ёки 0,9% ли NaCl эритмаси билан ювиш

- некрозга учраган тўқималарни куруқ дока ва яранинг аутолитик хирургик ишлов бериш учун мўлжалланган геллар билан олиб ташлаш
- ярани ювиш
- химояли тўсиқли плёнка
- терини химоялаш – гидроколлоид билан обтурацияловчи боғлам
- шимиб олувчи боғламлар

IV Босқич:

- пўстлоқни олиб ташлаш
- ярани H_2O_2 ёки 0,9% ли NaCl эритмаси билан ювиш
- ётоқ ярани ўраб олган зарарланмаган терига химояловчи тўсиқли таглик
- тузли эритмада хўлланган дока билан тампон қўйиш
- чуқур ва мураккаб ётоқ яраларни радикал хирургик йўли билан даволаш
- мушак-тери лоскутлари қўйиш
- тери трансплантацияси

Дорилар билан даволаш:

- 1) аскорбин кислотаси 500 мл. дан кунига 2 марта;
- 2) замбуруғларга қарши: миконазол, клотримазол;
- 3) антибактериал воситалар: На сульфадиазин, клиндамицин, гентамицин, хлорамфеникал;
- 4) ферментлар тозаловчи воситалар: коллагеназа, трипсин, плазмин дезоксирибонуклеаза, папаин, ируксал;
- 5) полиуретал тагликлар (плёнкалар);
- 6) абсорбцияловчи гидроколлоидли боғламлар.

Профилактикаси:

- хавф гуруҳидаги кишиларни эрта ажратиш;
- хавф гуруҳидаги беморлар терисининг ҳолатини баҳолаш;
- хавф омилларини йўқолиш;
- ихтисослаштирилган парвариш;
- терига босимни камайтириш; чойшабларни лиқ қилиб қўйиш, тўшак ва сочиқларини куруқ сақлаш, махсус кўрпача ва кроватлардан фойдаланиш, беморнинг ҳолатини тез-тез ўзгартириб туриш; терига камфора спирти билан ишлов бериш;
- сийдик ва нажас тута олмасликни даволаш;
- терини зарарлангандан кейин дарҳол тозалаш;
- парҳезга қўшимча оқлар ва калорияли озиқ овқатлар киритиш, таркибини витамин С ва рух билан мувофиқлаштириш.

Асорати:

- гангрена
- остеомиелит
- сепсис.

Кечиши ва прогнози. Беморни яхши тиббий парваришлаганда аҳволи 70% ҳолларда яхшиланади, 40% ҳолларда тўлиқ тузалади. Кекса ҳаракатсиз беморларда битмайдиган яралар бўлганда ўлим ҳоллари хавфи 4-6 мартагача ошади.

ХКК- 10 • L 89. Декубитал яра.

ВЕНАЛАРНИНГ ВАРИКОЗ КЕНГАЙИШИ

Веналарнинг варикоз кенгайиши – бу уларнинг турғун ва ортга қайтмас кенгайиши ҳамда узайиши бўлиб, деворларининг кўпол патологик ўзгариши, ҳамда генетик дефект туфайли клапан аппаратининг етишмовчилиги натижасида келиб чиқади.

Учраши – аҳоли орасида 15%. Кўп учрайдиган ёш – 20 ёшдан катталарда. Кўпроқ учрайдиган жинс – аёллар (4-5 :1). Улардаги кўпроқ мойиллик прогестеронлар концентрацияси кўпайганда клапанларнинг юмшаши ва вена деворлари чўзилувчанлигининг циклик ошиши билан изоҳланади.

Анатомик терминология. Оёқлардаги веналар тизими юза (масалан катта ва кичик тери ости, сон – тизза ости) ва чуқур (умумий сон, чуқур сон, юза сон, катта болдир ва ҳ.) веналардан иборат. Бир сатҳдаги веналар орасидаги анастомозлар коммуникант, юзакиларидан чуқурларига ўтувчилари эса перфорант дейилади.

Жойлашиши: Кўпроқ тана тери ости катта венаси тизимидаги юза веналар, камроқ – кичик тери ости венаси тизимидагилар (тахминан, 10:1). Аралаш зарарланишлар ҳам бўлиши мумкин (тахминан, 20% ҳолларда).

Этиологияси ва патогенези • Бирламчи омиллар – қон томир деворларининг ирсий заифлиги • Иккиламчи омиллар ♦ Эндокрин (хомиладорликнинг эрта босқичидаги гармонлар ўзгариши) ♦ Хомиладорликнинг сўнгги даврларида тос веналарининг эзилиши ♦ Қорин бўшлиғидаги ўсмалар ♦ Асцит.

Патоморфологияси. Ўзгаришлар ўрта қобикда энг кўп ифодаланган. Веналар узайган ва кенгайган, уларда буралиш пайдо бўлади. Клапанлар атрофияга учрайди. Изчил равишда флебосклероз ривожланади.

Классификацияси

• Варикоз касаллигининг шакли ♦ Тери ичи ва тери ости сегментар варикози ♦ Юза ва/ёки перфорант веналар бўйлаб рефлюксли сегментар варикоз ♦ Юза ва перфорант веналар бўйлаб рефлюксли тарқалган варикоз ♦ Чуқур веналар бўйлаб рефлюксли варикоз кенгайиш.

• Сурункали веноз етишмовчилиги даражаси ♦ 0 – аниқланмайди ♦ I – шишга айланувчи «оғир оёқлар» синдроми ♦ II – турғун шиш, гипер- ёки гипопигментация, липодерматосклероз, экзема ♦ III – веноз трофик яраси (очиқ ёки битиб кетган).

• Асоратлари: қон кетиши, тромбофлебит, трофик яра (жойлашиши ва яраланиш жараёнининг босқичи кўрсатилади).

Клиник манзараси

• Компенсация босқичи – йиллар ва ўнлаб йиллар. Шикоятлар бўлмайди. Оёқларда буралган варикоз кенгайган веналар кўринади.

• Субкомпенсация босқичи – веналарнинг варикоз кенгайишидан ташқари тўпиклар соҳасида, болдирнинг пастки учдан бир қисмида шиш ва ўтиб кетувчи шишлар, тез чарчаш, болдир мушакларида тошиб кетиш (қаппайиш) ҳисси, кечалари тортишиш кузатилади.

• Декомпенсация босқичи (оёқларда қон айланиши бузилишининг кучли ифодаланган белгилари пайдо бўлганда): болдир ва товонда шишлар, тери ости

веналарининг кескин кенгайиши, ўткир оғриқлар, тери қичиши, мушакларнинг тортишиши. Трофик бузилишлар – соч тўкилиши, терининг гиперпигментацияси, тери ости қаватининг индурацияси, яра.

Клиник кечишидаги асоратлар: тромбофлебит, лимфангиит, лимфаденит, варикоз кенгайган веналардан қон кетиш, экзема, тез-тез сарамас яллиғланиш, трофик яралар. Трофик ярадан қон кетишидан, катта тери ости венасидаги тромбофлебитдан тромб қўчиши натижасида ўпка артерияси тармоқлари тромбоэмболияси бўлиб у ўлимга сабаб бўлиши мумкин. Веноз стаз ва варикоз касалликда шикастланиш кўпинча юзаки тромбофлебитни келтириб чиқариши, у эса ўз навбатида перфорант веналар орқали чуқур вена тизимига тарқалиб, посттромбофлебитик синдромни келтириб чиқарувчи тромбозга олиб келиши эҳтимоли мавжуд.

ДИАГНОСТИКАСИ

- Функционал синамалар ♦ Тренделенбург-Троянов синамаси – катта ва кичик тери ости веналари функционал ҳолатини аниқлаш. Сонининг юқори қисмига жгут қўйилган беморни горизонтал ҳолатдан вертикал ҳолатга ўтказиб жгутни ечиш ўзгарган клапанлар бўшлиғида ретроград қон оқимини аниқлаш имконини беради
- ♦ Марш синамаси (Пертес синамаси) чуқур веналар ўтказувчанлигини тасдиқлаш учун зарур. Бемор тик турган ҳолатда болдирининг юқори қисмига жгут қўйилади, жгут тери ости веналарини қисиб туриши керак, беморга шундай ҳолатда 3 – 5 минут юриш таклиф қилинади, агар юриш вақтида тери ости веналари торайиб қолса, бу коммуникант, шунингдек, чуқур веналарнинг ҳам ўтказувчанлигидан далолат беради. Тери ости веналарининг тораймаслиги ёки яна ҳам кенгайиб кетиши бунинг аксини билдиради
- ♦ Претта синамаси ва Берроу-Шейниснинг уч жгутли синамаси перфорант веналарнинг клапан етишмовчилиги жойини аниқлаш учун ишлатилади (бу синамалар кам маълумот берадиган синамалар ҳисобланади).
- Допплерография (доплер аускультацияси) веналар ўтказувчанлиги ва уларнинг клапан аппарати ҳолатини баҳолаш имконини беради.
- Ультратовушли ангиосканерлаш ёрдамида (рангли дуплекс сканерлаш, триплекс сканерлаш) қон томирининг икки ўлчамли тасвирини олиш ва қон оқими йўналиши ҳамда тезлигини аниқлаш мумкин. Вена обструкцияси ўчоқлари, клапан рефлюкси, перфорант веналарни аниқлашда қўлланилади. Сифати бўйича рентгеноконтраст флебографияга яқин, хавфсизлиги эса (флебит хавфи йўқ) ундан юқори.
- Радионуклид ва рентгеноконтраст флебография илгарилари варикоз касаллиги инструментал диагностикасида асосий усуллар деб ҳисобланган, лекин ҳозирги вақтда улардан фақат ультратовушли ангиосканерлашни қўллаш имконияти бўлмагандагина фойдаланилади.

ДАВОЛАШ

Хирургик даволаш – танлаш усули.

- Операцияга кўрсатмалар: катта ва кичик тери ости веналари ва перфорант веналар ўзакларининг клапан аппарати етишмовчилиги, варикоз веналарининг мавжудлиги.

- Қарши кўрсатмалар ♦ Операциядан кейинги чуқур веналар тромбози хавфини келтириб чиқарувчи оёқларни фаол ҳаракатлантира олмаслик ♦ Ҳомиладорлик ♦ Умумий оғир касалликлар.

- Операция турлари (одатда бир неча турни бирга қўллашади) ♦ Троянов-Тренделенбург (катта тери ости венасини кириш тешигида боғлаш). Ҳозирги пайтда кроссэктомия деб аталади ва бунга барча оғиз олди йўлларини лигирлаш қўшимча қилинади ♦ Барча варикоз кенгайган веналарни Бэбкок усули («стриппинг») бўйича венага киритилган экстрактор ёрдамида олиб ташлаш ♦ Инвагинацияли сафенэктомия (катта тери ости венаси олиб ташланмайди; унинг торроқ дистал бўлаги оливали (зайтунли) махсус зонд ёрдамида томирнинг кенгрок проксимал қисмига инвагинация қилиниб, уни «пломблаиди») ♦ Нарат операцияси (бир нечта кичикрок кесимлар орқали тери ости веналари олиб ташланади ♦ Минифлебэктомия - Нарат операциясига ўхшаш, махсус флебодиссекторлар (илмоқлар) ва флебошпателлар ёрдамида бажарилади ♦ «Етишмовчиликли» перфорант веналарни Кокет усули бўйича апоневроз устидан боғлаш ♦ «Етишмовчиликли» перфорант веналарни Линтон усули бўйича (трофик бузилишлар босқичида) апоневроз остидан боғлаш ♦ Очиқ трофик яралар ёки иккиламчи лимфостаз бўлганда перфорант веналарнинг эндоскопик диссекцияси ♦ Магистрал тери ости веналарини криозонд, эндовеноз лазер, юқори тўлқинли радиоэлектрод билан крио ёки термодеструкция қилиш варикоз касаллигининг бошланғич босқичларида самаралидир ♦ Катетерли склерооблитерация.

- Операциядан кейинги асоратлар: гематомалар, яраларни йиринглаши, тромбоз, чуқур веналарнинг тромбофлебити; веналар варикоз кенгайишининг қайталаниши (8-10%). Стриппинг пайтида болдирдаги тери ости нервларининг жароҳатланиши натижасидаги парестезиялар. Радиотўлқинли деструкция пайтида терининг куйишлари. Кам учрайдиган асорат – сон венасининг ятроген жароҳатланиши.

Склерозловчи даво – ёки даволашнинг мустақил усули (пункцион склеротерапия) ёки оператив даволашнинг таркибий қисми сифатида тавсия этилади.

- Веналарни пункцион склерозлаш фақатгина патологик вено-веноз чиқаришлар бўлмаганда қўлланилади ♦ Тери ичи веналари кенгайганда (ретикуляр варикоз, телеангиэктазиялар) ♦ Магистрал тери ости веналари ирмоқларининг чегараланган варикозида ♦ Флебэктомиядан кўп ўтмай атайлаб олиб ташланмаган варикоз веналарнинг облитерацияси учун.

- Ўзак склерооблитерациясини кўпроқ катта тери ости венасида болдир даражасида сондаги стриппингни қўшган ҳолда, кам ҳолларда эса – бутун узунлик бўйлаб ўтказилади. Бунда болдирдаги «етишмовчиликли» бўлган перфорант веналар олдиндан боғлаб қўйилади. Препаратни юбориш учун махсус катетердан фойдаланилади.

- Склерозантлар – детергентлар: тетрадецилсульфат ва полидоканолнинг 1 – 3% концентрациядаги қоришмалари. Уларнинг афзалликлари: аллергия реакциялар ва склерозант томирдан ташқарига тушганда тўқималар некрозининг кам учраши.

Консерватив даво – оператив даволашга қарши кўрсатмалар бўлганда – эластик бинт ёки даволовчи пайпоқларни доимий кийиб юриш шаклидаги компрессия, меҳнат ва дам олишнинг рационал тартибига риоя қилиш, оғир жисмоний

зўриқишларни чеклаш, даволовчи жисмоний тарбия. Дори воситалар (флеботоник ва флебопротекторлар): анавенол, трибенозид, гинкор – форт, детралекс, троксерутин, эсцин диамин ва бошқалар.

Ҳомиладорлик. Ҳомиладорларнинг тахминан ярмида оёқ веналарининг кенгайиши кузатилади. Ҳомиладорлар учун махсус даволовчи пайпоқларни кийиш, рационал тартибга риоя қилиш тавсия этилади.

ХКК-10 • I83 Оёқлардаги веналарнинг варикоз кенгайиши.

ТЕРИ РАКИ

Терининг ёмон сифатли касаллиги ҳисобланиб унинг онкологик касалликларини 25%ни ташкил этади. Одатда тери раки тананинг очик қисмларида пайдо бўлади; 90% ҳолларда бош ва бўйин териси зарарланиб секин ўсиши, кеч ва кам метастазлар пайдо бўлиши хос.

Асосий гистологик **шакллари** – ясси хужайрали (30%) ва базал хужайрали (базалиома) рак (60%).

Базал хужайрали карцинома – чегараланган ва секин ўсиши билан фарқланади.

Клиник манзараси • Касаллик терида яққол чегараланган лик юзали бинафша ёки қизил рангли тугун пайдо бўлиши билан бошланади • Ярим шаффоф марварид белбоғи бўлиши характерли • Ўсма ўзида турли даражадаги меланин пигментини сақлаши сабабли унинг ранги бинафшадан тўқ маллагача бўлиши мумкин • Тугун ўсиб борган сари унинг марказий қисмида яра пайдо бўлиб усти пўстлоқ билан қопланади • Ўсма сателлит тугунлар билан ёки усти пўстлоқ билан қопланган марказий яра кўринишида бўлиши мумкин. Ёндош телеангиэктазиялар кўп кузатиладиган белгилардан бири. Базал хужайрали карцинома турлари: юзаки, тугунли, пигментлашган, склеродермияга ўхшаш. Метастазлар жуда кам ҳолларда пайдо бўлади.

Ясси хужайрали карцинома • Ясси хужайрали рак кўп қаватли, ясси эпителия хужайраларидан ташкил топади ва аксарият ҳолларда шохланади • Ўсма хужайралари десмосомалар билан бириктирилган (нурли микроскопда кўрганда хужайралараро кўприклар) • Эпителиянинг марказий уялари кератиннинг жамланган агрегатларини сақлаши мумкин (кератин марваридлари). ўсма тез ўсади ва метастазлар беради (гематоген ва лимфоген). **Генетик аспекти** • Фергюссон Смит эпителиомаси (*1328000, 9q31 ген *ESS1*, R).

Клиник манзараси • Тугун сателлитлар ёки маркази пўстлоқ билан қопланган яралар кўринишида намоён бўлади • Ўсманинг жойлашиши; лаблар, бурун ва қўлтиқ ости соҳалари.

Боуэн касаллиги – ички эпидермал ясси хужайрали раkning шакли ёки *in situ* карциномаси. Терида ва оғиз шиллик қаватида пайдо бўлади • Кўпинча тугунча туридаги тошмалар ёки пўстлоқ ёхуд қазғоқ билан қопланган эритематоз бляшкалари билан намоён бўлади. Ўзаро йирик майдонларга бирикиб аксарият ҳолларда папилломатоз ўсишлар кузатилади • Ҳаётнинг 4 ва 6 декадаларида пайдо

бўлади. Боуэн касаллиги негизда кўп ҳолларда дифференцияланмаган рак ривожланади.

Кам учрайдиган шакллари

Оқ бурчакли, қаттиқ ва кам сочли базал ҳужайрали карцинома (109390, R vs. N доминантли). Базал ҳужайрали карцинома, юз ҳамда кўл ва оёқлардаги кўплаб оқ хуснбузарлар, юқори даражадаги тер ажралиши ва юзнинг пигментацияси, бошдаги сочларнинг кўпол ва кам бўлиши.

- Базал ҳужайрали невус синдроми (*109400, локуслар 9q22.3-q31 ва 9q31, генлар *PTCH* ва *VCNS* [601309, Горлин синдроми], R). Жағ кисталари, кафт ва товондаги эритематоз чуқурчалар, айниқса юз суяклари аномалиялари билан учрайдиган терининг кўп базал ҳужайрали карциномаси. Нисбатан кам учрайдаган белгилари: ғилайлик, гипертелоризм, глаукома, кифосколиоз, қовурға ва бўйин умуртқалари камчиликлари ҳамда паренхиматоз аъзолардаги фибромалар, тухумдонлар раки, брахидактелия, баъзан ақлий заифлик. Рентген нурларига юқори сезгирликнинг мавжудлиги.

- Терининг базал ясси ҳужайрали карциномаси тузилиши ва биологик кечиши бўйича базал ва ясси ҳужайрали ракларининг ўтиш шакли ҳисобланади; Синонимлари: базал ясси ҳужайрали карцинома, оралик карцинома, базал ясси ҳужайрали рак, аралаш рак.

TNM – классификацияси

- T_x – бирламчи ўсмани баҳолаш учун маълумотлар етарли эмас
- T_{is} – in situ карциномаси
- T₀ – бирламчи ўсма аниқланмайди
- T₁ – ўсманинг энг катта ўлчами 2 см.
- T₂ – ўсманинг энг катта ўлчами 5 см.
- T₃ – ўсманинг энг катта ўлчами 5 см.дан кўп.
- T₄ – ўсманинг яқинидаги тўқималарга: тоғайларга, скелет мушакларига ва суякларга ўсиб кириши
- Мабодо синхрон кўплаб ўсмалар ривожланса уларнинг энг каттаси бўйича классификацияга ажратилади ва ўсма сони қовус ичида кўрсатилади – T₂(5)
- N_X – худудар лимфа тугунларининг аҳволини кўрсатишни иложи йўқ
- N₀ – худудар лимфа тугунларида метастазлар йўқ
- N₁ – худудар лимфа тугунларида метастазлар мавжуд.

Босқичлар бўйича гуруҳлаш

- 0 босқич: T_{is} N₀M₀
- I босқич: T₁N₀M₀
- II босқич: T₂₋₃N₀M₀
- III босқич: ♦ T₃N₀M₀ ♦ T₁₋₄N₁M₀
- IV босқич: T₁₋₄N₀₋₁M₁.

Даволаш Эрта аниқлаш мумкинлиги ва секин ўсиши сабабли тери ракини даволаш ҳозирги вақтда катта қийинчиликлар туғдирмайди.

- Яқин фокусли нур терапияси. Юз ўсмаларида қўлланилади (косметик нуқсонлар туғдирмаслик мақсадида). Нурлантирилган соҳадаги тери депигментация ва атрофияси ушбу усулнинг камчилиги ҳисобланади.

- Рентгенотерапия – операция қилинганда юқори хавф гуруҳидаги (масалан, қариялар) беморларда оптимал даволаш усули. Баъзан бу усул косметик кўрсатмалар бўлганда ҳам қўлланилади (масалан, базилиома лабларда ва қовоқларда жойлашганда). Шунингдек аппликация ва тўқима ичи (брахитерапия) усулларидан ҳам фойдаланилади.

- Жароҳатни бирламчи ёпиш билан олиб ташлаш. Атроф соғлом тўқимани ўрганиш имкониятини беради. Зарурат бўлганда ушбу босқични ўзида пластикани

амалга ошириш мумкин. Ўсма ўлчамлари катта бўлганда (Т3) операциядан олдин дистанцион гамма терапия ўтказиш кўрсатилган. Ундан кейин ўсма кенг кесим билан олиб ташланиб автодермопластика амалга оширилади ♦ Худудар лимфа тугунлар фақат улар зарарланганда олиб ташланади ♦ Кўп ҳолларда худудар лимфа тугунларнинг яраланиши кузатилади. Бундай ҳолларда турли жараёнлар билан дифференциал диагностика ўтказиш лозим (шу жумладан ўсмалар) ♦ **Тер безлари ўсмалари** – кўпроқ қарияларда учрайдиган экзокрин ўсмалар. Кўп ҳолларда худудар лимфа тугунларига метастазлар беради. Шунинг учун бирламчи ўсма олинганда улар ҳам бирга олиб ташланади. Беш йиллик умр кўриш – 40 %. Тери қолдиқларидан чиқувчи ўсмалар юқори даражадаги ёмон сифатлилик билан характерланади.

Мозо микрографик хирургия усули операция ҳажмини аниқлаш учун ўсма чегараларини чизиб чиқишни ўз ичига олади. Ушбу усул ўсма қайталанишларида, унинг склерозланган шаклида, бурун ва бурун атрофида жойлашганида қўлланилади. Даво самардорлиги 99%га яқин бўлиб дарҳол ўтказилган пластика яхши косметик натижалар беради.

- Бурун-лаб бурмаси, кўз бурчакларининг медиал ва латериал қисмлари ҳамда кулоқ орти соҳасида жойлашган базалиомалар клиник агрессив кўринишда кечади. Улар чуқур ўсиб кириши мумкинлиги сабабли кенгайтириб кесиб олиш талаб қилинади.

- Криотерапия. Чандиқлар хо бўлиш эҳтимоли жуда кам.

- Электродиссекция. Ўсма ўлчамлари 1 см.дан кам бўлганда ва қарияларда қўлланилади.

- Лазер ёрдамида диструкция ёки қирқиш.

- Малҳамлар билан маҳаллий даволаш (0,5%ли колхамин; 50%ли проспедин). Одатда қувватсиз (қариялар) ва рентген терапияга қарши кўрсатмалар бўлган ҳамда операциялардан воз кечган беморлада ўтказилади.

- Профилактик лимфоденэктомиялар тавсия этилмайди.

- Химиотерапия фақатгина катта ва олиб ташлашнинг имконияти бўлмаган ҳамда даволашнинг қолган барча усуллари самара бермаганда қўлланилади.

Кечиши ва прогнози • Монанд даволаш усуллари қўлланилганда 90-95% беморларнинг тузалиши таъминланади • Ўсма олиб ташланганда сўнгги биринчи беш йилликда энг кўп қайталанишлар кузатилади.

Профилактикаси • Терига тўғридан тўғри куёш нури тушишини олдини олиш ва куёшдан ҳимоялаш воситаларини қўллаш • Ўсма пайдо бўлишини ўз вақтида аниқлаш учун пациентлар томонидан ўз териларини мунтазам кузатиб бориш • Терини мышьякнинг органик бўлмаган ҳоалари билан алоқасини олдини олиш.

ХКК-10 • С44 Терининг ёмон сифатли ўсмалари • **D04(0-9)** in situ раки

ОЁҚЛАРНИНГ ИШЕМИК КАСАЛЛИГИ АСОСИЙ ҲОЛАТЛАР

- Оёққа хавф солувчи ўткир ишемия борлигини аниқлаш ва беморни дарҳол шифохонага жўнатиш.
- Оёқларда сурункали ва оғир ишемия борлигини аниқлаб зудлик билан муқобил текширишларни амалга ошириш.
- Периферик артерияларнинг окклюзловчи касаллиги (ПАОК) гумон қилинганда доплер-стетоскопия ўтказиш.
- Беморда йўлдош ЮИК бўлса, тегишли чораларни кўриб, инсултни олдини олиш. Оёқларидаги периферик артерияларда окклюзив касаллик бўлган беморларда одатда тизимли атеросклероз ҳам аниқланади. Бундай ҳолларда прогнозни оёқлардаги ишемия ҳал қилмайди. Қондаги липидлар миқдорини пасайтиришга қаратилган даво маълум даражада самара келтириши мумкин.

СУРУНКАЛИ ИШЕМИЯНИНГ КЛИНИК МАНЗАРАСИ

- Вақти – вақти билан кузатиладиган оқсоқлик – зўриқтиргандан кейинги оёқдаги чарчаш ва оғриқ, у бир неча минутли ҳордиқдан кейин ўтиб кетади. Бундан кейин бемор яна худди шундай масофани босиб ўтиши мумкин.
- Товоннинг совиб кетиши.
- Юрганда ёки оёқларни кроватдан туширганда ўтиб кетувчи, лекин кечаси тинч ҳолатдаги оғриқ.
- Оёқлар терисидаги тукларнинг камайиши.
- Лериш синдроми: оёқлардаги ҳолсизлик, сон – думбадаги вақти – вақти билан тутадиган оқсоқлик ва импотенциянинг ривожланишини келтириб чиқарувчи аортанинг дистал бўлимларидаги окклюзия.
- Ёнбош артериянинг окклюзияси сон-болдирдаги вақти-вақти билан тутадиган оқсоқланишни келтириб чиқаради. Сон артериясининг окклюзиясида болдирда, тизза ости артериясининг окклюзиясида эса – товонда вақти – вақти билан тутувчи оқсоқланиш пайдо бўлади.
- Товон ва болдир-товон соҳасидаги артерияларда пульс текширилади.
- ◆ Товоннинг сиртқи артерияси ва орқа катта болдир артериясида пульсни аниқлаш.
- ◆ Шиш пайпаслашни қийинлаштириши мумкин.
- ◆ Товоннинг сиртқи ва орқа катта болдир артериясидаги қаттиқ пульсацияда уларда клиник аҳамиятга эга бўлган окклюзиянинг бўлиш эҳтимоли кам.
- ◆ Текшириш натижасидаги маълумотларни тасдиқлаш учун доплер-стетоскопия ўтказилади.

ВАҚТИ – ВАҚТИ БИЛАН ТУТУВЧИ ОҚСОҚЛИКНИ (СУРУНКАЛИ ИШЕМИЯНИ) ИНВАЗИВ УСУЛЛАРСИЗ ДАВОЛАШ

- Чекишни ташлаш.
- ◆ Касаллик белгилари 85% беморларда камаяди, унинг ривожланиши секинлашади.
- Жисмоний машқлар.
- ◆ Беморга ҳар куни камида 1 соат пиёда юриши зарурлиги хақида ўқтириш.

- ◆ Юриш пайтида оғриқ пайдо бўлса, бемор бироз вақт дам олиб яна юришни давом эттиришини тушунтириш.
- ◆ Белгиларнинг енгиллашишини 3 ой давомида кутиш мумкин.
- ◆ Ёнбош артериясининг окклюзиясида ёки бемор 50 м. ҳам юра олмаса, вақти – вақти билан тутувчи оқсоқликда сезиларли тузалиш натижаларини кутишнинг ҳожати йўқ.
- Дорилар билан даволаш.
- ◆ Ацетилсалицил кислотаси, кунда 100-250 мг.дан. Периферик артериялар касалликларини кучайишини олдини олишда ацетилсалицил кислотасининг ижобий таъсири аниқланмаган. Аммо йўлдош ЮИК бўлса ва периферик реваскуляризациядан кейин унинг самарадорлиги исботланган.
- ◆ Қондаги липидлар миқдорини пасайтирувчи препаратлар. Статинлар йўлдош ЮИК ни ривожланишини бироз тўхтатади, эҳтимол, ПАОК ривожланишини олдини олади.
- ◆ Агар ацетилсалицил кислотасига аллергия бўлса, клопидогрел ёки дипиридамоладан фойдаланиш мумкин.
- ◆ Пентоксифиллиннинг самарадорлиги ҳозирча мунозарали масала.
- ◆ Селектив β – адреноблокаторларни қўллаганда агар беморда хавфли ишемия бўлмаса, уларнинг ножўя таъсири ривожланмайди. Одатда, йўлдош ЮИК ва/ёки артериал гипертензия бўлганда уларни қўллаш тавсия этилади.
- Маҳаллий даво.
- ◆ Айниқса қандли диабет беморлар учун жуда муҳим.
- ◆ Жароҳатлардан эҳтиёт бўлиш, иссиқ ва совуқ ванналарни қабул қилишдан тийилиш керак.

СУРУНКАЛИ ИШЕМИЯНИНГ ИНВАЗИВ ДАВОСИ

- Вақти вақти билан тутувчи оқсоқлик – нафақат бемор учун ёқимсиз ҳис, балки баъзан жуда жиддий бузилиш ҳамдир. Агар йўлдош ЮИК ва бош мия томирларининг жароҳатлари бўлса хавф янада ошади. Айнан шу касалликлар акчарият ҳолларда прогнозни белгилайди.
- ПАОК ни даволаш одатда инвазив бўлмаган усуллардан бошлашади («чекишни ташлаш ва пиёда юриш»).
- Ангиопластика – бу оддий ва одатда самарали хирургик даволаш усулидир. Агар бемордаги касаллик белгилари кучайса, қон томир хирургининг маслаҳатидан фойдаланиш керак. Беморда артериялар проксимал қисмларининг окклюзиясида ҳатто минимал клиник белгилар бўлганда ҳам стентлаш билан бирга ёки усиз баллонли дилатация ўтказилиши керак. Уни бундай даволаш усулида ишемиянинг тез – тез қайталаниши ҳақида (муолажадан кейин бир йил ичида 40% гача) огоҳлантириб қўйиш лозим. Артериялар проксимал қисмларининг окклюзияси одатда чекишда, дистал қисмлариники эса – қандли диабетда ривожланади.
- Артерияларни айланиб ўтувчи шунтлаш операцияси (сон-аорта Y-симон шунтни қўйиш) энг самаралидир: 80% дан кўпроқ ҳолларда шунтнинг ўтказувчанлиги 5 йил давомида сақланиб қолади.

- Артериялар дистал қисмларидаги тиклаш операциялари мураккабдир, шунтларнинг ўтказувчанлиги эса кўп сақланмайди.
- Даволашнинг қайси бир инвазив усулини қўллаш лозимлигини қон – томир хирургии аниқлайди.

ОЁҚҚА ХАВФ СОЛУВЧИ ЎТКИР ИШЕМИЯ: КЛИНИК МАНЗАРАСИ ВА ДИАГНОСТИКАСИ

- Яққол ифодаланган атеросклероз бўлмаган ҳолда эмболия туфайли юзага келиши мумкин.
- Касалликнинг ўткир бошланишига, одатда сурункали ишемиянинг кучайиши сабаб бўлади: яқинда ҳо бўлган тромб қон томирни беркитиб қўймайди.

КЛИНИК МАНЗАРАСИ

- Клиник манзарани 5 «P» қоидаси ёрдамида таърифлаш мумкин (“pain, pallor, pulselessness, paresthesia, and paralysis”) – яъни оғриқ, терининг оқариши, пульснинг йўқлиги, парестезиялар ва фалажлик.
- Бунга қўшимча сифатида шикастланган оёқ терисининг ҳароратини бошқасиники билан солиштириб кўриш мумкин. Баъзан ҳатто иссиқ ва совуқ қисмларнинг орасидаги яққол чегарани аниқлаш мумкин бўлади.

ДИАГНОСТИКАСИ

- Эмболлар натижасида томирларнинг бекилиши (окклюзияси) ўткир ривожланади. Тез-тез учрайдиган бевосита сабаби – юрак бўлмачаларининг фибрилляцияси ёки миокард инфаркти.
- Кучайиб келаётган сурункали ишемия аста – секин бошланади. Бунда анамнезда вақти – вақти билан тутадиган оқсоқлик ва бошқа оёқда ПАОК кузатилади.
- Дифференциал диагностикада ёнбош ёки сон венасининг массив тромбозини ёдда тутиш керак (қўшимча аломатлари: шиш, цианоз ва веноз димланиш).
- Ўткир мушак ҳолсизлиги билан кечадиган оёқ қон томирларининг бекилиши баъзан инсультни эслатади.

ОЁҚЛАРНИНГ ТАҲЛИКАЛИ ИШЕМИЯСИ

- Гангрена ривожланиш хавфи бўлса, ишемия таҳликали ҳисобланади.
- Агар товондаги яра 2 ҳафта мобайнида битиб кетмаса, таҳликали ишемияни шубҳа қилиш керак. Ишемияга дистал гангрена («бармоқ инфаркти») ва ётоқ яраларидан ташқарида жойлашган яралар хосдир (ётоқ яралари одатда оёқ панжалари ва товоннинг кўтарилиш соҳасида ҳо бўлади).
- Бемор оёғининг қизиб ёки совиб кетишидан шикоят қилади, оёқ оқариб кетган ва/ёки кўкимтир кўринади.
- Кўпинча диабетли микроангиопатия билан бирга кечади.
- Бемор ишемияни оёқнинг увушиши деб ҳисоблаши мумкин.
- Диагностик қийинчиликлар веноз етишмовчилиги ва варикоз кенгайган веналар яраланиб кетганда туғилади.
- Қуйидаги ҳолларда ишемия таҳликали ҳисобланади.
- ◆ Агар тинч ҳолатда, айниқса кечалари оғриқ пайдо бўлса.

◆ Агар товондаги яралар ёки унинг гангренаши тузалмаса, товондаги систолик АБ эса 50 мм. сим. уст. дан кам бўлса (доплер-стетоскоп билан ўлчаганда). Шунинг эса тутиш керакки, қандли диабет бор беморларда ҳам доплер-стетоскопия натижалари ёлғондакам меъёр бўлиши мумкин. Ишемияда секин ва бир маромли пульс шовқини эшитилади.

ЎТКИР ВА ТАҲЛИКАЛИ ИШЕМИЯДА ҚОН ТОМИРДАГИ ОПЕРАЦИЯЛАР

- Ўткир ривожланган ишемияда беморни дарҳол шифохонага ётқизиш керак.
- Эмболэктомия – даволашнинг оддий усулидир, уни ҳатто маҳаллий анестезия остида умумий аҳволи оғир бўлган кекса беморларда ҳам бажарса бўлади.
- Сурункали ишемия асосида ўткир ривожланган тромбоз баъзан касаллик белгиларини тромболитик препаратларни артерия ичига юбориш орқали йўқотиш мумкин.
- Кўпинча таҳликали ишемияда қўшимча равишда эндоваскуляр операция ёки периферик артерияларни шунтлашни ўтказишга тўғри келади.
- Агар оёқдаги меъёр ҳаракатлар ва тактил сезгирлик сақланиб қолса, товондаги АБ 30 мм. сим. уст. дан юқорироқ, цианоз ва мушакларда оғриқлар бўлмаса, бошланғич босқичларда беморни консерватив даволаш мумкин.
- Таҳликали ишемия одатда майда артерияларнинг ката масофадаги стенозида ривожланади. Беморлар аксарият ҳолларда кекса ёшдаги кишилар бўлиб, прогноз ҳаёт учун ёмон. Шунга қарамадан, артериялардаги хирургик амалиёт туфайли оёқни ампутациядан сақлаб қолиш мумкин.
- Дастлабки ампутация – умумий аҳволи оғир бўлган, мустақил ҳаракатлана олмайдиган беморларни муқобил даволашдир. Товоннинг ярми гангренага учраган бўлса, ампутация – даволашнинг ягона усулидир.
- Ишемия туфайли ўтказилган ампутациядан кейин беморга жуда кам ҳолларда протезда юришни ўргата олиш мумкин. Иложи бўлган пайтларда албатта шунтлаш операцияларини танлаш керак.

ҚЎШИМЧА МАЪЛУМОТЛАР

- Қон оқимини сақлаб қолиш учун тери ости веналарининг аутотрансплантангидан фойдаланиладиган шунтлаш операцияларига нисбатан ангиопластика самарасизроқдир. Лекин маълум шароитларда унинг натижалари политетрафторэтилен протезларидан фойдаланилган шунтлаш операциялари билан таққослайдиган даражада бўлади.
- Илопрост шошилиш терапия воситаси сифатида самарали бўлиши мумкин.
- Дуплекс сканерлаш – вақти – вақти билан тутадиган оқсоқлик ёки таҳликали ишемияси бўлган беморларнинг оёқларида ПАОК ни аниқлаш учун қўлланиладиган юқори ахборотли инвазив бўлмаган текшириш усулидир.
- Вақти – вақти билан тутадиган оқсоқланиши бўлган беморларнинг юриш қобилиятини баҳолаш учун ўтказилган қисқа муддатли текширишлар натижасида аниқланишича дефибротид плацебога нисбатан самаралироқдир.

- Вақти – вақти билан тутадиган оқсоқланишни даволашда Е витамини самарадорлиги ҳақида етарли исботлар йўқ, шунинг учун, уни қўллаш тавсия этилмайди.

ДИАБЕТИК НЕВРОПАТИЯ

Диабетик невропатия – ҚДга хос бўлган асорат бўлиб 12 – 70% беморларда кузатилади; Кўпроқ узоқ вақт ҚД билан касалланган, ёши ўтган, юқори гипергликемияли беморларда кузатилади.

Классификацияси • Симметрик дистал сенсор полиневропатия – кўп учрайдиган синдром ♦ Аксарият ҳолларда оёқларнинг, баъзан қўлларнинг дистал қисмлари шикастланади ♦ Товонларда сезгининг камайиши, рефлексларнинг сусайиши, вибрация ва оғриқ белгиларининг йўқолиши, Шарко бўғими ♦ Ҳаракатланиш ўзгаришларининг минимал бузилишлари ♦ Переферик невропатияга чалинган беморларда вегетатив ўзгаришларнинг камроқ кузатилиши ♦ Постдурал (позицион) гипотензия ♦ Импотенция ♦ Сийдик қопчаси дисфункцияси билан сийдикнинг ушланиб қолиши ♦ Ошқозон бўшалишининг секинлашиши (ошқозоннинг диабетик парези), қабзиятлар, диареялар ♦ Гипоглекемик адренергик белгиларнинг кўпинча кам намоён бўлиши ёки умуман бўлмаслиги унинг натижасида эрта диагноз қўйиш ва даволашнинг қийинлашиши • Симметрик проксимал мотор невропатия – кам учрайдаган синдром. Оёқлар проксимал мушакларининг ўткир ости атрофияси ва парезлари (камроқ қўлларда) • Радикулопатиялар – диабетик невропатиянинг кам кузатиладиган шаклларида бўлиб алоҳида дерматомаларда ўқ теккандек оғриқлар, бош ёки проксимал ҳаракат нервларининг шикастланиши билан кечувчи моноевропатиялар (ассиметрик проксимал мотор невропатияси).

Этиологияси ва патогенези • Шванн ҳужайраларида сорбитолнинг йиғилиши ва кейинчалик уларнинг шикастланиши • Шванн ҳужайраларининг шикастланиши нерв импульслари ўтказувчанлигининг секинлашиши ва аксонларнинг сегментар демиелинизацияси ҳамда дегенерациясига олиб келиши.

Даволаш • Симптоматик • ҚДни монанд холда даволаш аксарият ҳолларда переферик полиневропатия белгиларини камайтиради.

ХКК – 10 • G 63.2 Диабетик полиневропатия (E10 – E14+умумий тўрт белгиси билан).

КЛИМАКТЕРИК СИНДРОМ

ПЕРИМЕНОПАУЗАЛ ДАВР

Перименопаузал давр – аёлнинг ёши ўтган сайин жинсий аъзолар фаолиятининг табиий сусайиши билан характерланади. Перименопаузал давр: менопауза ва 2 йил постменопауза даврини ўз ичига олади.

Пременопаузал давр – 45 ёшдан токи менопауза бошлангунгача бўлган давр. Менопауза – аменорея, яъни 45 ёшдан катта аёлларда ҳайз кўришнинг биринчи

тўхташи ва ундан кейин 6 - 12 ой кузатилмаслиги, бу эса ёш ўтган сайин аёл жинсий аъзоларининг шаклий ўзгаришларини кўрсатади; охирига ҳайз ўртача 50,8 ёшда кузатилади.

Постменопаузал давр - менопаузадан кейин бошланади ва аёл умрининг охиригача давом этади.

Перименопауза ва менопауза физиологияси. Ҳайз кўриш циклининг ўзгаришлари: 40 ёшдан кейин регуляр бўлмаслиги ва кейинчалик унинг тўхташи.

- Овоцитлар ўлими тезлашуви ва примордиал фолликулалар амнезияси, кам миқдорда етилаётган фолликулалар цикллари ўртасидаги ораликларнинг ошишига ёки олигоменорея билан тушиб қолишига олиб келади.

- Гармонал бошқарув ўзгаришлари ♦ Эстрогенлар ажралиши камайиши, лекин уларнинг активлиги менопаузадан кейин ҳам кўп йиллар давомида аниқланади (эстрогенлар асосан буйрак усти безидан, жуда оз миқдорда тухумдондан ишлаб чиқарилади). Ёш ўтган сайин примордиал фолликулаларнинг мутлоқ миқдори аста-секин камаяди, шунинг учун менопауза вақтида улар бўлмайди, навбатдаги фолликула ривожланиши сусайган ёки кузатилмайди, бу эса эстрогенлар ажралиши пасайиши ёки йўқ бўлишига олиб келади ♦ Гонадотропинлар ажралишининг кўпайиши манфий қайта боғланиш механизмига кўра содир бўлади (ФСГ 40 ёшдан ЛГ 45 ёшдан) менопаузадан кейин ЛГ 3, ФСГ эса 14 марта кўп ошади ♦ Тухумдонлар стромаси гармонал активлиги ўзгармайди, андростендион секрецияси кузатилади ва оз миқдорда синамаостерон хо бўлади.

- Эстрогенлар миқдори эндометрийда пролифератив ўзгаришлар бўлиши учун етарли эмас, шунинг учун одатда ҳайз кўриш 50 - 52 ёшда тўхтади.

- Сарик тана бўлмаганлиги сабабли прогестерон синтези тез пасаяди. Прогестерон етишмаслиги ва эстрогенлар кўпайиши бачадондан дисфункционал қон оқишлар ҳамда эндометрий гиперплазияси сабабларидан биридир. 40-55 ёш оралиғида айрим аёлларда эстрогенлар миқдори кўпайиши кузатилиб, натижада бачадондан дисфункционал қон кетиши билан намоён бўлади. Эстрогенлар кўплиги овуляция билан боғлиқ эмас. Эндоген эстрогенлар миқдорининг кўпайиш сабаблари: ♦ Бачадоннинг функционал актив ва актив бўлмаган эндокрин ўсмаларида андростендион миқдорининг ошиши, жигар касалликлари, стресс ♦ Семизлик, гипертиреозда ва жигар касалликларида эстрон ишлаб чиқарилиши кўпайиши ♦ Тухумдон ўсмаларида эстрогенлар секрецияси ошиши ♦ Гипопрогестеронемия.

- **Эстроген миқдори камайишига нишон-аъзолардаги реакциялар.** ♦ Қиннинг асосан юқори қисми таранглашмаган шиллик қавати оқарган, юпқалашган ва қуруқ ♦ Кичик жинсий лаблар оқарган ва қуруқ. Катта жинсий лабларда ёғ тўқимасининг камайиши ♦ Бачадон ва қинни тутиб турувчи кичик чанок мушаклари ва бойламлари ўзининг тонусини йўқотади. Кўп ҳолларда бачадоннинг тушишига олиб келади ♦ Эндометрийнинг сийраклашуви, атрофияси ва кўпгина петехиал қон қуйилишлар кузатилади. Эндометрия безлари миқдорини камайиши кузатилади. Миометрий атрофиялашиб, бачадон ўлчами кичиклашади. Агар бачадонда фибромиома бўлса, улар ўлчами камаяди, лекин тўлик йўқ бўлмайди ♦ Сут безларига ёғ тўқимасининг кўп тўпланиши ва без тўқималарининг

атрофияланиши натижасида уларнинг таранглиги ва шакли йўқолади • Суяк тўқимасини доимий кальцийни йўқотиши остеопароз, умуртқаларнинг қийшайиши ва тез - тез суяк синишларига олиб келади • Андрогенларнинг нисбий фаоллашуви натижасида эркакларга хос бўлган туқланиш хо бўлади.

Клиник манзараси. Климактерик бузилишларни юзага келиш характериға қараб, бир қанча гуруҳларға бўлиш мумкин • Вазомотор белгилар айрим аёлларда 1-2, лекин баъзан 5 йилгача ҳам давом этиши кузатилади ♦ «Қуйилиб келувчи» қизиш, тўсатдан юзнинг бўйин ва кўкракларнинг қизариши, кучли қизиб кетиш сезгиси ва тер ажралиши намоён бўлади. Асосан кечкурун ва кучли стресслар вақтида намоён бўлади ✦ «Қуйилиб келадиган қизиш» ни кечишиға қараб климактерик синдромни куйидаги оғирлик даражаларға бўлиш мумкин: енгил шакли - 1 кунда 10 тагача қизиб кетиш кузатилади, умумий аҳволи ва меҳнат қобилияти бузилмаган; Ўртача шакли - 1 кунда 10-20 та қизиш, бош оғриқ бош айланиши юрак соҳасида оғриқлар, умумий аҳволнинг ёмонлашуви, меҳнат қобилиятининг пасайиши билан кечади; Оғир шакли – 1 кунда 20 та дан кўп қизиш, меҳнат қобилиятининг тўлиқ йўқолиши билан кузатилади ✦ Эстрогенлар билан даволаш қизишнинг давомийлигини камайтиради ♦ Бошқа белгилар - гипергидроз, артериал қон босимининг ўзгариши, бош оғриши, эт увишиши, юрак уриши тезлашиши • Эмоционал психик: кўзгалувчанлик, уйқучанлик, ҳолсизлик, безовталик, депрессия, эсдан чиқариш, эътиборсизлик, либидонинг пасайиши • Терининг қуриши, тирноқларнинг синиши, ажинлар, сочнинг қуриши ва тўкилиши • Ҳайз кўриш циклининг ўзгариши ♦ Олигоменорея, кейинчалик аменорея билан ♦ 12 ойлик аменореядан кейин бачадондан қон кетиши кузатилса, бачадон эндометрийси патологиясини истисно қилиш керак (полип, гиперплазия ёки неоплазия) • Остеопароз – бу суяк тўқимасининг дистрофияси, яъни унинг асосини қайта тузилиши. Бу куйидагича характерланади: суяк ҳужайраларининг ҳажм бирлигида камайиши, юпқаланиши ва тўла сўрилиши. Натижада синиш мойиллигини пайдо бўлиши. Суяк резорбциясининг кучайиши менопаузадан кейин 3-7 йил давомида сақланади ♦ Клиник манзараси ✦ Умуртка поғонасининг компрессион синишлари (кўпинча T_{VIII-LIII}) ✦ Сон суягининг синишлари асосан сон суяги бўйничаси соҳасида ✦ Тирсак суяқларининг дистал қисми ва бошқа суяқларнинг синиши ✦ Ўрин босувчи эстроген терапия олмаган 60 ёшдан катта аёлларда 25% га яқин компрессион синишлар кузатилади ✦ 32% аёлларда эса ҳаёт давомида 1 ёки бир неча марта сон суягининг синиши кузатилади ✦ Ўртача 16% аёлларда травмадан сўнг 4 ойдан кейин ўлим (пневмония ёки ўпка артерияси тромбоземболияси) учрайди • Атрофик ўзгаришлар ♦ Атрофик вагинит, вульвовагинит соҳаси қичиши, диспареуния ♦ Дизурия, тез-тез кучли сийишга чақирқ, сийдик тута олмаслик ♦ Цистит • Эндоген эстрогенларнинг кўпайиши ♦ Бачадондан дисфункционал қон кетишлар ♦ Эндометрийнинг неоплазияси. Ҳар бир кузатилган патологик қон кетишдан сўнг 35 ёшдан катта аёлларда эндометрийнинг биопсиясини ўтказиш. Аденаматоз гиперплазия ва эндометрий карциномасини истисно қилиш учун.

ДАВОЛАШ

Олиб бориш тамойили • Гармонлар билан даволаш ♦ Ўрин босувчи гармонлар билан даволаш перименопаузал даврда фақат кўрсатмаларға асосан қўлланилади ♦

Баъзида прогестерон эстрогенлар билан бирга тависия этилади • Психотерапия ҳамма аёлларда • ДФК, иссиқ ванна, тоза ҳавода сайр қилиш, санатория ва курортларда даволаниш • Парҳез, яъни аччиқ, ўткир, шўр овқатларни истисно қилиш ва мева-сабзавотларни истеъмол қилиш • Седатив терапия • Витаминотерапия • Остеопароз, юрак қон-томирларида бўладиган асоратларнинг профилактикаси ва давоси.

Гармоналлар билан даволаш

• Эстроген ўрин босувчи даво ♦ Эстрогенлар билан даволаш тери таранглигини сақланишига (тери ёш кўринади) кўмаклашади, лекин қин ва кичик чанок туби мушаклари тонуси бўшашишини олдини ололмайди ♦ Мутлоқ қарши кўрсатма ✦ Жигарнинг ўткир касалликлари ✦ Жигар фаолиятининг сурункали бузилиши ✦ Томирларнинг ўткир тромбози ✦ Нейроофтольмологик қон томир касалликлари ✦ Тухумдон ўсмалари ва кисталари, ✦ Кистозли мастопатиялар ✦ Эндометрийнинг қайталанувчи полипозси ✦ Талваса синдроми ✦ Артериал гипертензия, ирсий гиперлипидемия, мигрен • 40 ёшдан кичик бўлган беморларда овариэктомия ўтказилгандан кейин гармонал терапия ♦ Эстрогенларнинг кичик дозалари билан давомли циклик даволаш (0,625 мг. эстрогенлар ҳар куни ойнанинг 1-25 кунлари оралиғида) ва прогестенлар билан (медроксипрогестерон) 10 мг.дан ҳар куни ойнанинг 16 ва 25 кунларида ♦ Давомли циклик терапия (эстрадиол+левоноргестрел, эстрадиол+сипротерон).

• Перименопауза вақтида бачадондан дисциркулятор қон кетиши ♦ Эндометрийга ортиқча эстрогенларнинг таъсирини камайтириш мақсадида прогестин билан циклик даво ўтказиш тавсияси ♦ Ҳайз кўриш давом этаётган ва вегита-томир ўзгаришлари намоён бўлаётган беморларда циклик гармонал дорилар (эстрадиол+левоноргестрел, эстрадиол+ципротерон) ва гармонал бўлмаган усуллар

• Менопауза ♦ Кўрсатмаларга асосан эстроген ва прогестеронларнинг қўлланилиши (яъни 40 ёшдан паст). Эстрогенлар кичик дозадан бошлаб ва белгиларнинг йўқолишига қараб кўпайтириб борилади. Прогестин календар ойнанинг 16 ва 25 – кунларида ичилади ♦ Комбинацияланган препарат яъни эстроген ва прогестин (масалан эстроген+ диеногест) – узлуксиз қўллаш керак ✦ Эстрогенлар билан даволаш ЮЗЛПнинг ошишига олиб келади. ✦ Прогестинлар билан даволаш ЮЗЛП концентрациясини самарали камайтиради ✦ Қин дарвозаси, қин ва сийдик чиқарувчи канал шиллиқ қавати атрофиясини маҳаллий моддалар ёрдамида кечки менопаузада самарали даволаш мумкин (эстриол таблетка, крем) ♦ Эстрогенлардан ташқари медроксипрогестеронни қўллаш «иссиқлик қуйилиши»ни енгиллаштиришда самарали. **Остеопароз профилактикаси ва давоси.** Остеопарозни олдини олиш даволашдан осон. Дорилар уни тезлигини камайтириши мумкин, лекин суяк моддаси тикланишида кам самарали.

• Профилактикаси. Эстрогенлар ва гестогенлар сақловчи препаратлар эрта ўрин босувчи гормонал терапиядир. Агар даволаниш охириги ҳайз кўришдан кейин 3 йил давомида бошланган бўлса остеопароз ривожланмайди.

♦ Кўшимча равишда кальций препаратлари кунда 1-1,5г. берилади.

Юрак қон томир касалликлари профилактикаси. Менопаузагача бўлган аёлларда миокард инфаркт хавфи шу ёшдаги эркакларга нисбатан кам учрайди.

Менопаузадан кейин эса уларда хавф ошади. Менопауза даврида эстрогенлар қабул қилиш ПЗЛП миқдорини ҳамда зардоб холестеринини камайтиради ва ЮЗЛПни оширади. Эстрогенлар ва гестогенлар сақловчи комбинациялашган препаратлар қабул қилиш тавсия қилинади • Эстродиол±норгестрел • Эстрадиол ± ципротерон • Фемастон • Эстродиол ± левоноргестрел • Пост менапаузал даврда- эстрадиол +ноэстеродиол • Эстродиол + диеногест.

Илова. Қуйидаги менопаузалар фарқланади. Сунъий – ҳайз кўришнинг у ёки бу аралашувдан кейин тўхташи (масалан, овариэктомия, бачадонни олиб ташлаш, рентген нурлари билан нурлантириш, дорилар таъсири) ва патологик менопауза – ҳайз кўришнинг касалликлар таъсирида тўхташи (бачадон ўсмаси, эндокрин бузилишлар).

Сабаблари: Наслий мойиллик, ревматоид артритда иккиламчи аутоиммун реакциялар оқибатида тухумдонлар етишмовчилиги ёки эпидемик паротитда яллиғланиш реакциялари.

ХКК-10 • М80.0 Постменопаузали остеопароз патологик синишлар билан • **М81.0** Постменопаузали остеопароз • **№92.4** Предменопауза даврида кўп қон кетиш • **№95** Менопауза бузилиши ва менопаузаларга яқин даврдаги бошқа бузилишлар.

ЙЎТАЛ

КАТТАЛАРДА УЗОҚ ДАВОМ ЭТУВЧИ ЙЎТАЛ

Йўтал 4-8 хафтадан узоқ чўзилганда узоқ давом этувчи деб аталади. Ўпка инфекцияси ёки юқумли жараёнлар таъсирида хаво ўтказувчи йўллар сезувчанлигини ошиши натижасида кузатиладиган йўталлар одатда камроқ муддатда кечади.

ХКК – 10 • R 05 Йўтал.

- Узоқ муддатли йўтал сабабларини аниқлаш лозим ♦ Бронхиал астма ♦ Сурункали бронхит ♦ Ўпканинг сурункали юқумли касалликлари, айниқса ♦ Синусит ♦ Саркоидоз ♦ Бириктирувчи тўқима касалликлари ва унинг давоси билан боғлиқ йўтал ♦ Асбестоз, икоз ♦ “Қорамол боқувчи ўпкаси” ♦ ДВ ларнинг ножўя таъсири (ААФ ингибиторлари, β – адреноблокаторлар, нитрофуранлар) ♦ Ўпка раки ♦ Плеврит ♦ Юрак етишмовчилиги.

- Кўп ҳолларда йўтал баъзи инфекциялардан соғайгандан сўнг бир неча ой мобайнида давом этади (масалан, микоплазма ва хламидияли зотилжам, кўкйўтал).

Юқумли жараён белгилари билан биргаликда бошланувчи узоқ муддатли йўтал

- Узоқ муддатли респиратор инфекция (синусит) ёки илк босқичдаги бронхиал астма – узоқ муддатли йўталнинг кўп учрайдиган сабабларидир.

- Текширувнинг асосий усуллари – кўкрак қафаси аъзолари рентгенографияси ва бурун олди бўшлиқлари эхо ёки ренгенографияси.

• Даволашнинг бошланғич босқичлари ♦ Синуситни даволаш – антимикроб препаратлар, бурун ичига юбориладиган томирларни торайтирувчи моддалар, бўшлиқларни ювиш ♦ Тана ҳарорати кўтарилган ёки йирингли балғам ажратаётган беморларга антибиотиклар (доксциклин, эритромицин, амоксициллин) буюрилади. Тана ҳарорати кўтарилмасдан ва балғам ажралмасдан куруқ йўталнинг ўзи кузатилганда бронходилататорлар баъзида йўталга қарши воситалар билан биргаликда тавсия этилади. Антибиотиклар қўллаш зарурияти ҳар бир ҳолатдан келиб чиқиб индивидуал ҳал қилинади.

• Йўтал 2 ой мобайнида сустлашмаса ёки сақланиб қолса (антибиотиклар қўлланишидан қатъий назар), уни юқумли бўлмаган сабаблар натижасида келиб чиққанлиги эҳтимоли юқори. Бронхиал астма ривожланаётганда, хусусан унинг илк босқичида куруқ йўтал касалликнинг ягона белгиси бўлиши мумкин. Бу ҳолда умумий амалиёт врачлари бронходилататорлар билан синама ўтказиши ва уй шароитида нафас чиқаришнинг юқори тезлигини назорат қилиб бориши лозим. Шунингдек, ингаляцияда қўлланиладиган глюкокортикостероидлар билан синама – даво ўтказиб, унинг натижасини баҳолаш керак ♦ Агар ўтказилган даво самараси кўнгилдагидек бўлмаса, йўталнинг бошқа сабабини излаш лозим ♦ Агар қоникарли жавоб олинса, бемор бронхиал астманинг енгил даражаси билан касалланган ва текширувни давом эттириш зарур.

Артериал гипертензия ва юрак касалликларига чалинган беморларда узок муддатли йўтал

ААФ ингибиторлари қабул қилаётган беморларда йўтал айнан ушбу дори таъсирида келиб чиққан бўлиши мумкин. Бу ҳолда бошқа ААФ ингибитори буюрилади ёки ангиотензин II рецепторлари антагонистлари тавсия этилади, улар одатда йўтал чақирмайди. Агар бемор ҚД билан касалланган бўлса, у ҳолда қайси бири зарур: ААФ ингибиторларининг буйрак фаолиятига ижобий таъсирими ёки беморда куруқ йўталнинг юзага келганини.

• β – адреноблокаторлар, хатто уларни селективлари ҳам, айниқса атопик реакцияларга мойил ва бронхиал дарахт таъсирчанлиги юқори бўлган беморларда йўтал чақирishi мумкин.

• Беморларда юрак етишмовчилиги мавжудлигини аниқлаб олиш зарур. Тунда кузатиладиган йўтал енгил даражадаги юрак етишмовчилигининг илк белгиси бўлиши мумкин. Бу ҳолда биринчи навбатда кўкрак қафаси аъзолари рентгенографиясини қилиш лозим.

Бириктирувчи тўқима тизимли касалликлари бўлган беморларда узок муддатли йўтал

• Фиброзловчи альвеолит – йўтал сабабчиларидан бири бўлиши мумкин (баъзида ревматоид артрит ёки склеродермия қўшилиб келади); Шунингдек йўтал ДВ таъсирида юзага келиши (олтин препаратлари, сульфосалазин, пеницилламин, метатрексатнинг ножўя таъсири) эҳтимолини эсда тутиш лозим.

• Биринчи ўринда кўкрак қафаси аъзолари рентгенографияси амалга оширилади. Хос бўлган хусусият – ўпка фибрози, лекин илк босқичларида рентгенда кўринмаслиги мумкин, шу билан бирга альвеолаларда кислород алмашинувини акс

эттирувчи ўпканинг алмашув фаолияти сусайганлик белгиси; динамик спирометрияни амалга ошириш вақтида рестриктив ўзгаришлар аниқланиши.

Чекувчилардаги узок муддатли йўтал

- Эҳтимолли сабаблари – узок давом этаётган ўткир ёки сурункали бронхит. Ўрта ёшдаги беморларда, айниқса 50 ёшдан катта шахсларда рак эҳтимолини ёдда тутиш зарур. Беморда қон туфлаш бор – йўқлигини аниқлаш керак.
- Кўкрак қафаси аъзолари рентгенографияси, айниқса бемор 40 ёшдан катта ва рентгенография ўтганида 6 ойдан ортиқ муддат тўлганида амалга оширилади. Ўпкаларда инфильтрация аниқланиб, йўтал зотилжам асорати деб баҳоланган ҳолларда, кўкрак қафаси аъзолари рентгенографиясини маълум вақт ўтгач такрорлаш зарур.
- Йўтал узок муддат йирингли балғам ажралиши билан давом этганда антибиотиклар буюриш лозим. Танлов воситалари – амоксициллин, доксициклин, ко-тримоксазол. Энг кўп учрайдиган кўзгатувчилари – *Haemophilus influenzae*, грамм мусбат кокклар.

Касбга боғлиқ узок муддатли йўтал

- Агар бемор асбест билан боғлиқ иш жойида меҳнат қилган бўлса (қурилишдаги ишчилар, автомобил тузатиш устахонасида ишловчи шахслар) асбестоз ривожланиши эҳтимоли юқорилигини ёдда тутиш зарур ♦ Аввал кўкрак қафаси аъзолари рентгенографияси ва спирометрия (рестриктив ўзгаришлар аниқланади) амалга оширилади ♦ Асбестозга шубҳа туғилганида мутахассис билан маслаҳат ўтказилади.
- Қишлоқ хўжалиги ишчиларини “фермер ўпкаси” (моғор босган пичан таъсири натижасида юзага келган юқори таъсирчанлик зотилжами) ёки бронхиал астмага гумон қилиш мумкин ♦ Аввалига кўкрак қафаси аъзолари рентгенографияси, НЧЮТ уй шароитида аниқлаш, спирометрия (бронходилататорлар билан биргаликда) амалга ошириш ♦ “Фермер ўпкаси” га шубҳа туғилганда бемор мутахассисга юборилади.
- Йўтал билан бошланувчи касбий бронхиал астма кимёвий моддалар, (изоционатлар, формальдегид, акрил бирикмалари ва ҳ.к.) билан боғлиқ, автомобиль тузатиш устахоналари, кимёвий тозалаш, пластик ишлаб чиқарувчи, тиш яшаш лабораториялари, стоматолог хоналарида ва б.к. меҳнат қилувчи турли касб эгаларида ривожланиши мумкин.

Атопия, аллергияси бор ёки ацетилсалицил кислотасига таъсирчанлиги юқори беморларда узок муддатли йўтал

- Эҳтимоли юқори диагноз – бронхиал астма.
- Энг кўп учрайдиган белгилари: ўтиб кетувчи нафас етишмаслиги ва шиллиқли балғам ажралиши.
- Бирламчи текширувлар ♦ НЧЮТ уй шароитида аниқлаш ♦ Спирометрия ва бронходилататорлар билан синама ♦ Имкон қадар – бронхиал дарахтнинг ўта таъсирчанлигини аниқлаш (гистамин билан нафас олишни кучайтириш) ♦ Ингаляционда буюриладиган глюкокортикоидлар самарасини баҳолаш.

Йирингли балғам ажралиши билан кечадиган узок муддатли йўтал ва тана ҳарорати кўтарилиши

- касаллигига гумон, ўпка касаллиги билан хаста беморларда эса – атипик микобактериялар юзага келтирган ўпка инфекцияси ривожланиши мумкин. Васкулит бошланиши мумкинлигини (масалан, тугунли периартериит, Вегенер гранулематози) ёдда тутиш керак.

- Бирламчи текширувлар ♦ Кўкрак қафаси аъзолари рентгенографияси ♦ Балғам суртмаси ва экмаси ♦ Қон умумий таҳлили, қон зардобиди СРО миқдорини аниқлаш (васкулитда ортиши мумкин).

- Эозинофил зотилжам ҳақида ўйлаш.

Узоқ муддатли йўталнинг бошқа сабаблари.

- Сурункали йўтал ўпка саркоидозининг ягона белгиси бўлиши мумкин. Бирламчи текширувлар қуйидагиларни ўз ичига олади: ♦ Кўкрак қафаси аъзолари рентгенографияси (дарвоза лимфа тугунлари гиперплазияси, тўқимада инфильтратлар) ♦ Қон зардобиди ААФ миқдори.

- Ўпка томонидан нитрофуранларга нисбатан кам реакция ♦ Бемордан пешоб йўллари инфекцияси олдини олиш учун нитрофуранлар қабул қилганлигини аниқлаш ♦ Ним ўткир ҳолатларда эозинофилия бўлмаслиги ҳам мумкин.

- Йўтал плевритнинг ягона белгиси бўлиши мумкин. Сабабини аниқлаш учун амалга ошириш зарур ♦ Синчковлик билан кўрик ♦ Плевра пункцияси ва биопсияси.

Хулоса

- Узок муддатли йўтал нафақат инфекция ёки бронхиал астма, балки ўпка раки билан ҳам боғлиқ бўлиши мумкинлигини ҳисобга олиб, айниқса катта ёшлиларда, кўкрак қафаси аъзолари рентгенографиясини амалга ошириш зарур. Рентгенда ўзгаришлар бор ёки йўқлиги кейинги текширувлар ёки даволаш ўтказиш тўғрисида қарор қабул қилишга ёрдам беради.

Қўшимча маълумотлар.

- Катталарда йўтал ўткир ривожланганда антибиотиклар қўллаш фойда бермайди.

ЎПКАНИНГ СУРУНКАЛИ ОБСТРУКТИВ КАСАЛЛИГИ

Ўпканинг сурункали обструктив касаллиги (ЎСОК) – (бирламчи сурункали яллиғланишли касаллик) асосан нафас йўллари қуйи қисмлари ва ўпка тўқимаси зарарланиши, эмфизема шаклланиши, бронхларнинг патологик яллиғланиш реакцияси натижасида тўлиқ ва тўлиқ бўлмаган обструкцияси ҳисобига бронхиал ўтказувчанликнинг бузилиши билан кечади. Касаллик мойиллиги бўлган шахсларда ривожланади ва йўтал, балғам ажралиши, авж олиб борувчи нафас етишмаслиги белгилари кузатилади; у тез авж олиб бориш хусусиятига эга бўлиб, сурункали нафас етишмовчилиги ва ўпкали юрак ривожланади.

ХКК – 10: • **J44.0** Қуйи нафас йўллари ўткир респиратор инфекцияси билан сурункали обструктив ўпка касаллиги • **J44.1** Аниқланмаган сурункали обструктив ўпка касаллиги зўрайиши • **J44.8** Бошқа аниқланган ўпканинг сурункали обструктив касаллиги • **J44.9** Аниқланмаган ўпканинг сурункали обструктив касаллиги.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯСИ

- ЎСОК кўп учрайдиган касалликларга киради.
- ЖССТ маълумотларига кўра ЎСОК тарқалиши эркаклар ўртасида 9,34:1000 га, аёллар ўртасида 7,33:1000 аҳолига ташкил этади.
- ЎСОК 40 ёшдан ошган шахсларда кўпайиб бориши қайд этилган: 1990 – 1999 йиллар мобайнида бу кўрсаткич эркакларда 25 % га, аёлларда 69 % га ортган. Яқин йилларда касалликнинг ўсиб бориши кутилмоқда.
- ЎСОК белгилари тарқалиши кўп ҳолларда чекиш, бемор ёши, касби, атроф – муҳит ҳолати ва ирқига боғлиқ.
- Касаллик ўз вақтида фақат 25 % ҳоллардагина аниқланади (Европа Респиратор жамияти маълумотлари). АҚШ да ЎСОКга чалинганлар сони 15 млн. га яқинлашиб қолган ва бу ўлимга олиб келувчи кенг тарқалган патологик жараёнлардан бири бўлиб қолмоқда.
- ЎСОК ўлимга олиб келувчи сабаблар орасида дунёда 6 – ўринни, Европанинг ривожланган мамлакатларида 5 – ўринни, АҚШ да 4 – ўринни эгаллайди.

КЛАССИФИКАЦИЯСИ

- Халқаро тавсияларга кўра [Ўпканинг Сурункали Обструктив Касаллиги бўйича кенг миқёсдаги ташаббус (Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD), 2003], эспиратор ҳаво оқими чекланганлигини кўрсатувчи КНЧХ₁/ЎКХС кучайтирилган нисбатининг < 70 % дан пасайиб кетганлиги ЎСОК нинг барча босқичларини бирлаштирувчи белги ҳисобланади. КНЧХ₁ нинг постбронхолитик кўрсаткичи касалликнинг енгил (I босқич), ўртача оғир (II босқич), оғир (III босқич) ва ўта оғир (IV босқич) кечаётганлигини ажратувчи белгисидир.
- ЎСОКнинг оғирлик даражаси бўйича тавсия этилган классификацияси 4 босқичдан иборат. Илк босқичи (0 босқич) классификацияга кирмайди; унга ЎСОК ривожланиш хавфи юқори бўлган босқич деб қаралади ва йўтал, балғам, хавф омиллари каби белгилар мавжуд, лекин ўпка фаолияти ўзгармаган. 0 босқич касаллик олди ҳолати деб қабул қилинади, аммо ҳар доим ҳам ЎСОК ривожланмайди.

I – босқич. ЎСОК ни енгил кечиши. Бу босқичда бемор ўпка фаолияти бузилганлигини сезмаслиги мумкин. Обструктив бузилишлар – меъёрга нисбатан КНЧХ₁/ЎКХС < 70 %, КНЧХ₁ ≥ 80 %. Одатда (аммо доим эмас), сурункали йўтал ва балғам ажралади.

Эслатма.

ЎСОК классификациясида берилган барча КНЧХ₁ кўрсаткичлари бронходилаторлар билан ўтказилган синама тахлилидир. Ташқи нафас фаолиятини назорат қилиш имкони бўлмаганда, касаллик босқичи клиник белгилар асосида аниқланиши мумкин.

II – босқич. Ўртача оғир кечаётган ЎСОК. Бу босқичдаги беморлар нафас етишмаслиги ва касаллик зўрайиши сабабли тиббий ёрдам сўраб мурожаат қиладилар. Обструктив бузилишлар ўсиб бориши билан характерланади (50 % ≤

КНЧХ₁ – меъёрга нисбатан < 80 %, КНЧХ₁/ЎКХС < 70 %). Нафас етишмаслиги белгилари жисмоний ҳаракат вақтида кучаяди.

III – босқич. ЎСОК оғир кечиши. Ҳаво оқими чегараланганлигининг ундан кейинги ўсиб бориши билан характерланади (КНЧХ₁/ЎКХС < 70%, 30 % ≤ КНЧХ₁ < 50 % меъёрга нисбатан), нафас етишмаслигининг ортиши, тез – тез зўрайишлар хос.

IV – босқич. ЎСОК ўта оғир кечиши. Бу босқичда ҳаёт сифати яққол оғирлашади. Касалликнинг зўрайиши ҳаёт учун хавф соладиган даражада бўлиши мумкин. Ўта оғир бронхиал обструкцияси билан характерланади (КНЧХ₁/ЎКХС < 70 %, КНЧХ₁ < 30 % меъёрга нисбатан ёки нафас етишмовчилиги мавжуд бўлганда КНЧХ₁ < 50 % меъёрга нисбатан). Нафас етишмовчилиги: РаО₂ < 8,0 кПа (60 мм. сим.уст.) ёки SatO₂ < 90 %. РаСО₂ > 6,0 кПа (45 мм. сим. уст.) бу босқичда ўпкали юрак ривожланиши мумкин.

ҚАЙТАЛАНИШИ

- ЎСОК қайталанишининг оғирлик даражаси бош белгиларнинг ифодаланганлиги асосида аниқланади ♦ Нафас етишмаслиги кучайиши кўп ҳолларда кўкрак қафасида оғирлик ҳисси билан кечади; бўғилиш – унинг энг оғир кўринишидир ♦ Йўтал кучайиб бориши ва балғам ажралиши кўпайиши унинг ранги ва чўзилувчанлиги ўзгариши (йирингли балғамни кўпайиши бактерияли табиатга эга эканлигидан далолат беради) ♦ Тана ҳарорати кўтарилиши.
- Касалликка хос бўлмаган белгилар пайдо бўлиши мумкин: беҳоллик, уйқу бузилиши, чарчоқ, тушкунлик, эс – хуш бузулиши. ЎСОК оғирлик даражаси қанчалик юқори бўлса, қайталаниш ҳам шунчалик оғир кечади.
- Кўп ҳолларда ЎСОК қайталанишининг жуда оғир ва ўта оғир (оғирдан ташқари) кечишини фарқлашга тўғри келади. Бундай ҳолларда нафас олишда ёрдамчи мушаклар иштироки, кўкрак қафасининг ҳаракатлари, марказий цианоз ва перифириядаги шишларнинг пайдо бўлганлиги ёки кўпайиб бориши ҳисобга олинади.

ДИАГНОСТИКАСИ

- Йўтал ва балғам ажралиши ва/ёки нафас етишмаслик белгилари ҳамда касалликнинг хавфли омиллари мавжуд беморларда ЎСОК тахмин қилиниши лозим.
- Сурункали йўтал ва балғам ажралиши кўп ҳолларда ҳаво оқими чекланишига олиб келади, бу эса ўз навбатида нафас етишмовчилигига сабаб бўлади.
- Юқоридаги белгилардан бирортаси мавжуд бўлганда спирометрия ўтказилиши керак.
- Келтирилган белгилар яққа ҳолда аҳамиятга эга эмас, лекин бир нечтаси бирга келиши ЎСОК мавжудлиги эҳтимолини оширади.

АНАМНЕЗ

Бемор билан суҳбатлашганда, касаллик белгилари авж олишидан анча илгари ривожлана бошлашини ёдда сақлаш зарур. ЎСОК узоқ муддат яққол клиник белгиларсиз кечади; беморлар узоқ вақт шикоят қилмайдилар. Касаллик тарихини

ўргана туриб қайталанишларнинг тезлиги, давомийлиги ва асосий белгиларининг хусусиятларини аниқлаш ва ўтказилган даволаш тадбирлари самарадорлигини баҳолаш мақсадга мувофиқ.

БЕМОР СЎЗЛАРИДАН БЕЛГИЛАР ҲУСУСИЯТИНИ АНИҚЛАШ

Шикоятлар таҳлили (уларнинг ифодаланганлиги касаллик босқич ва даражасига боғлиқ).

- **Йўтал** (унинг пайдо бўлиш тезлиги ва кучини аниқлаш зарур). Йўтал 40 – 50 ёшларда юзага чикувчи энг барвақт белги ҳисобланади. Бу вақтга келиб, совук фаслларда респиратор инфекция кўринишлари юзага кела бошлайди, бу ҳолатни бемор ва шифокор бир хил касаллик белгиси деб қабул қилмайдилар. Йўтал кунига кузатилади ёки даврий хусусиятга эга. Кўп ҳолларда кундуз кунлари, баъзида тунда кузатилади.

- **Балғам** (унинг хусусияти ва миқдорини аниқлаш лозим). Балғам одатда эрталаб оз миқдорда (камдам – кам ҳолларда >50 мл./кунда) ажралади, шиллиқли хусусиятга эга. Унинг йирингли характери ва миқдори ортиши – касаллик зўрайганлиги белгисидир. Балғамда қон пайдо бўлиши диққат эътиборни талаб этади, бу йўталнинг бошқа сабабини гумон қилишга асос яратади (ўпка раки, ва бронхоэктазлар).

- **Ҳансираш** (унинг ифодаланганлигини, жисмоний зўриқишга алоқадорлигини аниқлаш зарур). Нафас етишмаслиги ЎСОК нинг асосий белгиси ҳисобланади ва беморнинг шифокорга мурожаат этишига сабабчи бўлади. Касаллик ривожлана борган сари нафас етишмаслиги турлича ифодаланади: одатий бўлган жисмоний зўриқиш вақтида ҳаво етишмаслик хиссидан то оғир нафас етишмовчилигигача ўзгариб туради. Жисмоний зўриқиш вақтида нафас етишмаслиги йўтал пайдо бўлганидан 10 йил муддат ўтгач ривожланади (камдам – кам ҳолларда касаллик нафас етишмаслигидан бошланади). Ўпка фаолияти сусайиб борган сари нафас етишмаслиги авж олиб боради. ЎСОК да нафас етишмаслиги хусусиятлари: ривожланиб бориш (доимий ўсиш), доимий (ҳар куни) жисмоний зўриқишда кучайиши, респиратор инфекцияларда авж олиш. Нафас етишмаслигини беморлар турлича изоҳлайдилар: “нафас олганда куч ишлатиш”, “оғирлик”, “ҳавога тўймаслик”, “нафас олишнинг қийинлашуви”. Бемор ўз аҳволини баҳолай олмаётган, шифокор суҳбат вақтида касалликнинг хусусияти ва оғирлигини аниқлай олмаган ҳолларда махсус саволлар мажмуидан фойдаланилади.

РЕСПИРАТОР БЕЛГИЛАРНИ БАҲОЛАШ БЎЙИЧА САВОЛНОМА

- **Кўкрак қафаси аъзолари касалликлари.**

Сўнги 3 йил мобайнида Сизни одатий иш тартибингизни 1 ҳафтадан ортиқ муддатга тўхтатишга мажбур қилган кўкрак қафаси аъзолари касалликлари бевозта қилмадими? – Ҳа, - Йўқ.

Бу саволга “Ҳа” деб жавоб берсангиз, у ҳолда:

Ушбу касалликлар даврида кўп миқдорда балғам ажралиши кузатилганми? – Ҳа, - йўқ. Бу саволга “Ҳа” деб жавоб берсангиз, у ҳолда:

Ушбу касаллик сўнгги 3 йил мобайнида 1 мартадан ортиқ кузатилганми? – Ҳа, - йўқ.

• **Ҳасираш**

Марҳамат, Сизга кўп даражада мос келувчи ҳолат қаршиисига белги қўйинг.

Менда нафас етишмаслиги фақат жисмоний зўриқиш вақтида кузатилади.

Менда нафас етишмаслиги текис жойда тез юрганда ёки баланд бўлмаган қияликка кўтарилиш вақтида пайдо бўлади.

Мен, ўз ёшимдаги кишиларга нисбатан текисликда нафас етишмаслиги сабабли секинроқ юраман ёки текисликда менга одатий бўлган юриш тезлигида ҳаракат қилганимда дам олиш учун тўхташим керак.

Мен текисликда 100 қадам ўтиб ёки бир неча минут юрганимдан сўнг тўхтаймаман.

Мен яққол ифодаланган нафас етишмаслиги сабабли уйдан чиқмайман ёки кийим алмаштираётганимда нафас етишмаслиги ҳолати юзага келади.

• **Хириллашлар**

Сизда қачондир кўкрак қафасида “хириллаш ёки хуштак мавжудлиги” ҳисси вузудга келганми? – Ҳа, - йўқ.

Бу саволга “Ҳа” жавобини берган бўлсангиз, у ҳолда:

Мазкур ҳис Сизда деярли ҳар куни ёки ҳар тунда пайдо бўладими? – Ҳа, - Йўқ.

Сизда қачондир “Хириллаш мавжудлиги” ҳисси билан кечган нафас етишмаслик хуружи кузатилганми? – Ҳа, - Йўқ.

Сиз бу саволга “Ҳа” жавобини берсангиз, у ҳолда:

Хуружлараро даврда Сизда нафас олиш меъёридами / ёки бўлганми? – Ҳа, - Йўқ.

ХАВФЛИ ОМИЛЛАР ТАҲЛИЛИ

Бемор билан *суҳбат*да хавфли омиллар мавжудлигига алоҳида эътибор бериш лозим. Асосий хавфли омиллар: чекиш, касбий салбий омилларнинг узоқ муддат таъсир этиши, атроф – муҳит ва уй ҳавосининг ифлосланиши, ирсий мойиллик.

• **Чекиш** (фаол, ҳамда фаол бўлмаган).

Бемор чеккан ёки ҳозирги кунда ҳам чекаётган бўлса, у ҳолда чекиш муддатини аниқлаш ва кашанда индексини (КИ) ҳисоблаш лозим. Бу кўрсаткич чекилган сигаретлар қутиларини йилга бўлган нисбати. [Чекилган сигарета сони (кунига) X чекиш муддати (йил)] :20.

КИ (10 (кути / йилда) – **ЎСОК** ривожланишининг ишончли хавфли омили.

Ушбу кўрсаткични бошқа формула ёрдамида ҳам аниқлаш мумкин: кун мобайнида чекилган сигарет сони x йил давомида шундай миқдорда чекилган ойлар сони. Натижа 120 дан юқори бўлса, бемор ўта кашанда деб қаралади.

• **Касбий омилларнинг узоқ муддат таъсир этиши** (чанг, кимёвий поллютантлар, кислота ва ишқор буғлари).

• **Атроф – муҳит ва уйдаги ҳавонинг ифлосланиши.**

• **Нафас йўллариининг юқумли касалликлари.** Сўнгги йилларда ЎСОК ривожланишида болаликда ўтказган респиратор инфекцияларга (айниқса облитерловчи бронхиолитга) катта аҳамият берилмоқда.

• **Ирсий мойиллик** (40 ёшгача бўлган чекмайдиган шахсларда касаллик α_1 антитрипсин етишмаслиги билан асосланади).

- Беморда бир нечта хавфли омиллар кўшилиб келиши касалликнинг кечишига салбий таъсир кўрсатади. Маълумот тўплаётган вақтда касаллик зўрайишини кучайтирувчи омилларни ўрганишга алоҳида эътибор бериш зарур: ♦ Бронх ўпка инфекцияси ♦ Экзоген зарарли омилларнинг юқори даражали таъсири ♦ Ўта жисмоний зўриқиш, шунингдек ♦ ЎСОК қайталаниш тезлиги ва касалхонада даволаниш сони ♦ Ёндош касалликлар (ЮКТ, ОИЙ); ЎСОК билан касалланган беморларнинг 90 % да учрайди ва унинг оғирлигига ҳамда ўтказилинадиган даво хусусиятига таъсир кўрсатади ♦ Аввал буюрилган давонинг самарадорлиги ва мунтазам бажарилганлиги.

ФИЗИКАЛ ТЕКШИРУВЛАР

- Беморни кўриқдан ўтказиш ♦ Бемор ташқи кўриниши, ҳаракатлари, суҳбат вақтида нафас тизими реакцияси, хона бўйлаб ҳаракатланишини баҳолаш. Лаблари “найсимон” йиғилган, мажбурий ҳолат – ЎСОК оғир кечаётганлигидан далолат беради ♦ Кўкрак қафасини кўздан кечириш: шакли (деформация, “бочкасимон”, нафас олганда ҳаракати суст, қовурғалараро оралик тортилган) ва қорин мушаклари, кўкрак қафаси ёрдамчи мушакларининг нафас олишда иштирок этиши; кўкрак қафаси қуйи қисмлари яққол кенгайган – ЎСОК оғир кечаётганлиги белгиси.
- Кўкрак қафаси перкуссияси ♦ Қутичасимон товуш – эмфизема белгиси ♦ Ўпка қуйи чегаралари оган – эмфизема белгиси.
- Аускультация ♦ Нафас қаттиклашган ёки суст везикуляр, диафрагма оган – эмфизема белгиси ♦ Қуруқ хуштаксимон хириллашлар, кучли ва тўлиқ нафас чиқарганда кучайиши – обструкция синдроми.

ЎСОК КЛИНИК ШАКЛЛАРИ

Ўрта, оғир ва оғир кечаётган ЎСОК иккита клиник шаклга фарқланиши мумкин – эмфиземали (панацирли эмфизема, “пушти пуфлагичлар”) ва бронхитик (марказий ацинар эмфизема, “зангори бўртмачалар”). Уларнинг асосий фарқлари 1 – жадвалда келтирилган. ЎСОК нинг 2 шаклини ажратиш прогностик аҳамиятга эга. Ўпкали юракни декомпенсация даври ЎСОКнинг бронхитик шаклида эмфиземали шаклига нисбатан эрта босқичларда рўй беради.

ЎСОКга чалинган беморларни текшириш объектив унинг оғирлик даражасини аниқлашда кам маълумот беради. Лекин уларга асосланган ҳолда бемор лаборатор ва асбоб – ускуналар билан кўшимча текширишга юборилади.

ЛАБОРАТОР ВА АСБОБ – УСКУНАЛАР БИЛАН ТЕКШИРИШ

ЎСОК да мажбурий текширувлар.

- Балғамни хужайравий текширув ♦ Яллиғланиш жараёни хусусияти ва унинг ифодаланиши ♦ Атипик хужайралар аниқланиши – кекса ёшли беморда онкологик эҳтиёткорлик.
- Қон клиник тахлили.

1 – жадвал. ЎСОК ўртача оғирликда ва оғир кечишининг клиник хусусиятлари.

Белгилар	Бронхитик шакли	Эмфиземали шакли
Асосий белгилар нисбати	Йўтал >ҳансираш	Ҳансираш > йўтал
Бронх обструкцияси	Ифодаланган	Ифодаланган
Ўпка гиперинфляцияси	Кучсиз ифодаланган	Кучли ифодаланган
Тери - шиллик қопламлари	Кўкимтир	Пушти – кулранг
Йўтал	Балғам кўп миқдорда	Миқдори кам
Рентгенограммада ўзгариш	Диффуз пневмосклероз	Ўпка эмфиземаси
Ўпкали юрак	Ўрта ва кекса ёшларда, эрта декомпенсация	Кекса ёшларда, анча кеч декомпенсация
Полицитемия, Эритроцитоз	Кўп ҳолларда ифодаланган; Қон қуюқлашган	Хос эмас
Кахексия (ориқлаш)	Хос эмас	Мавжуд
Бемор вазни	Семиз	Вазни паст
Функционал бузилишлар	НЕ ва ДЮЕ авж олиб бориши белгилари	НЕ устун
Газ алмашуви бузилиши	$PaO_2 < 60$, $PaCO_2 > 45$	$PaO_2 < 60$, $PaCO_2 < 45$
Ўлим	Ўрта ёш	Кекса ёш

Изоҳлар. *Гиперинфекция – тўқима зичлиги пасайган, рентгенографияда аниқланади; НЕ – нафас етишмовчилиги, ДЮЕ – димланишли юрак етишмовчилиги, DLCO – ўпкаларнинг CO_2 бўйича газ алмашув фаолияти; PaO_2 ва $PaCO_2$ – артериал қондаги газларнинг парциал қуввати.

Қон клиник таҳлили ♦ Касаллик зўрайганда таёкча ядроли нейтрофилли лейкоцитоз ва ЭЧТ тезлашади ♦ Полицитемик синдром (эритроцитлар сонининг ортиши Нв миқдорининг баландлиги, ЭЧТ пасайиши, гематокрит кўтарилиши аёлларда >47%, эркекларда >52 %, қон қуюқлашуви) – гипоксемиядан далолат беради.

Кўкрак қафаси аъзолари рентгенографияси ♦ Ўпканинг сурункали обструктив касаллиги энгил даражасида рентгенда ўзгаришлар бўлмайди ♦ Клиник кечиши бўйича ЎСОК га ўхшаш хасталикларни (ўпка раки,) истисно қилиш мақсадида бирламчи рентген текшируви ♦ ЎСОК диагнози қўйилган бўлиб, касаллик

зўрайганида зотилжом, спонтан пневмоторакс, плевра бўшлиги суякклигини истисно қилиш мақсадида бажарилади.

• **Ташқи нафас фаолиятини текшириш** ♦ Сурункали йўтал безовта қиладиган беморларда ҳансираш белгиси бўлмаса ҳам ҳаво олишни чегараланганлигини аниқлаш мақсадида ташқи нафас фаолияти текширилиши зарур. Қуйидаги асосий кўрсаткичлар баҳоланади: ♦ Биринчи лаҳзадаги нафас чиқариш (КНЧХ₁) ♦ Ўпканинг кучайтирилган ҳаётий ҳажми (ЎКҲС) ♦ (КНЧХ₁/ЎКҲС) нисбатининг – 70% дан паст бўлиши ЎСОК нинг эрта диагностик белгиси ҳисобланади.

Бронходилатацияли синама ўтказиш. Синама ўтказилади: 1) қисқа муддатли таъсирга эга β₂ – агонистлар билан (400 мкг. салбутамол ёки 400 мкг. фенотерол билан нафас олинади); 20-30 минутдан сўнг баҳоланади. 2) м – холинолитиклар (80 мкг. ипратропий бромид ёки бронхларни кенгайтирувчи дорилар аралашмаси [фенотерол 50 мкг. + ипратропий бромид 20 мкг. – 4 доза] билан нафас олинади; 30 – 45 минутдан сўнг баҳоланади.

КНЧХ₁ ўсганлиги қуйидаги формула бўйича ҳисобланади.

$$\text{КНЧХ}_1 \text{ бошл.(\%)} = \frac{\text{КНЧХ}_1 \text{ дилат. (мл.)} - \text{КНЧХ}_1 \text{ бошл. (мл.)}}{\text{КНЧХ}_1 \text{ бошл.}}$$

КНЧХ₁ бошл.

КНЧХ₁ нинг меъёрга нисбатан ≥15% ёки ≥200мл ўсганлиги бронходилатация ижобийлиги ҳисобланади.

• **Пикфлоуметрия.** Ўтказилаётган даволаш самарасини баҳолаш учун шифокор беморга пикфлоуметрия усули ёрдамида нафас чиқаришнинг юқори тезлигини (НЧЮТ) аниқлаб кўришни тавсия этмоғи керак.

• **Электрокардиография:** ♦ Респиратор белгиларнинг юрак касаллиги оқибатида эмаслигини истисно қилиш ♦ Юрак ўнг бўлаклари гипертрофияси белгиларини аниқлаш (ЎСОК нинг асорати ўпкали юракни намоён бўлиши).

ҚЎШИМЧА ТЕКШИРИШ УСУЛЛАРИ

• **Бронхоскопик текширув.** Умумий амалиёт врачига респиратор белгилари ЎСОК билан бир хил бўлган касалликлардан дифференциаллаш зарурияти туғилганда беморни бронхоскопияга юбориш лозим. Касаллик тез – тез қайталанганда ва антибактериал терапия самара бермаса мазкур текширув (бронхдан ажратма олиш ва уни бактериологик текшириш) қайта бажарилиши керак.

• **Қонни иммунологик текшириш** касаллик тез авж олиб борганда иммунитет етишмовчилиги белгиларини аниқлаш мақсадида бажарилади.

• **Жисмоний юклама билан синама** қуйидаги ҳолларда ўтказилади: ♦ Ҳаво етишмаслик белгиси КНЧХ₁ кўрсаткичларининг пасайишига мос келмаганида ♦ Реабилитация дастурларига беморларни танлаш мақсадида.

Қадам синамаси – 6 минут мобайнида юриш афзал деб топилган.

6 - минут мобайнида юриш синамаси махсус баённома асосида ўтказилади. Беморга синов мақсади тушунтиради. У аниқ масофага эга бўлган йўлак бўйлаб одатдагидек қадам ташлаб юради, бунда 6 - минут ичида энг катта масофани босиб

ўтишга ҳаракат қилиши керак. Беморга синов вақтида тўхташ ва дам олишига рухсат берилади, лекин имкон қадар тезроқ юришни давом эттириши даркор. Синов вақтида беморларни кўллаб - қувватлашга рухсат берилади, бунда "ҳаммаси кўнгилдагидек кетяпти", "шундай давом этинг" деган иборалардан фойдаланиш мумкин. Синама олдида ва охирида ҳансираш Борг жадвали (0-10 балл: 0 - ҳансираш йўқ, 10- ҳансираш ўта кучли ифодаланган), SatO₂ ва томир уриши бўйича баҳоланади. Қуйидаги белгилар пайдо бўлганида бемор юришни тўхтатади: оғир даражадаги ҳансираш, кўкрак қафасида оғриқ, бош айланиши, оёқларда оғриқ ва SatO₂ 86% гача пасайганда.

- **ЭхоКГ.** Юрак ўнг бўлимлари фаолияти бузилганлигини (ўзгаришлар бўлганда чап бўлимларда ва ўпка гипертензияси, унинг қай даражада ифодаланганлиги аниқлаш ҳамда баҳолаш учун юрак УТТ бажарилади.

ХУЛОСА

Шундай қилиб, ЎСОК диагнози қуйидаги маълумотлар йиғиндиси асосида қўйилади: • Хавфли омиллар мавжудлиги • Клиник белгилар, улардан асосийлари йўтал ва экспиратор хансираш • Бронхлар ўтказувчанлигининг тез авж олиб боровчи бузилиши, ташқи нафас кўрсаткичлари бўйича баҳоланади • Ўхшаш белгиларни юзага келтирувчи бошқа касалликларни истисно қилиш. Демак, ЎСОК билан касалланган бемор—ким? • Чекувчи • Ўрта ёки катта ёшдагилар • Нафас етишмаслиги билан хасталанган • Балғам ажралиши билан йўталиш, айниқса эрталаблари • Бронхитнинг мунтазам зўрайиб туришига шикоят қилувчи • Қисман (енгил) тузалувчи обструкцияси мавжуд.

ЎСОК диагнозини қўйишда **касалликнинг оғирлик даражаси** кўрсатилади: енгил кечиш (I босқич), ўртача оғир кечиш (II босқич), оғир кечиш (III босқич) ва ўта оғир кечиш (IV босқич), касалликнинг қайталаниши ёки ремиссия даври; асоратлар мавжудлиги (ўпкали юрак, нафас етишмовчилиги, қон айланиши етишмовчилиги).

ДИФФЕРЕНЦИАЛ ДИАГНОСТИКАСИ

БРОНХИАЛ АСТМА

- ЎСОК дифференциаллаш зарур бўлган асосий касаллик – бронхиал астма уларнинг асосий дифференциал – диагностик мезонлари 2 – жадвалда келтирилган.
- Бронхиал обструкциянинг тузалиши энг муҳим дифференциал - диагностик белгидир. Маълумки, ЎСОК билан касалланган беморларда бронхолитик қабул қилгандан сўнг КНЧХ₁ бошланғич кўрсаткичга нисбатан 12% камроқни (ёки ≤200 мл.) ташкил қилади, бронхиал астма билан оғриган беморларда эса одатда 15% (ёки >200мл.) дан ошади.
- ЎСОКга чалинган беморларнинг тахминан 10% да бронхиал астма ҳам мавжуд.

2 – жадвал ЎСОК ВА БРОНХИАЛ АСТМАНИНГ АСОСИЙ ДИФФЕРЕНЦИАЛ ДИАГНОСТИК МЕЗОНЛАРИ.

Белгилари	ЎСОК	Астма
-----------	------	-------

Касаллик бошланиши, бемор ёши	Одатда, 40 ёшда юқори	Болалик ва ёшлик даври*
Чекиш	Хос	Хос эмас
Аллергиянинг нафас аъзолардан ташқари белгилари** Белгилари (йўтал ва хансираш)	Хос эмас	Хос
Астма бўйича насмийлик Бронхиал обструкция	Доимий, аста-секин ривожланади	Клиник ўзгарувчан, хуружсимон пайдо бўлади: кун давомида, кундан – кунга, фаслга боғлиқ Хос
НЧЮТ нинг кун давомида ўзгариши Бронхолитик синов Ўпкали юрак	Хос эмас Кам холларда ёки умуман тузалмайди.	Тузалади.
Яллиғланиш тури***	<10% Манфий	>20% Мусбат
Глюкокортикоид терапия самараси	Оғир кечганда ҳос Нейтрофиллар кўпаяди	Ҳос эмас
	Паст	Эозинофиллар кўпаяди Юқори

Изоҳлар*-bronхиал астма ўрта ва катта ёшда бошланиши мумкин **-аллергия тумов, конъюнктивит, атопик дерматит, эшак ем *** - нафас йўллари яллиғланиши тури кўп холларда бронхо - альвеоляр суюқлиги ва балғамни хужайравий текшириш орқали аниқланади

БОШҚА КАСАЛЛИКЛАР

Бир қатор клиник вазиятларда ЎСОК ва қуйидаги касалликлар билан дифференциал диагностика ўтказмоқ керак.

- **Юрак етишмовчилиги.** Ўпка аускультациясида қуйи қисмларида хириллашлар. Чап қоринча қон ҳайдаш ҳажмининг сезиларли камайиши. Юрак бўлимлари кенгайиши. Рентгенограммада - юрак чегаралари кенгайган, димланиш белгилари, баъзан ўпка шишигача бориши мумкин. Ўпка фаолияти текширилганда ҳаво оқими чегараланмаган рестриктив типдаги бузилиш аниқланади.
- **Бронхоэктазлар.** Кўп миқдордаги йирингли балғам. Бактериал инфекция билан боғлиқлик борлиги. Аускультацияда дағал турли ўлчамдаги нам хириллашлар. Бармоқлар “ноғора таёқчалари”. Рентгенограмма ёки КТ да – бронхларнинг кенгайиши ва деворининг қалинлашиши.
- . Касалланиш ёшга боғлиқ эмас. Рентгенографияда ўпкада инфилтратлар ёки ўчоқли ўзгаришлар кўринади. Мазкур ҳудудда касалланиш кўрсаткичи юқори. Ўпка ига гумон қилинганда қуйидаги текширувлар зарур: ўпка томографияси ва/ёки КТ, балғамни *m* усовacterium tuberculosis га: шу жумладан флотация усули билан экиш орқали текшириш, плевра бўшлиғи суюқлигини таҳлили, бронх ига шубҳа туғилганда диагностик бронхоскопия, биопсия билан, Манту синамаси.
- **Облитерловчи бронхиолит.** Бемор ёшликда касалланади. Чекиш билан боғлиқлиги аниқланмаган аммо анамнезида буғ, тутун билан алоқаси бўлиши мумкин. КТда нафас чиқарганда зичлиги паст бўлган ўчоқлар мавжудлиги. Кўп ҳолларда ревматоидли артрит.

МУТАХАССИС МАСЛАҲАТИГА ЮБОРИШ УЧУН КЎРСАТМАЛАР

- Пульмонолог маслаҳатига йўлланма бериш учун кўрсатмалар.
 - ◆ Диагноз қўйишга қийинчилик туғилганда.
 - ◆ Касаллик босқичини аниқлаш мақсадида.
 - ◆ Ўтказилаётган даволашнинг самарасини баҳолаш учун.
- Оториноларинголог маслаҳатига йўлланма бериш учун кўрсатмалар: нафас йўллари юқори қисмлари патологиясини истисно қилиш, зарурияти бўлганда.

ДАВОЛАШ

ДАВОЛАШ МАҚСАДЛАРИ

Касаллик авж олиб бориш тезлигини сусайтириш.

ШИФОХОНАГА ЁТҚИЗИШ УЧУН КЎРСАТМАЛАР

Қаранг. *ЎСОК зўрайганда беморларни шифохонага ётқизиш учун кўрсатмалар дорилар билан даволаш бўлимида.*

ДОРИЛАРСИЗ ДАВОЛАШ

Чекишни тўхтатиш - ЎСОК ни даволаш дастурида энг зарур биринчи қадам. Чекишни тўхтатиш-ЎСОК ривожланиши хавфини камайтирувчи ва касаллик зўрайишини олдини олувчи ягона самарали усулдир. Чекишни тўхтатишга қаратилган қисқа маслаҳатлар ҳам яхши натижалар беради ва шифокор бу имкониятдан доимо фойдаланмоғи лозим. Чекишни тўхтатиш ўпка фаолиятини меъёрига келтирмайди, лекин КНЧХ₁ бузилишини авж олишини секинлаштиради. Бемор чекишни давом эттирар экан ўтказган муолажалар ҳеч қандай наф бермайди. Дори воситалари билан даволаш чекувчиларда фақат субъектив яхшиланишни юзага келтиради ва оғир ҳолларда белгиларни енгиллаштиради.

ДОРИЛАР БИЛАН ДАВОЛАШ**АҲВОЛИ ТУРҒУН БЎЛГАН ЎСОК БЕМОРЛАРНИ ДАВОЛАШ**

Дори воситалари билан даволаш касалликни олдини олиш ва белгиларини назорат қилиш, асоратлар оғирлиги ҳамда сонини қисқартириш, бемор умумий аҳволини яхшилаш ва жисмоний зўриқишга чидамликни ошириш мақсадида қўлланилади. ЎСОК ни даволаш учун қўлланиладиган ҳеч бир восита аъзонинг сусайиб бораётган фаолиятига таъсир кўрсата олмайди.

- ЎСОК симптоматик даволашнинг асосини бронхолитик воситалар ташкил этади. Барча бронхолитиклар КНЧХ₁ ўзгаришлар бўлмаган тақдирда ҳам жисмоний юкламага чидамликни оширади. Афзал усули ингаляция ёрдамида улардан фойдаланишдир.

- ЎСОК барча босқичларида зарур: хавфли омилларни ман қилиш, ҳар йили гриппга қарши эмлаш ва заруриятга кўра қисқа муддат таъсир этувчи бронходилататорлар. Одатда бронходилататорлар ҳар 4-6 соатда қабул қилинади. ЎСОКда монотерапия сифатида қисқа муддат таъсир этувчи β_2 -агонистларини мунтазам равишда қўллаш тавсия этилмайди.

- ЎСОК енгил даражаси (I босқич) ва касаллик белгилари бўлмаган ҳолларда бемор мунтазам дори воситалари қабул қилишига зарурият йўқ.

- Касаллик белгилари вақти-вақти билан юзага келиб турса, беморга β_2 -агонистлар ингаляцияси ёки қисқа таъсирга эга М – холинолитиклар буюрилади.

- Бронхиал астмага шубҳа қилинганда глюкокортикоидлар билан синов терапияси ўтказилади .

- Ингаляцияли бронходилататорлар бўлмаган ҳолларда узок муддатли таъсирга эга теофиллинларни тавсия этиш мумкин.

- ЎСОК ўртача оғир, оғир ва ўта оғир (II – IV босқичлар) кечганида антихолинергик ДВ биринчи танлов воситалар ҳисобланади.

- ◆ Бронхолитик самараси бўйича қисқа муддатли таъсирга эга β – агонистга нисбатан айнан шундай таъсир кучга эга бўлган М-холинолитик (ипратропий бромид) узокроқ муддат таъсир этади.

- ◆ Тиотропий бромид узок муддат таъсир этувчи антихолинергик ДВ тегишли. Холиноблокаторлик самараси бўйича миқдорланган кукунли ингалятор "HandiHaler" ёрдамида юборилувчи тиотропий бромид ипратропий бромидга нисбатан 10 баробар кучли ва бронходилаторлик самараси давомийлиги энг юқори – 24 соатдан ортиқ.

- ЎСОК II – IV босқичи билан ҳасталанган беморларни антихолинергик воситалар билан даволаш вақтида касаллик кечишини аниқ назорат қилиш имкони бўлмаганда, қўшимча даво сифатида узок муддатли таъсирга эга ингаляциядаги β_2 -агонистлар билан (салметерол ёки формотерол) мунтазам даволаш тавсия этилади.

- ЎСОК турғун кечганида антихолинергик ДВ қисқа ёки узок муддат таъсирга эга β_2 – агонистлар билан биргаликда қабул қилиш яхши самара беради. Бу воситалардан ҳар бирини алоҳида қабул қилиш кўнгилдагидек самара бермайди. ЎСОК оғир ва ўта оғир (III – IV босқич) келганида, айниқса касаллик зўрайган вақтда даволаш яхши натижа берганда бронхолитик билан небулайзер терапия

ўтқазилади. Небулайзер терапия ўтқазилганда кўрсатмаларни аниқлаш учун даволаш билан бирга НЧЮТ 2-ҳафта мобайнида кузатиб борилади ва унинг кўрсаткичлари яхшиланган тақдирда ҳам терапия давом эттирилади.

- ЎСОК ўрта оғир, оғир ёки ўта оғир кечиб, беморда қисқа ёки узок муддат таъсирга эга антихолинергик воситаларга нисбатан шахсий таъсирчанлик мавжуд бўлганда β_2 – агонистлар ёки узок муддат таъсир этувчи теофиллинлар билан биргаликда тавсия этилади.

- Касаллик оғир ва ўта оғир кечиб сўнгги 3 – йил мобайнида тез – тез қайталанганда мунтазам равишда ГКС ингальяцияси билан даволанади. ГКС ингальяцияси билан даволаш (айниқса узок муддатли таъсирга эга β_2 – агонистлар билан бирга), зўрайишлар сонини камайтириши ва бемор ҳаёти сифатини яхшилаши мумкин^а.

- Даволаш самараси ГКС ингальяцияда қабул қилина бошлангандан 6 – 12 ҳафта ўтгач спирометрия маълумотлари бўйича баҳоланади. Постбронходилататор синама натижаларига кўра КНЧХ₁ нинг бошланғич кўрсаткичга нисбатан 15 % ёки 200 мл дан кўпроқ ўсиши буюрилган терапияни давом эттиришга асос бўлади. ГКСнинг қисқа муддатли давр курсида аниқ маълумотлар олиб бўлмайди. ЎСОК турғун кечганида тизимли ГКС буюриш тавсия этилмайди^а.

- Балғамни эритувчи препаратлар фақат у ёпишқоқ бўлган беморларгагина буюрилади^а. Бундай беморларга касаллик зўрайишлари сони ва кечишини енгилаштириш мақсадида ацетил цистинини 3 – 6 ой мобайнида буюриш тавсия этилади.

ЎСОК оғирлик даражасиги қараб даволаш режаси қуйида келтирилган (GOLD, 2003, қўшимчалар билан).

БАРЧА ДАРАЖАЛАР (1 даража – енгил, 2 даража – ўрта оғир, 3 даража – оғир, 4 даража – ўта оғир) • Хавфли омилларни йўқ қилиш • Ҳар йили гриппга қарши эмлаш • Қуйидаги препаратлардан бирортасиги зарурият бўлганда ингальяциялар ўтқазил: сальбутамол 200 – 400 мкг., фенотерол 200 – 400 мкг., ипратропий бромид 40 мкг., фенотерол ва ипратропий бромиднинг тайёр аралашмаси – 2 микдор.

2, 3, 4, ДАРАЖАЛАР (лекин 1 даражада эмас):

- **Мунтазам ингальяциялар** (ипратропий бромид 40 мкг. кунига 4 марта ёки тиотропий бромид 18 мкг. кунига 1 марта ± саллегетрол 50 мкг. кунига 2 марта ± формотерол 12 мкг. кунига 2 марта) ± теофиллин 0,2 – 0,3г. кунига 2 марта ичилади ёки фенотерол + ипратропий бромиднинг тайёр аралашмаси 2 микдор кунига 4 марта, ёки салметерол 50 мкг. кунига 2 марта ёки фармотерол 12 мкг. кунига 2 марта ± теофиллин 0,2 – 0,3г. кунига 2 марта ичишга буюрилади.

- **Реабилитация тадбирлари**

3 ВА 4 ДАРАЖАЛАР (лекин 1 ва 2 даражада эмас):

- **Мунтазам ингальяциялар:** Беклометазон кунига 1000 – 1500 мкг. ёки будесонид 800 – 1600 мкг. (ёки флутиказон 250 – 1000 мкг.) ёки салметерол 50 мкг. + флутиказон 250 мкг. тайёр аралашмаси 1 – 2 микдор кунига 2 марта (ёки фармотерол 4,5 мкг. + будесокид 160 мкг. 2 – 4 микдор кунига 2 марта): булар сўнгги 3 йил мобайнида касаллик йилда бир марта ёки ундан кўп қўзиганда ва

функционал жавоб ижобий бўлганда буюрилади. Даволаш самараси 6 – 12 ҳафта ўтгач бронходилатацияли синов ёрдамида баҳоланади.

• Реабилитация тadbирлари

ЎСОК ҚЎЗИГАН ДАВРДА БЕМОРЛАРНИ АМБУЛАТОР ДАВОЛАШ

• Касаллик кўзиши енгил кечганида бронхолитик дори воситалар миқдори ва қабул қилиш сонини ошириш зарурияти туғилади.

◆ Агар даво илгари антихолинергик воситаларсиз олиб борилган бўлса, у ҳолда муолажага улар ҳам қўшилади. Кўпроқ бронходилататорларнинг ингальяцияли аралашмалари буюрилади (антихолинергик воситалар + қисқа муддат таъсирга эга β_2 – агонистлар).

◆ Дори воситалар ингальяциясини турли сабабларга кўра қўллаш имкони бўлмаганда ёки улар самара бермаганда теофиллин буюриш мумкин.

◆ Касаллик зўрайиши бактериал сабаблар билан боғлиқ бўлганда (йирингли балғам ажралиши, йўталнинг кучайиши, тана ҳарорати кўтарилиши, умумий холсизлик) қуйидаги антибиотиклардан бири буюрилади: амоксициллин ёки макролидлар (азитромицин, кларитромицин).

• Касаллик кўзиши ўрта оғир даражада кечганда (йўтал кучайиши, йирингли балғам миқдори ошиши, ҳаво етишмаслик, тана ҳарорати кўтарилиши, умумий холсизлик) бронхолитик давони кучайтириш билан бирга беморнинг клиник ҳолати баҳоланади. Қўзиш бактериал сабабга боғлиқ бўлганда амоксициллин, клавуланат, 2 авлод цефалоспоринлар (цефуроксин) ёки респиратор фторхиноланлар (левофлоксацин, моксифлоксацин) буюрилади. Антибактериал воситалар билан даволаш муддати 10 кундан кам бўлмаслиги керак.

• КНЧХ₁ меъёрга нисбатан <50 % га камайганда бронхолитик терапия билан биргаликда тизимли ГКС преднизолон кунига 40 мг. ёки бошқалари шунга эквивалент миқдорида 10 кун мобайнида буюрилади.

ЎСОК ҚЎЗИГАН ДАВРИДА БЕМОРЛАРНИ ШИФОХОНАГА ЁТҚИЗИШГА КЎРСАТМАЛАР

• Клиник белгилар кучайиши (масалан, тинч ҳолатда тўсатдан нафас етишмаслиги)

• ЎСОК бошланишидан оғир кечиши, жумладан, узоқ муддат тизимли ГКС қабул қилувчи беморда

• Нафас ва юрак етишмовчилиги даражасини ифода этувчи янги белгиларнинг (цианоз, периферик шишлар) пайдо бўлиши

• Амбулатория шароитидаги даво ижобий натижа бермаганда ёки унинг асосида бемор аҳволи ёмонлашганда

• Юрак ритми бузилиши илк мартаба кузатилганда

• Диагноз қўйишдаги мураккабликларда

• Катта ёшдаги беморлар

• Уй шароитида даволаш имкони йўқлиги.

ЎСОК ҚЎЗИГАН ДАВРИДА БЕМОРЛАРНИ ШИФОХОНА ШАРОИТДА ДАВОЛАШ

• Оксигенотерапия ҳар минутда 2 – 5 л. кунига 18 саотдан кам бўлмаслиги керак, ҳар 30 минутдан сўнг қоннинг газ таркиби назорати.

• Бронхолитик терапия.

◆ Қабул қилиш сони ва миқдорини ошириш. Кислородли небулайзер орқали ипратропий бромид 0,5 мкг. эритмаси (2 мл. : 40 томчи) сальбутамол 2,5 – 5 мл. ёки

фенотерол 0,5 – 1,0 (0,5 – 1,0 : 10 – 20 томчи) эритмалари билан биргаликда ҳар 6 – соатда ёки

◆ Кислород билан небулайзер орқали фенотерол ва антихолинергик воситаларнинг тайёр аралашмаси 2 мл. (40 томчи), сўнг 1,5 – 2 мл. (30 – 40 томчи) дан ҳар 6 – соатда кун мобайнида юборилади.

◆ Метилксантинларни в/и юбориш (зарурият бўлганда). Аминофиллин 240 мл./соатига, кунига эса 960 мл. в/и юбориш тезлиги 0,5 мл/кг/соатига, ЭКГ назорати остида.

• Тизимли ГКС (в/и юборилади ёки ичилади). Дозаси 0,5 мл/кг/кунда ичиш учун (преднизолон 40 мл/кунда ёки бошқа ГКС эквивалент миқдорда 10 – 14 кун мобайнида). Ичиш имконияти бўлмаганда – парентерал 3 мг/кг/кунда. Преднизолон 10 – 14 кун мобайнида қабул қилингандан сўнг миқдори ҳар 4 кунда 5 мг.дан пасайтириб бориб тўхтатилади.

• Антибактериал даво (бактериал инфекция белгилари мавжуд бўлса оғиз орқали ёки в/и).

ЎСОК кўзиган даврида антибактериал даво ўтказиш тартиби қуйида келтирилган.

• **ЎСОКнинг оддий (асоратланмаган) кўзиши.** Нафас етишмаслиги зўрайиши, балғам миқдори ва таркибидаги йирингнинг кучайиши. Кўзғатувчи инфекциялар: *H influenzae*, *H parainfluenzae*, *S.pneumoniae*, *M.catarrhalis*, *Enterobacteriaceae*, β – лактамларга чидамлик бўлиши мумкин. Танлов препарати: амиксициллин 0,5 – 1,0 кунига 3 марта (7 – 14 кун) ичилади.

Қўллаш мумкин бўлган бошқа воситалар: амоксициллин/клавуланат 625 мг.дан кунига 3 марта (7 – 14 кун) ичилади ёки: кларитромицин СР 500 мг.дан кунда 1 марта ёки кларгитромицин 500 мг. кунда 2 мартат ёки азитромицин 500мг. кунда 1 марта ёки 500 мг.биринчи кун, сўнг 250 мг.дан 5 кун давомида, ёки левофлоксацин 500 мг. кунда 1 марта (7 – 14 кун), максифлоксацион 400 мг. кунда 1 марта ичиш учун.

• **ЎСОК нинг асоратланган кўзиши.** Нафас етишмаслиги, балғам миқдори ва таркибидаги йирингнинг кўпайиши. Касаллик тез – тез зўрайиши (йилига >4 марта). Ёши >65, КНЧХ₁ <50 %. Кўзғатувчи инфекциялар: *H influenzae*, *H parainfluenzae*, *S.pneumoniae*, *M.catarrhalis*. β – лактамларга чидамлик бўлиши мумкин.

Танлов препарати: амоксициллин / клавуланат 625 мг.дан кунига 3 марта (7 – 14 кун) ичилади ёки левофлоксацин 500 мг. кунда 1 марта, моксифлоксацин 400 мг.кунда 1 марта ёки в/и 3 – 4 кун давомида, цефотаксим 1 г. кунига 3 марта, цефтриаксон 1 – 2 г. кунига 1 марта, сўнг цефуроксим (4 – 6 кун) 750 мг. ҳар 12 соатда ёки цефиксим 400 мг. 24 соатда ёки в/и 3 – 4 кун давомида, ципрофлоксацин 400 мг. кунига 2 – 3 марта, сўнг ципрофлоксацион 400 мг.дан (4 – 6 кун) кунда 2 – 3 марта ичишга.

ЎСОК кўзиганлиги сабабли шифохонага ётқизилган беморларни у ердан чиқариш тартиби

• Қиска муддатли таъсирга эга ингаляцион β₂ – агонистларни қўллаш зарурияти 4 – 6 соатдан ошмаслиги • Бемор умумий аҳволи сўнгги 24 соатда яхши бўлиши •

Қондаги газлар миқдори ёки унинг кислород билан тўйинганлик кўрсаткичи сўнгги 24 соатда турғун • Бемор шифохона бўйлаб ҳаракат қила олади, мустақил овқат қабул қилади ва уйку вақтида нафас етишмаслиги камроқ безовта қилади • Бемор ва унинг оила аъзолари даво тартиби зарурийлигини тўлиқ тушунадилар • Уй лозим бўлган кузатув ва парвариш шароитлари билан таъминланган.

Беморни шифохонадан чиқариш олдидан у билан касалликнинг зўрайиши олдини олиш чора тадбирлари муҳокама қилинади, бунда гриппга қарши эмлаш, буюрилган даво ва ингаляцияларни бажариш, касалликнинг зўрайганлигидан далолат берувчи белгиларни баҳолай олишга алоҳида эътибор берилади. Зўрайишлар сонини камайтирувчи давони давом эттириш зарур. Меҳнатга яроқсизлик ҳолати тўғрисидаги ижтимоий масалалар кўриб чиқилади. Шифохонадан чиққандан сўнгги даво: чекишни қайта бошламаслик, спирометрик кўрсаткичларни ва даво самарасини назорат қилиб бориш. ЎСОК билан касалланган беморлар учун, (даражасидан катъий назар) жисмоний юкламага чидамлиликни ошириш ва нафас етишмаслигини камайтириш имконини берувчи реабилитация тадбирларини турли мураккабликларда (камида 2 ой мобайнида) ўтказиш керак бўлади.

БЕМОРНИ ЎРГАТИШ

Чекишни касаллик кечишига салбий таъсир этиши ва ундан воз кечиш кераклигини беморга тушунтириш.

- ЎСОК билан касалланган беморлар хасталикнинг табиати, зўрайишига олиб келувчи хавфли омиллар, даволанишда яхши самарага эришиш учун шифокорнинг ва шахсан ўзининг иштирокини тўла – тўқис тушуниши шарт. Ўргатиш бемор ва унинг атрофидагилар талабларига мослаштирилган, яшаш шароити ва сифатини яхшилашга қаратилган, амалга ошириш қулай, оддий ва бемор ҳамда уни парвариш қилаётган кишиларнинг ижтимоий ва ақлий ҳолатига мос бўлиши керак.

- Ўргатиш дастурига қуйидагиларни киритиш тавсия этилади: чекишни ташлаш, ЎСОК тўғрисида маълумот; терапия асослари, давонинг ўзига хослиги (қисман, ингаляция дори воситаларидан тўғри фойдаланиш; касаллик қўзиш вақтида қарор қабул қила олиш ва ўз – ўзини назорат қилиш [пикфлометрия]). Беморларга ўргатиш дастуридан иловалар тарқатиш, турли семинар ва машғулотларда касаллик тўғрисида маълумот бериш ҳамда уларни махсус кўникмаларга ўргатиш.

КЕЙИНГИ КУЗАТУВ

3 – жадвалга қаранг.

Прогнози

Касалликнинг прогнозини ифодалашда, ЎСОК нинг тез авж олиб бориш хусусиятга эга эканлигини ҳисобга олиш зарур. КНЧХ₁ нинг йилига 50 мл. дан кўпроқ камайиб бориши касалликнинг тез авж олиш хусусиятга эга эканлигининг яққол исботидир. ЎСОК нинг оғир ва ўта оғир кечиши меҳнатга яроқсизлик ҳолатини ҳамда ҳаёт учун хавфни юзага келтиради.

БРОНХОЭКТАЗЛАР

Бронхоэктаз бронх деворининг йирингли яллиғланиши натижасида унинг қайтариб бўлмайдиган деструктив кенгайишидир. **Касалланиш:** 2001 йилда 100000 аҳолига 34,7 ҳолат.

Классификацияси

- **Анатомик** ♦ Варикозли бронхоэктазлар (тасбехсимон) – бронх кенгайган қисмларининг ўзгаришга учрамаган қисмлари билан навбатма – навбат келиши хос
- ♦ Урчуқсимон бронхоэктаз – бронх бўшлиғининг кенгайган қисми аста – секин бўшлиғи ўзгармаган бронхга ўтиб боради
- ♦ Қопсимон бронхоэктаз
- ♦ Цилиндрсимон бронхоэктаз.

- **Патоморфологик** ♦ Атрофик бронхоэктаз – бронх кенгайган қисми деворнинг юпқалашуви ва атрофияси
- ♦ Гипертрофик бронхоэктаз – бронх шиллиқ ва мушак қавати гипертрофияси ва уларнинг қалинлашиши.

- **Этиопатогенетик** ♦ Туғма бронхоэктаз (қуйида келтирилган генетик аспектларга қаранг)
- ♦ Орттирилган бронхоэктаз
- ★ Ателектатик бронхоэктаз – ўпканинг катта ателектазлари негизида ривожланувчи ва кўпчилик бронх шохларининг бир текис кенгайиши билан келувчи бронхоэктаз, бунда ўпка тўқимаси "ари уяси" кўринишига эга бўлади
- ★ Деструктив бронхоэктаз (бронхоген бўшлиқ, бронхоэктатли бўшлиқ, эндобронхитли бўшлиқ) – одатда, бронх ва унинг атрофидаги тўқималарнинг йиринглашидан келиб чиқувчи қопсимон бронхоэктаз
- ★ Постбронхитли бронхоэктаз – сурункали бронхитда бронх девори дистрофик ўзгаришлари оқибатида ёки ўткир бронхитда бронх девори йирингли чириши ёки тонуси бузилиши натижасида юзага келувчи бронхоэктаз
- ★ Постстенотик бронхоэктаз – бронх деворида шиллиқ тўпланиши ва унинг атонияси оқибатида торайган қисмидан пастда юзага келувчи бронхоэктаз
- ★ Ретенцион бронхоэктаз – бронх деворининг шиллиқ тўпланишдан кенгайиши ёки тонуси йўқолиши (масалан, муковисцидозда) оқибатида ривожланган бронхоэктаз.

Генетик аспектлари

- Наслдан – наслга ўтувчи бронхоэктазлар (211400,р)
- Эпштейн – Барр вируси ташувчилигида сурункали инфекцияларга юқори берилувчанлик(226990,р)
- Дункан касаллиги (*308240,Хq25): авж олувчи аралаш иммун етишмовчилик, табиий киллерлар етишмовчилиги
- Ҳаракатсиз киприклар синдроми (*242650,6 р, 1 генини ўзгариши, майда найчалар динен дефекти [14q32])
- Картагенер синдроми
- Уильямс – Кемпбелл синдроми (211450): бронхлар тоғай тўқимасининг туғма бўлмаслиги оқибатида бронхомалаяция
- Швахлан – Дайемонт синдроми – [*260400, р] – синусит ва бронхоэктазлар, малъабсорбцияга олиб келувчи ошқозон ости беши етишмовчилиги; нейтропения ва наетрофиллар хемотаксиси деффекти.

Патоморфологияси

- Бронхлар кенгайиши
- Йирингли яллиғланиш
- Бронхлар шиллиқ қавати некротик ўзгаришлари
- Перибронхиал фиброз.

Клиник манзараси

- Эрталаблари уйқудан тургач ва уйқудан олдин мунтазам пайдо бўлувчи йирингли балғам ажралиши билан йўтал
- Қон туфлаш
- Нафас олганда кўкрак қафасида оғриқ (баъзан)
- Кўрик
- ♦ Кўкрак қафаси бочкасимон (айниқса ателектазли бромхоэктазлар)
- ♦ Тирноқлар "соат ойналари" шаклида
-

Аускультацияда – маълум бир соҳада жойлашган нам хириллашлар • Нафас етишмовчилиги белгилари • Ўпка – юрак белгилари.

3 – жадвал. ЎСОКга чалинган беморни умумий амалиёт ва назоратида бўлиш тартиби.

Даражаси	Текширувларни такрорлаш сони	Мутахассис маслаҳати
1	Йилда бир марта клиник кўрув, бронходилатация билан синовли спирометрия - йилда бир марта.*ЎСОК кўзиганда: ҚУТ ва кўкрак қафаси аъзолари рентгенографияси	7 – 14 кун мобайнида ўтказилган даво самарасиз бўлса, пульмонолог маслаҳати (диагнозни тасдиқлаш учун) амалга оширилади
2	Текширувлар ҳажми ва сони юқоридагидек	Кўрсатмалар юқоридагидек
3	Йилда 2 марта клиник кўрув, бронходилатация билан синовли спирометрия - йилда 1 марта. ҚУТ ва кўкрак қафаси аъзолари рентгенографияси, ЭКГ - йилда 1 марта Sat O ₂ * - йилда 2 марта	Пульмонолог маслаҳати: Касаллик кўзиганда, нафас етишмовчилиги авж олганда, диагнозни тасдиқлаш ва меҳнат қобилияти йўқолганлигини аниқлаш учун
4	Текширувлар ҳажми ва сони юқоридагидек	Пульмонолог маслаҳати: касаллик зўрайганда, нафас етишмовчилиги авж олганда, сурункали юрак етишмовчилиги белгиларида диагнозни тасдиқлаш ва меҳнат қобилияти йўқолганлигини аниқлаш учун

Илова: *Бронходилатация синамали спирометрия ўтказиш ва SatO₂ аниқлаш имконияти бўлмаганида беморларни пульмонолог маслаҳатига юбориш лозим.

Лаборатор текширувлар • ҚУТ – лейкоцитлар сони ортиши, ЭЧТ кўтарилиши, камқонлик • Балғамни текшириш – 3 қаватли чўкма, бактериологик текширувда касаллик кўзғатувчиларини аниқлаш (*Haemophilus influenzae*, *Streptococcus pneumoniae*, *Staphylococcus aureus*, *Pseudomonas aeruginosa*. Анаэроблар, микобактериялари) • Гипоксемия • Зардобда глобулинлар миқдорини текшириш: α_1 – турининг сезиларли камайганлиги α_1 – антитрпсин етишмовчилигига шубҳа туғдиради • Тер таркибидаги электролитлар миқдорини аниқлаш: хлоридлар

микдори – болаларда 60 мЭКВ/л. катталарда 80 мЭКВ/л. дан ортик бўлиши муковисцедоз учун хос • Бирламчи цилиар дискинезияни аниқлаш мақсадида киприкчаларни ультраструктур текширувини ўтказиш учун бурун шиллик қавати биопсияси.

Махсус текширувлар

- Ташқи нафас фаолиятини (ТНФ) текшириш – рестриктив ёки рестриктив – обструктив нафас бузилишлари.
- Рентгенологик текширув ♦ Жарохатланган соҳада перебронхиал фиброз, ателектазлар, тўрсимон ўпка тўқимаси (уясимон), кўп микдорда кистоз ўзгаришлар, томирлар сурати деформацияси. Муковисцидозда жараённинг ўпкани юқори қисмларида жойлашиши.
- Бронхография – юқумли жараёнда ёки қон туфлаш вақтида бажариш мақсадга мувофиқ эмас, чунки бронх шиллиғи контраст моддани ўтишига тўсқинлик қилади, зотилжам эса бронхларни вақтинча кенгайишини юзага келтиради. "Дарахтнинг кеаётган шохларига" ўхшаш цилиндрсимон бронхоэктазлар. Қопсимон бронхоэктазларда бронхларнинг дистал қисмлари шишириб кўйилганга ўхшаб кўриниши. Қарши кўрсатма – йодга тасирчанлик ♦ КТ кўп ҳолларда бронхоэктазларни аниқлашга ёрдам беради.
- Фибробронхоскопия ♦ Касаллик бошланганига кўп муддат ўтмаган ёки жараён бир томонлама бўлганда тавсия этилади, бронхография билан биргалликда бажарилиши мумкин ♦ Бронхоэктазнинг тури ва жойлашган ўрнини аниқлашга ҳамда қон кетиш жойини топишга ёрдам беради ♦ Бронхта ўсма ёки ёт модда мавжудлигини истисно қилиш учун кўмак беради ♦ Мухитга экиш учун манбаа олишга имкон яратади.

Даволаш

- Консерватив ♦ Нафас йўллари ўтказувчанлигини тиклаш ✦ Постурал дренаж ✦ Бронхолитик ва балғам эритувчи воситалар билан ингаляциялар ♦ Оксигенотерапия РаО₂ 55 мл. см. устундан паст бўлганда ўтказиш мақсадга мувофиқ ♦ Бронхлар шиллик модда ёки мицелия иплари билан бекилиб қолганда – даволаш бронхоскопияси ♦ Бронходилататорлар (тербутамин, сальбутамол) ингаляцияси айниқса бронхиал астма ёки ўпка аспергиллёзи ёндош бўлиб келган беморларга тавсия этилади ♦ Антибиотиклар 1 – 2 ҳафта мобайнида ✦ Ампициллин 250 – 500 мг. ҳар 6 соатда ичиш учун (тана вазни 20 кг. дан кам бўлган болаларга – 50 мл/кг/кунда ҳар 6 – 8 – соатда бир хил микдорда тақсимланади) ёки амоксицилин 1 г.дан кунда 3 марта ✦ Тетрацилин 250 – 500 мл. ҳар 6 соатда ичилади. (8 ёшдан кичик болаларга, ҳомиладорларга тавсия этилмайди. Шунингдек антацидлар, сут маҳсулотлари темир препаратлари ва ҳомиладорликдан сақловчи гормонал воситалар билан бирга қўлланилмайди) ♦ ГК – бронхиал астма ва ўпка аспергиллёзида.
- Хирургик усул билан даволашни бронхоэктазнинг ҳар қандай турида ва ўпкада сурункали яллиғланиш жараёни мавжуд бўлганда ёши 5 – 6 ойликдан 40 ёшгача бўлган беморларда амалга ошириш мумкин. 40 ёшдан катта бўлган беморларда хирургик амалиёти асоратли бронхоэктазлардагина бажарилади: ўпкадан қон кетиши, абсцессланиш, турғун ателектаз, аспергиллома ♦ Операция турлари:

жароҳатланган қисм резекцияси, лобэктомия билобэктомия, аралаш резекция, пульмонэктомия. Болалар ва ўсмирларда ўпка тўқимасини қолдириб, фақат бронхлар экстерпациясини бажариш мумкин. Жараён икки томонлама бўлганда хирургик амалиётни бир неча босқичда бажариш мақсадга мувофиқ, бунда кўпроқ ўзгаришга учраган соҳада биринчи бўлиб операция бажарилади ♦ Бронх артериясини эмболлаш – ўпкадан кўп қон кетганда ҳаётини кўрсатма бўйича бажарилади.

Асоратлари • Қайталанувчи зотилжам • Ўпка гипертензияси • Иккиламчи амилоидоз • Ўпкали юрак (одатда ЎСОК асосида).

Профилактикаси • Чекишни ташлаш • Зотилжамни тўғри даволаш • Бронхлар обструкциясига ўз вақтида диагноз қўйиш ва даволаш.

ХКК-10 • **J47** Бронхоэктатик касаллик [бронхоэктаз] • **Q33.4** Туғма бронхоэктазлар.

ШИФОХОНАДАН ТАШҚАРИДА ОРТТИРИЛГАН ЗОТИЛЖАМ

Шифохонадан ташқарида орттирилган зотилжам – шифохонадан ташқари шароитда юзага келган ўткир касаллик бўлиб нафас йўллари қуйи қисми инфекциялари белгилари (тана ҳарорати кўтарилиши, йўтал, балғам ажралиши - баъзан йиринг аралаш, кўкракда оғриқ, нафас етишмаслиги) ва рентгенологик текширувда ўпкада "янги" учоқли инфилтратларнинг пайдо бўлиши билан характерланади.

ХКК-10: J15.9 Аниқланмаган бактериал зотилжам.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯСИ

Зотилжам анча кенг тарқалган ўткир инфекция қаторига кирилади.

- Зотилжам билан касалланиш катталарда (≥ 18 ёш) 1 – 11,6 % атрофида.
- Ушбу касалликда ўлим ёндош патологияси бўлмаган навқирон ва ўрта ёшдагиларда энг кам (1 – 3 %) учрайди. Катта ёшдагиларда ёндош касалликлар (ЎСОК, хавфли ўсмалар, алкоголизм, ҚД, жигар ва буйрак, юрак қон-томир касалликлари) мавжуд бўлса, шунингдек оғир кечганида бу кўрсаткич 15 – 30 % етади.

ПРОФИЛАКТИКАСИ

Зотилжамни олдини олиш учун пневмококк ва гриппга қарши зардоб қўлланилади

- Эмлаш амалиёти бўйича маслаҳатчилар қўмитаси (Advisory Committee on Immunization Practicez-ACIP.1997) тавсияларига биноан пневмококк зардобини ушбу инфекция ривожланиши юқори хавфи мавжуд бўлганда юбориш лозим: ♦ ≥ 65 ёшда бўлганларда ♦ Ёши 2-64да бўлиб, ички аъзоларида касалликлари (юрак қон-томир тизимли сурункали касалликлари, сурункали бронх-ўпка касалликлари, ҚД, алкоголизм, жигарнинг сурункали касалликлари ва б.қ.) билан хасталанган беморларга ♦ 2 ёшдан 64 ёшгача бўлган, функционал ёки органик аспления

(ўроксимон хужайрали камқонлик, спленэктомиядан сўнг) билан хасталанган беморларга ♦ Иммуно танқисли ҳолатидаги 2 ёшдан юқори шахсларга.

● 65ёшгача бўлганларга гриппга қарши зардоб юбориш грипп ва унинг асоратлари жумладан, зотилжамни олдини олишда юқори самара беради. 65 ёш ва ундан юқори бўлган ёшдаги шахсларни эмлаш самараси паст, лекин юқори нафас йўллари инфекциялари, зотилжам, касалхонада даволаниш ва ўлим сонини камайтиради. ASIP тавсияларига биноан (2001 й.) қуйидаги хавфли гуруҳларга кирувчи шахсларни гриппга қарши эмлаш керак: ♦ 50 ёшдан катта шахслар ♦ Қариялар уйида узок муддат яшаётганлар ♦ Сурункали бронх-ўпка (бронхиал астма ҳам), юрак қон-томир касалликлари билан хаста беморлар ♦ Доимий тиббий назоратда бўлган ва ўтган йилда метаболизм бузилишлари (ҚД), буйрак касалликлари, гемоглобинопатиялар, иммунтанқислиги бўйича шифохонада даволанган шахслар ♦ Ҳомиладорликнинг 2 ва 3 чоракларидаги аёллар ♦ Шифокор, хамширалар, касалхона ва амбулатория муассасаларида ишлайдиган бошқа ходимлар ♦ Хавфли гуруҳга кирувчи шахсларни уйда парвариш қилишни амалга оширувчи тиббиёт хизматчилари.

Эмлашни амалга ошириш учун энг қулай вақт октябр ва ноябрнинг 1 ярми.

Классификацияси

Ҳозирги вақтда касаллик ривожланган шароитни ва ўпка тўқимаси зарарланиш хусусиятларини, шунингдек беморнинг иммун ҳолатини ҳисобга олувчи классификация кенг тарқалган. Бу классификацияга мувофиқ зотилжамнинг қуйидаги турлари фарқ қилинади;

- **Шифохонадан ташқарида орттирилган зотилжам** (даволаш муассасасидан ташқарида орттирилган, синонимлари: уйда, амбулатор).
- **Нозокомиал зотилжам** (даволаш муассасасида орттирилган, синонимлари: шифохона, шифохона ичи).
- **Аспирация оқибатидаги зотилжам.**
- **Иммунитетда етишмовчилиги бўлган шахслардаги зотилжам** (туғма иммун танқислиги, ОИТС, ятроген иммунсупрессия)

Этиологияси

Шифохонадан ташқарида орттирилган зотилжамнинг келиб чиқиши бевосита юқори нафас йўлларидаги нормал микрофлора билан боғлиқ. Қуйи нафас йўлларида тушган микроорганизмлардан фақатгина баъзилари, яъни юқори чидамликка эга бўлганларигина яллиғланиш жараёнини чақириши мумкин. Шифохонадан ташқарида орттирилган зотилжамнинг кўзғатувчилари одатда *Streptococcus pneumoniae* (30-50%) ва *Haemophilus influenzae* (10%). Шунингдек ушбу касалликни келиб чиқишида атипик микроорганизмлар ҳам қанчадир аҳамият касб этади ва улар ҳисобига касалланиш 8-30-% ҳоллари туғри келади. 1-жадвалда беморнинг ёши, касалликнинг кечиши ва ёндош патология мавжудлигини ҳисобга олган ҳолда шифохонадан ташқари зотилжамнинг келиб чиқиш сабаблари келтирилган.

Баъзи микроблар бронх-ўпка яллиғланишини чақирмайди ва уларнинг балғамдан топилиши юқори нафас йўлларида борлигидан далолат беради, буларга кўкимтир стрептококклар, *Staphelococcus epidermidis* ва бошқа коагулаза-манфий стафилококклар, шунингдек *Entezococcus spp.*, *Neisseria spp.*, *Candida spp* лар киради.

Диагнози

Клиник ва рентген белгилари

- Бемор тана ҳарорати кўтарилиши, йўтал, ҳаво етишмаслик, балғам ажралиши ва/ёки кўкракда оғриққа шикоят қилганда зотилжамга шубҳа туғилмоғи лозим. Шунингдек ҳеч бир асосиз беҳоллик, тез чарчаш, кечалари терлаш хос.
- Бемор текширилганда аниқланадиган зотилжамга хос объектив белгилар: ўпканинг зарарланган қисми соҳасида перкутор товуш қисқарган (буғиқлашган), чегараланган бронхиал нафас, жарангдор майда пуфакчали хириллашлар ёки инспиратор крипитация, бронхофония ва товуш титраши кучайши.
- Айрим беморларда зотилжамнинг ўзига хос белгилари аниқланмаслиги ёки умуман ташқи белгиларисиз кечиши мумкин, шу сабабдан диагнозни аниқлаш мақсадида кўкрак қафаси рентгенографияси ўтказилади.
- Кўкрак қафаси рентгенографиясида ўпкада инфильтрат-ўчоқни аниқлаб, қуйи нафас йўллари инфекциясининг ўзига хос белгилари билан биргаликда зотилжам диагнозини тасдиқлаш имконини беради. Рентген ёрдамида инфильтратнинг тарқалганлиги, плевра бўшлиғида суюқликни ва юрак етишмовчилиги беморда бор йўклиги аниқланади.
- Кўп ҳолларда клиник белгилар ва рентгенографияга асосланиб, зотилжамнинг келиб чиқиш сабаблари туғрисида аниқ хулосага келиб бўлмайди.

1-жадвал. Шифохонадан ташқарида орттирилган зотилжам билан касалланган беморлар гуруҳи ва тахминий кўзғатувчилари.

Беморларнинг хусусиятлари	Тахминий кўзғатувчилар
Амбулатор беморлар 60 ёшгача, ёндош касалликларсиз шахсларда оғир бўлмаган даражадаги шифохонадан ташқаридаги зотилжам	<i>Streptococcus pneumoniae</i> <i>Mycoplasma pneumoniae</i> <i>Chlamydophila pneumoniae</i> <i>Haemophilus influenzae</i>
Амбулатор беморлар 60 ёшдан юқори ва/ёки ёндош касалликлари бор оғир бўлмаган шифохонадан ташқаридаги зотилжам	<i>Streptococcus pneumoniae</i> <i>Haemophilus influenzae</i>

	<i>Staphylococcus aureus</i> <i>Enterobacteriaceae</i>
Шифохонага ётқизилган беморлар Шифохонадан ташқаридаги оғир бўлмаган зотилжам	<i>Streptococcus pneumoniae</i> <i>Chlamydomyces pneumoniae</i> <i>Staphylococcus aureus</i> <i>Enterobacteriaceae</i>
Шифохонага ётқизилган беморлар Шифохонадан ташқаридаги оғир зотилжам	<i>Streptococcus pneumoniae</i> <i>Legionella spp.</i> <i>Staphylococcus aureus</i> <i>Enterobacteriaceae</i>

ЛАБОРАТОР ДИАГНОСТИКАСИ ВА ТЕКШИРИШНИНГ ҚЎШИМЧА УСУЛЛАРИ

- Қон клиник таҳлиliga таяниб, зотилжам кўзгатувчиси тўғрисида қарор чиқариб бўлмайди. Лейкоцитлар сонини $10-12 \times 10^9/\text{л}$. ортиши-бактериал инфекция, уларнинг сонини $3 \times 10^9/\text{л}$. дан паст ёки $25 \times 10^9/\text{л}$. дан юқори бўлиши нохуш белгидан далолат беради. Касалликнинг хос белгиси СРО микдорининг ортишидир.
- Қон биохимик таҳлили (буйрак, жигар фаолияти синамалари, гликемия ва бошқалар) махсус маълумот бермайди, аммо аниқланган ўзгаришлар қатор аъзолардаги патологик жараёндан далолат бериши мумкин ва бу парҳезда аҳамиятга эга.
- Нафас етишмаслиги бор беморларда артериал қондаги газлар микдорини аниқлаш шарт. Бунда PaO_2 микдори 60 мл. сим. уст.дан паст бўлса гипоксия кузатилади ва бу нохуш белги ҳисобланади. Беморни реанимация бўлимига жойлаштириш учун кўрсатма бўлиб хизмат қилади.
- Микробиологик текширувнинг асосий усули – қаттик йўталда ажраладиган балғамни Грамм усулида бўяш ва уни экиш. Суртмада лейкоцитлар сони 25 дан кам ва 10 дан ортиқ эпителий ҳужайралари аниқланса бироз катталаштириб, камида 8-10 кўрув майдони қурилади, текширувни тўхтатиш мумкин, чунки текшириляётган манба оғиз бўшлиғидаги моддадан иборат. Балғам текшириляётганда қузгатувчи $\geq 10^6$ КОЕ мл. микдорда аниқланса, унинг диагностик қиймати юқори деб баҳоланади. Бактериоскопия экилган балғам натижаларининг тахминий клиник белгиларига мувофиқ олиб борилади. Ахволи оғир беморларга (жумладан касалхонага ётқизилган кўпчилик беморларга) антибактериал даво бошлаш олдидан вена қони 2 маротаба муҳитга экилади, (қон турли веналардан 30-40 минут ораликда олинад).

- Плевра бўшлиғида суюқлик мавжуд бўлиб, уни пункция қилиш имконияти бўлганда (рентгенографияда 1 см.дан ортиқ, эркин ҳаракатланувчи суюқлик кўриниши), уни олиб текшириш лозим. Аниқланиши зарур: лейкоцитлар ва унинг формуласи, рН, ЛДг фаоллиги, оқ миқдори Грамм бўйича суртма ва кислотага турғун бактерияларни бўйаш, аэроб, анаэроблар ва микобактерияларни аниқлаш учун экиш.
- Фибробронхоскопия ва инвазив текширувнинг бошқа усуллари (трансторакал аспирация ва биопсия) бронхоген карцинома йод модда аспирацияси, касаллигига гумон туғилса (лекин балғам аралаш йўтал, "обструкцияли зотилжам" кузатилмаган ҳолларда) ўтказилади.
- Диагноз кеч аниқланганда ва антибактериал даво кеч бошланганда (8 соатдан ортиқ) касаллик прогнозига салбий таъсир кўрсатади.

ДИАГНОСТИК МЕЗОНЛАРИ

- Шифохонадан ташқаридаги зотилжам диагнози рентгенда аниқланада: у ўпка тўқимасининг ўчоқли инфильтрацияси ва қуйидаги белгилардан ҳеч бўлмаганда 2 таси мавжуд бўлганда қуйилади: • Касалликнинг ўткир тана ҳарорати кўтарилиши билан ($>38^{\circ}\text{C}$) бошланиши: • Балғамли йўтал: • Обьектив белгилар (крепитация) ва/ёки майда пуфакчали хириллашлар (дағал бронхиал нафас) • Лейкоцитлар сони ортган ($>10 \cdot 10^9$) ва/ёки таёқча ядроли сурилиш.
- Ўпкадаги ўчоқли инфильтрациянинг рентгенологик далили (кўкрак қафаси аъзолари рентгенографияси ёки йирик тасмали флюорография) йўқлиги, зотилжам диагнозини ноаниқ қилади.
- Тана ҳарорати кўтарилиши, йўтал, нафас етишмаслиги, балғам ажралиши ва/ёки кўкракдаги оғриқларга шикоят қилаётган беморда рентген текширув ўтказилиши имконияти бўлмаса ва маҳаллий белгилар аниқланмаса - бронхиал нафас, майда пуфакчали хириллашлар, крепитация, бронхофония ва овоз титрашининг кучайиши шифохонадаги ташқаридаги зотилжам диагнози шубҳалидир.

Амбулатор беморларга бажарилиши зарур бўлган текширувлар

Беморга аниқ диагноз қўйиш ва касалликнинг кечиш даражаси ҳамда шифохонага ётқизиш зарурияти бор йўқлигини аниқлаш учун касаллик тарихи ва обьектив кўришдан ташқари зарурий текширув усуллари мавжуд: • Кўкрак қафаси аъзолари рентгенографияси 2 кўринишда, • Қоннинг умумий тахлили • Имконият бўлганда қоннинг биохимик тахлилини (аввало мочевина, креатинин, аминотрансфераза, электролитлар) ўтказилиши мақсадга мувофиқ.

Амбулатор шароитда зотилжамни микробиологик текширувини ўтказиш кам маълумот беради ва антибактериал воситани танлашга деярли таъсир кўрсатмайди.

Шифохонага ётқизилган беморларга бажарилиши зарур бўлган текширувлар.

Беморга аниқ диагноз қўйиш ва даволаниши лозим бўлган бўлимни (умумий терапия ёки реанимация бўлимлари) аниқлаш учун, касаллик тарихи ва обьектив кўрувдан ташқари қуйидаги зарурий текширувлар ўтказилади: • Кўкрак қафаси рентгенографияси – 2 кўринишда • Қоннинг умумий тахлили • Қоннинг

биокимёвий таҳлили – мочевино, креатинин, электролитлар, аминотрансферазалар • Микробиологик текширув, Грамм бўйича бўялган балғам суртмаси микроскопияси • Қўзғатувчини аниқлаш ва унинг антибиотикларга сезгирлигини баҳолаш учун балғамни экиш • Гемокультура таҳлили (30-40 минут оралиғида турли веналардан қон олинад). Оғир кечаётган зотилжамда УСВ ўтказиш заруриятини аниқлаш учун артериал қонинг газ таркиби ($\text{PaO}_2:\text{PaCO}_2$) ўрганилиши мақсадга мувофиқ. Плевра бўшлиғига суюқлик йиғилганида уни пункция қилиш ва олинган суюқликни хужайравий, биокимёвий, микробиологик текширувдан ўтказиш.

ДИФФЕРЕНЦИАЛ ДИАГНОСТИКАСИ

Дифференциал диагноз қуйидаги касалликлар ва патологик ҳолатлар билан ўтказилади

- Ўпка и.
- Ўсмалар ♦ Ўпканинг бирламчи раки (айниқса, бронхиолоальвеолеар ракиннг зотилжам тури) ♦ Эндобронхиал метастазлар ♦ Бронх аденомаси ♦ Лимфома.
- ЎАТЭ.
- Иммунопатологик касалликлар: ♦ Тизимли васкулитлар ♦ Системали қизил волчанкадаги зотилжам ♦ Аллергик бронх –ўпка аспергиллози ♦ Облитерловчи бронхиолит шаклланган зотилжам билан ♦ Бирламчи ўпка фибрози ♦ Эозинофилли зотилжам ♦ Бронхоцентрик грануломатоз.
- Бошқа касалликлар ва патологик ҳолатлар: ♦ Сурункали юрак етишмовчилиги ♦ Дори пневмопатияси ♦ Ёт модда аспирацияси ♦ Саркоидоз ♦ Ўпка альвеолалари протеинози ♦ Липоидли зотилжам ♦ Думалоқ ателектаз.

ДАВОЛАШ

ДАВОЛАШ МАҚСАДИ

- Қўзғатувчи эрадикацияси • Касаллик белгиларини тўхтатиш • Лаборатор кўрсаткичлар ва функционал ўзгаришларни меъёрига келтириш • Ўпка тўқимасидаги инфильтрация ўчоқларининг сўрилишига эришиш • Касаллик асоратини олдини олиш.

ШИФОХОНАГА ЁТҚИЗИШГА КЎРСАТМАЛАР

Қуйидаги гуруҳ беморлари шифохонага ётқизилмоғи лозим:

- ♦ Объектив текширув натижаларида нафас олиш сони 1 минутда 30: диастолик $\text{AB} \leq 60$ мм. см.уст., систолик $\text{AB} < 90$ мм. см.уст., юрак уриши 1 минутда ≥ 125 марта, тана ҳарорати $< 35,5$ С ёки ≥ 40 С, эс- хушдаги ўзгаришлар.
- ♦ Лаборатор ва рентген маълумотлар: Периферик қонда лейкоцитлар миқдори $< 4,0 \cdot 10^9$ ёки $> 25,0 \cdot 10^9$: $\text{SatO}_2 < 92\%$ (пульсоксиметрия маълумотлари бўйича), қон зардобиди креатинин $> 176,7$ мкмоль/л. ёки мочевино > 7 ммоль/л., 1 бўлакда кўп соҳани эгаллаган зотилжам инфильтрати, ўпкада емирилган бўшлиқ (бўшлиқлар), плеврада суюқлик, ўпкадаги ўчоқли инфильтрациянинг тез авж олиши (2 кун давомида инфильтрат ўлчамларининг $> 50\%$ катталашиши), гематокрит $< 30\%$ ёки

Нв < 90 г/л., ўпқадан ташқарида инфекция ўчоқларининг бўлиши (менингит, септик артрит ва бошқалар), сепсис ёки аъзолар фаолиятининг етишмовчилиги, коагулопатия билан юзага чиқадиган метаболик ацидоз (рН < 7,35).

◆ Уй шароитида шифокор тавсияларини бажариш ва муқобил парвариш қилиш имкони йўқлиги.

◆ Бемор ёши 60 дан юқори ◆ Ёндош касалликлар (сурункали бронхит ёки ЎСОК, бронхоэктазлар, хавфли ўсмалар, ҚД, СБЕ, сурункали юрак етишмовчилиги, сурункали алкоголизм, гиёхвандлик, тана вазнини сезиларли даражада катталиги (цереброваскулар касалликлар) ◆ Бошланғич антибактериал даво самарасизлиги ◆ Бемор ва/ёки унинг оила аъзоларининг истаги ◆ Шифохонадан ташқарида орттирилган зотилжам оғир кечаётгани ва беморларда кузатилаётган тахипноэ, 1 минутда ≥ 30 , систолик АБ < 90 мм. сим. уст., икки томонлама ёки бир неча бўлақдаги зотилжам инфильтрацияси, ўпқадаги катталашиб бораётган инфильтрация ўчоқлари, септик шок ёки вазопрессорларни юбориш зарурияти > 4 соат давом этса, УБЕ (ўтқир буйрак етишмовчилиги) – тезлик билан реанимация бўлимига жойлаштириш зарур.

ДОРИЛАРСИЗ ДАВОЛАШ

Дециметр тўлқинли даволаш, ультра юқори тўлқинли даволаш, магнит даволаш, электро ва фонофарез каби физиотерапевтик даволаш усулларини қўллаш мақсадга мувофиқ эканлигини тасдиқловчи далиллар мавжуд эмас. Ажралиб чиқаётган балғам миқдори кунига 30 мл. дан ортган ҳолларда нафас гимнастикаси ўтказиш самарадор эканлиги исботланган .

Дорилар билан даволаш

Зотилжамни даволашда антибактериал терапия илмий асосга эга бўлган ягона усулдир. Иммуномодуляторлар, биоген стимулловчилар, витаминлар, антигистамин дори воситаларни юбориш мақсадга мувофиқ эканлиги исботланмаган. НЯҚВ маълум муддатга яъни иссиқ тушириш ва оғриқ қолдириш зарурияти бўлган вақтдагина буюрилади.

АМБУЛАТОР БЕМОРЛАР

Амбулатор беморларда ўтказиладиган антибактериал даволаш бўйича тавсиялар 2 жадвалда келтирилган

- 1 гуруҳ 60 ёшдан кичик ва ёндош касалликлари бўлган беморлар. Уларда талаб даражадаги клиник самарани оғиз орқали қабул қилинадиган дори воситалари ёрдамида олиш мумкин. Танлов воситаси сифатида амоксициллин ва макролит антибиотиклари тавсия этилади. Беморларда β-лактама антибиотикларга таъсирчанлик бўлмаса ёки касаллик атипик сабабларга (микоплазма, хламидия) кўра келиб чиққан деб гумон қилинганда макролитлар қўлланилгани маъқул. Кўмакчи дори воситалари сифатида респиратор фторхинолинлар тавсия этилади.
- Иккинчи гуруҳга 60 ёшдан катта ва/ёки ёндош касалликлар - ҚД, сурункали юрак етишмовчилиги, СБЕ, жигар циррози, алкоголизм, гиёхвандлик, умумий

дистрофиясига чалинган беморлар киритилган. Бу гуруҳ беморларда ҳам ижобий самара антибиотикларни ичишга буюрилганда олиниши мумкин. Аммо уларда касаллик келиб чиқишида грам–манфий микроорганизмларнинг иштироки юқори бўлганлиги сабабли танлов воситаси сифатида «ҳимояланган» аминопенициллинлар ёки цефуроксим тавсия этилади. Ёрдамчи восита сифатида респиратор фторхинолонлар буюрилади.

2-жадвал. Шифохонадан ташқарида орттирилган зотилжамни амбулатор даволашда антибактериал терапия.

Гуруҳ	Қўзгатувчи	Танлов ДВ	КўмакчиДВ
1. Ёндош касалликлар и йўқ, 60 ёшдан кичик беморларда оғир зотилжам	S.pneumoniae M.pneumoniae C.pneumoniae H.influenzae	Амоксициллин ёки макролидлар Ичишга*	Респиратор фторхинолонлар (лефлорксин) ичишга. Доксициклин ичишга
2. Оғир бўлмаган зотилжам, 60 ёшдан катта ва/ёки ёндош касалликлар и бор беморлар	S.pneumoniae H.influenzae C.pneumoniae S.aureus Enterobacteriaceae	Амоксициллин +клавулон кислота ичишга ёки тефрукам ичишга	Респиратор фторхинолонлар (левофлорксин, моксифлорксин) ичишга

Изоҳ:* Фармакокинетик хоссалари яхшиланган макролидларни қўллаган маъқул (кларитромицин, рокситромицин, азитромицин, спирамицин). Келиб чиқиш сабаби атипик деб гумон қилинган зотилжамда (C. pneumoniae, M. pneumoniae) макролид антибиотиклар танлов воситаси бўлиб хизмат қилади.

Антибактериал дори воситаларини қабул қилиш миқдори 3-жадвалда келтирилган.

• **Антибактериал терапиянинг самараси даво бошлангандан 48-72 соат ўтгач баҳоланади.** Бу муддат ичида интоксикация ва тана ҳароратининг камайганлиги, нафас етишмовчилиги белгилари бартараф этилганлиги самарадорликнинг асосий мезонлари ҳисобланади. Беморда юқори ҳарорат ва

интоксикация сақланиб турса ёки касаллик белгилари авж олиб борса, даво самарасиз деб ҳисобланади ва антибактериал препаратни бошқасига алмаштириб, беморни шифохонага ётқизиш масаласи кўрилади. Антибактериал терапияни ўзгартириш бўйича тавсиялар 5-жадвалда берилган. Даволаш муддати одатда 7-10 кунни ташкил этади. Касаллик келиб чиқишида хламидия ёки микоплазма сабабчи эканини тасдиқловчи клиник ва эпидемиологик белгилар бўлганда даволаш муддати 14-кун, стафилококк ёки грамманфий энтеробактериялар сабабчи бўлса 14-21 кунни ташкил этиши зарур.

- Рентгенография назоратида инфилтрат сақланиб турса бу ҳолат антибиотиклар билан даवони давом эттиришига асос бўлмайди, шу билан бирга зотилжамнинг клиник, рентген ва лаборатор белгилари узок муддат сақланиб турган ҳолларда ўпка раки, сурункали юрак етишмовчилиги каби касалликлар билан дифференциал диагноз ўтказиш керак.

- Даволаш жараёнида бемор умумий аҳволи ва муолажа самарасини баҳолаш мақсадида қўйидаги текширувларни ўтказиш мақсадга мувофиқ:
 - Қон умумий таҳлили - касалликнинг 2-3 кун ва антибактериал терапия тугагандан сўнг.

- Қон биокимёвий таҳлили – биринчи текширувда ўзгаришлар мавжуд бўлганда, 1 хафта ўтгач такроран текширилади
- Қонни газ таркибини текшириш (оғир кечганда) –кўрсаткичлар меъёрига келгунга қадар ҳар кун аниқланади
- Кўкрак қафаси рентгенографияси – даволаш бошлангандан 2-3 хафта ўтгач (шифохонадан чиқишдан олдин) ёки бемор аҳволи ёмонлашганда.

3-жадвал. Катталарда зотилжамнинг эмпирик давоси учун антибактериал дори воситаларини танлаш тартиби ва миқдори.

Дори воситалари	Ичишга	Уколга
Бензилпенициллин	-----	2 млн. ТБ. кунда 4-6 марта
Амоксициллин	0,5-1 г. кунда 3 марта	-----
Ампициллин	Тавсия этилмайди	1 г. кунда 4 марта
Амоксициллин+клавулан кислотаси	0,625 г. кунда 3 марта	1,2 г. кунда 3 марта
Тикарциллин+клавулан кислотаси	-----	3,2 г. кунда 3 марта
Пиперациллин+тазобактам	-----	4,5 г. кунда 3 марта
Цефуроксим	-----	0,75 г. кунда 3 марта
Цефотаксим	-----	1-2 г. кунда 3-4 марта
Цефтриаксон	-----	1-2 г. кунда 1 марта
Цефепим	-----	2 г. кунда 2 марта
Цефоперазон+сульбактам	-----	2-4 г. кунда 2 марта
Имипенем	-----	0,5 г. кунда 3 марта
Меропенем	-----	0,5 г. кунда 3 марта
Эртапенем	-----	1 г. кунда 1 марта
Азитромицин	0,25 г. кунда 1 марта *	-----
Кларитромицин	0,5 г. кунда 2 марта	0,5 г. кунда 2 марта
Мидекамицин	0,4 г. кунда 3 марта	-----
Рокситромицин	0,15 г. кунда 2 марта	-----
Спирамицин	3 млн. ХБ. кунда 2 марта	1,5 млн. ХБ кунда 3 марта
Эритромицин	0,5 г. кунда 4 марта	0,6 г. кунда 3 марта
Клиндамицин	0,3-0,45 г. кунда 4 марта	0,6 г. кунда 4 марта
Линкомицин	0,5 г. кунда 3 марта	0,3-0,6 г. кунда 3 марта
Доксициклин	0,1 г. кунда 2 марта	0,1 г. кунда 2 марта
Ципрофлоксацин	Тавсия этилмайди	0,2-0,4 г. кунда 2 марта
Офлоксацин	Тавсия этилмайди	0,4 г. кунда 2 марта
Гатифлоксацин	0,4 г. кунда 1 марта	-----
Левифлоксацин	0,5 г. кунда 1 марта	0,5 г. кунда 1 марта

Моксифлоксацин	0,4 г. кунда 1 марта	0,4 г. кунда 1 марта
Гентамицин	-----	3-5 мл\кг. кунда 1 марта
Амикацин	-----	15 мл\кг. кунда 1 марта
Рифампицин	-----	0,3-0,45 г. кунда 2 марта
Метронидазол	0,5 г. кунда 3 марта	0,5 г. кунда 3 марта

Илова*Биринчи кунда, икки дозадан буюрилади – 0,5 г.

4-жадвал. Шифохонага ётқизилган беморларни даволашда антибактериал терапия.

Гуруҳ	Қўзғатувчилари	Тавсия этилган тартиб
Оғир бўлмаган даражадаги зотилжам	<i>S.pneumoniae</i> , <i>H.influenzae</i> , <i>C.pneumoniae</i> , <i>S.aureus</i> , <i>Enterobacteriaceae</i>	Танлов дори воситаси: Бензилпенициллин, в/и, м/о Ампициллин в/и, м/о Амоксициллин+клавулан кислота в/и Цефуроксим в/и, м/о Цефотаксим в/и, м/о Цефтриаксон в/о, м/о Мукобил дори воситалари: Респиратор фторхинолонлар (левофлоксацин в/и, моксифлоксацин в/о)
Оғир даражадаги зотилжам*	<i>S.pneumoniae</i> , <i>Legionella spp.</i> , <i>S.aureus</i> , <i>Enterobacteriaceae</i>	Танлов дори воситалари: Амоксициллин+клавуфан кислота в/и+макролид в/и Цефотаксим+макролид в/и Цефтриаксон+макролид в/и Цефепим в/и+макролид в/и Мукобил дори воситалари: Респиратор фторхинолонлар

		(левофлоксацин, моксифлоксацин) Эрта фторхинолонлар (ципрофлоксацин в/и, офлоксацин в/и) + 3- авлод цефалоспоринлари в/и
--	--	--

Илова:* Касаллик *P aeruginosa* томонидан чақирганлигига гумон қилинганда танлов препарати сифатида цефтазидим, цефепим, цефазерон + сульбактам, тикарциллин + клавулан кислота, пиперациллин+тазобактам, карбапенем (меропенем имипенем)лардан фойдаланилади. Бу дори воситалар якка ҳолда ёки аминогликозидларнинг 2-3 авлодлари билан биргаликда қўлланилади. Аспирацияга шубҳа туғилганда қуйидагиларни буюриш лозим: амоксициллин+клавулан кислота, цефоперазон+сульбактам, тикарциллин+клавулан кислота, пиперациллин+тазобактам, карбапенемалар.

5-жадвал.

Шифохонадан ташқаридаги зотилжамни бошланғич давоси самарасиз бўлганда антибактериал дори воситаларини танлаш.

Даволашнинг биринчи босқичида	Даволашнинг иккинчи босқичида
Амоксициллин Амоксициллин+клавулан кислота Цефуросим Макролидлар	Амбулатор беморларда Макролидлар, доксициклин Макролид, доксициклин, респиратор фторхинолонлар. Амоксициллин, амоксициллин+клавулан кислота респиратор фторхинолонлар.
Ампициллин	Шифохонага ётқизилган беморларда Алмаштириш/макролид кўшиш. Касаллик оғир даражада бўлганда учинчи авлод цефалоспоринларига алмаштириш+макролид буюриш.
Амоксициллин/клавуланат Цефуросим Биринчи ва иккинчи авлод цефалоспоринлари	Макролид кўшилади Макролид кўшилади.

Хирургик усулда даволаш

Хирургик усуллари (антибактериал терапия билан бир қаторда) касалликнинг йирингли деструкцияли асоратларида (плевра эмпиемасида) қўлланилади. Кўп ҳолларда торакотомик дренаж баъзан эса - торакоскопия ва декортикация бажарилади.

Мутахассис маслаҳатига кўрсатмалар

- Бошланғич антибактериал давонинг самарасизлиги
- Инвазив текшириш усуллари ўтказишни зарурлиги
- Соғаймаётган зотилжамли бемор.

Кейинги кузатув

Ўпкадаги ўчоқли инфилтратлар сўрилганлигини аниқлаш учун касаллик бошлангандан 2-3 ҳафта ўтгач рентгенологик назорат ўтказилади. Агар жараён давом этаётган бўлса ёки касалликнинг чўзилиб кетиш хави бўлганда рентген назоратни 4 ҳафта ўтгач такрорлаш мақсадига мувофиқ. Алоҳида ҳолларда КТ, фибробронхоскопия ўтказилади.

ПРОГНОЗИ

Кўп ҳолларда иммун тизими мустаҳкам, навқирон ва ўрта ёшли беморларда тана ҳарорати 2-4 кун ичида меёрига келади, рентгенологик "соғайиши" эса 4 ҳафтагача бўлган муддатда рўй беради.

Касалликнинг узоқ муддат кечишининг хавфли омиллари

- Ёши 55 дан юқори беморларда
- Алкоголизм
- Ички аъзоларни ногиронликка олиб келувчи ёндош касалликлари (ЎСОК, сурункали юрак етишмовчилиги, ҚД ва бошқалар)
- Касалликнинг оғир даражада кечиши
- Мультилобар инфилтрат
- Касаллик кўзғатувчиларни ташқи таъсирларга чидамлилиги юқорилиги (*L. pneumophila*, *S. aureus*, грамманфий энтеробактериялар)
- Кашандалик
- Ўтказилаётган давони клиник жиҳатдан самарасизлиги (лейкоцитлар сони ва тана ҳарорати юқори кўрсаткичларда сақланиб турса)
- Иккиламчи бактериемия.

– микобактериялари таъсирида юзага келувчи ва турли тўқима ҳамда аъзоларда ўзига хос гранулёмалар, ҳужайравий аллергия ривожланиши шунингдек турли клиник белгилар билан кечувчи юқумли касаллик. Ўпка, лимфа тизими, суяк, бўғинлар, сийдик – тано аъзолари, тери, кўз, асаб тизими зарарланиши хос. нинг фаол шакли – бу клиник, лаборатор, рентген текширувлар ўтказиш натижасида жараённинг фаоллик даражаси аниқланган туридир; нинг юқумли шакли –

микобактериялари ажралиши билан кечадиган жараёндин; билан касалланган бемор – унинг фаол шаклига чалинганлар.

ХКК – 10 • А15 – А19 .

ҚИСҚАРТИРИШ: СМБ – микобактерияси.

ПРОФИЛАКТИКАСИ

Икки хил тури фарқланади: ижтимоий ва тиббий. Касалликни олдини олишнинг ижтимоий турига соғлом турмуш тарзи, уй – жой билан таъминлаш, ҳаёт шароитини яхшилаш ва аҳолини ижтимоий химоялашни кучайтириш киради.

Тиббий турида эса: эмлаш ва қайта эмлашни амалга ошириш, микобактерия тарқатувчи беморлар билан алоқада бўлган шахслар ўртасида олдини олиш ишларини олиб бориш.

ГА ҚАРШИ ЭМЛАШ ВА ҚАЙТА ЭМЛАШ

Касаллик олдини олишнинг махсус усули: нинг тери ичига юбориладиган зардоби (БЦЖ) ва куруқ зардоби (БЦЖ – М бирламчи эҳтиёт эмлаш учун) билан бажарилади.

Препарат БЦЖ – 1 зардоб штамми тирик микобактерияларидан (микобактерияларини қорамолдан олинган тури) иборат бўлиб, глютаминат натрийнинг 1,5 % эритмасида эритилган. Кукунсимон ёки таблетка шаклидаги, ок ёки сарғиш рангдаги ғоваксимон модда, сувда эримайди. БЦЖ – М нинг эмлаш миқдори 0,025 мг. 0,1 мл. эритмада сақланади. Ундаги тирик микобактериялар эмланган шахс танасида кўпайиб, га қарши узоқ муддатли иммунитет ривожланишига олиб келади.

Куруқ зардоб қўлланилиши керак бўлган вақтда стерил натрий хлорнинг 0,9 % ли эритмасида эритилади. Эмлаш (қайта эмлаш) ни бажариш учун 0,1 мл. ҳажмга эга ва кесими калта ингичка игнали махсус бир марталик шприцлар қўлланилади.

БЦЖ зардоби 0,5 мг. миқдорда 0,1 мл. ҳажмда тери остига юборилади. Бирламчи эмлаш янги туғилган соғлом чақалоқларга ҳаётининг 3 – 7 кунда бажарилади. Қайта эмлаш 7 – 14 ёшдаги болаларда ўтказилади, бунда 2 ТЕ ППД-Л билан бажарилган Манту синамасида манфий жавоб олинган бўлиши керак. Игна санчилган соҳада жавоб реакцияси (1 мм.) борлиги ёки қизариш, инфилтратнинг йўқлиги синама жавобининг манфий эканлигидан далолат беради. микобактериялари юктирилган, Манту синамасига манфий жавобга эга болалар қайта эмланмайди. Манту синамасини кўйиш ва қайта эмлаш орасидаги муддат 3 кундан кам ва 2 ҳафтадан кўп бўлмаслиги керак.

БЦЖ нинг 0,1 мл. даги 0,05 мл. ли миқдорини олиш учун, 20 миқдорли зардоб сақланаётган ампулага 2 мл. ҳажмдаги узун игнали стерил шприц билан натрий хлорнинг 0,9 % мл.ли эритмасидан кўшилади, 10 миқдор сақланаётган ампулага эса – натрий хлорнинг 0,9 % эритмасидан 1 мл. кўшилади. Зардоб бир минут мобайнида тўлиқ эриб кетиши керак (2 – 3 марта китилади).

Бир марта эмлаш учун эритилган зардобдан 0,2 мл. (2 миқдор) шприцга тортилади, сўнг ҳавони чиқариб юбориш ва керакли миқдорни – 0,1 мл. қолдириш учун стерил пахтага игна орқали 0,1 мл. зардоб чиқариб ташланади. Ҳар гал тортиш олтидан зардобни шприц ёрдамида 2 – 3 марта эҳтиёткорлик билан аралаштирилади. Бир шприц билан фақатгина битта болага юбориш мумкин. БЦЖ зардоби чап елка

ташқи соҳасининг юқори ва ўрта қисми чегарасида, тери 70 % спирт билан тозалангандан сўнг унинг ичига юборилади. Игна кесимини юқорига қаратган ҳолда, тортилган терининг юза қатламига киритилади. Игна аниқ тери ичига тушганлигини билиш мақсадида аввал зардобнинг озгина қисми, аниқлангач эса қолган қисми (0,1 мл.) тўлиқ юборилади. Зардоб бехато юборилганда айланаси 7 – 9 мм.га тенг оқ рангли шиш ҳо бўлади, одатда у 15 – 20 минутдан сўнг сўрилиб кетади. Препаратни тери остига юборилишига йўл қўймаслик керак, чунки бунда совуқ абсцесс ривожланиши мумкин. Зардоб юборилган соҳани йод ёки бошқа дезинфекцияловчи воситалар билан тозалаш ва боғлаб қўйиш таъқиқланади.

Эмланган соҳада айланаси 5 – 10 мм.га тенг папула кўринишидаги махсус жавоб реакцияси кузатилади. Янги туғилган чақалоқларда меъёрий жавоб реакцияси 4 – 6 ҳафтадан сўнг ривожланади. Папула сўрилиши учун 2 – 3 ой, баъзан ундан ҳам кўпроқ муддат талаб қилинади. Қайта эмланувчиларда маҳаллий жавоб 1 – 2 ҳафтадан сўнг пайдо бўлади. Ушбу соҳани турли таъсирлар, ишқаланишдан, айниқса сув муолажалари вақтида сақлаш лозим. Эмланганларнинг 90 – 95 % ида тегишли соҳада айланаси 10 мм.гача бўлган юзаки чандиқ ҳо бўлиши керак. Эмлаш ва қайта эмлашдан сўнг асоратлар жуда кам учрайди ва одатда маҳаллий хусусиятга эга бўлади.

ҚАРШИ КЎРСАТМАЛАР

Эмлашга қарши

- Чақалоқлардаги 2 – 4 даражали етилмаганлик (туғилгандаги вазни 2500 г. дан кам бўлганда).
- Ўткир ва сурункали касалликлар қайталаган вақтида (ҳомила инфекцияси, йирингли – септик касалликлар, ўрта – оғир ва оғир даражадаги чақалоқлар гемолитик касаллиги, яққол ифодаланган неврологик белгилар билан кечувчи асаб тизими касалликлари, терининг катта қисмини эгаллаган жароҳатлар) уларнинг клиник белгилари тўхтаганга қадар эмлаш ўтказилмайди.
- Иммуно танқислик ҳолати (бирламчи).
- Оиладаги бошқа болаларда аниқланган инфекцияси.
- Онанинг ОИТС билан касалланганлиги.

Янги туғилган вақтда эмланмаган чақалоқларни, моненьликлар истисно қилингач БЦЖ – М билан эмлаш буюрилади.

Қайта эмлашга қарши

- Ўткир юқумли ва юқумли бўлмаган касалликлар ҳамда сурункали касалликлар, жумладан аллергик касалликларнинг зўрайиши. Бемор тузалгандан ёки ундан 1 ой муддат ўтгандан сўнг эмланади.
- Иммуно танқислиги ҳолатлари, хавфли ўсмалар. Иммунодепрессант воситалар ва нур терапияси ўтказилаётган бўлса, эмлаш даво курси тугагандан сўнг 6 ой ўтгач бажарилади.
- , касаллик тарихида унинг микобактерияси билан инфекцияланиш.
- 2 ТЕ ППД – Л билан бажарилган Манту синамасида мусбат ва шубҳали жавоб реакцияси.
- Илгари бажарилган эмлашларга асоратли жавоб реакцияси (келоид чандиқ, лимфаденит ва бошқалар).

Оилада, болалар муассасаларида ва юқумли касалликларга чалинган беморлар билан алоқада бўлганда, мазкур касалликка карантин муддати ёки яширин даври тугагандан сўнг эмлаш бажарилади.

Янги туғилган чақалоқни БЦЖ – М зардоби билан эмлашга қарши кўрсатмалар

- Етилмаганлик – туғилгандаги вазни 2000 г.дан кам.
- Ўткир ва сурункали касалликлар зўрайганда (ҳомила инфекцияси, йирингли – септик касалликлар, ўрта – оғир ва оғир даражадаги чақалоқлар гемолитик касаллиги, яққол ифодаланган неврологик белгилар билан кечувчи асаб тизими касалликлари, терининг катта қисмини эгаллаган жароҳатлар ва ҳ.) клиник белгилар тўхтагунга қадар эмлаш ўтказилмайди.
- Иммун танқислик ҳолати (бирламчи).
- Оиладаги бошқа болаларда аниқланган инфекцияси.
- Онанинг ОИТС билан касалланганлиги.

Янги туғилган вақтда эмланмаган чақалоқлар, моненьликлар истисно қилинган БЦЖ – М зардоби билан эмланади.

СКРИНИНГИ

ТУБЕРКУЛИН ДИАГНОСТИКАСИ

Туберкулин синови – организмнинг микобактериясига махсус сенсбилизациясини аниқлаш учун бажариладиган диагностик синама. Ушбу усул аҳолини ёппасига касаллигига текшириш (аҳолини умумий туберкулин ташхислаш) ва индивидуал текширувда (шахсий туберкулин ташхислаш) қўлланилади.

Оммавий туберкулин диагностикасининг мақсади:

- СМБни илк бор юқтирган шахсларни аниқлаш (туберкулин синамалари “виражи”);
- Синамага ўта кучли ва гиперергик жавоб реакцияси бор шахсларни аниқлаш;
- Туғруқхонада эмланмаган, 2 ойлик ва ундан ката бўлган гўдаклар орасидан БЦЖ – М билан эмлаш ва БЦЖ зардоби билан қайта эмлаш учун шахсларни танлаш;
- Болалар ва ўсмирларда ни эрта аниқлаш;
- нинг аҳоли орасида тарқалганлик даражасини аниқлаш (аҳолининг СМБ юқтирганлиги ва юқтириш хавфи).

Оммавий туберкулин диагностикасида Манту синамаси бажарилади. Бунда тозаланган туберкулиннинг тайёр эритмасидан (тайёр шакли – РРД – Л) 2 туберкулин бирлик (ТБ) тери ичига юборилади.

Оммавий диагностикасида Манту синамасини ўтказиш қоидалари

Манту синамасини бажариш учун бир марта ишлатишга мўлжалланган кесими қийшиқ, ингичка, калта игнали шприцлардан фойдаланилади. Инсулин юборишга мўлжалланган шприцлардан фойдаланиш қатъиян ман этилади. Туберкулинни ампуладан тортиш: ампула 70⁰ ли спиртда намланган дока билан артилиб, бўйни аррача билан кеади ва синдириб олинади. Манту синамаси бажарилиши керак бўлган шприц ва № 0845 игна билан ампуладаги эритмадан 0,2 мл. (яъни 2 микдор) тортиб олинади. Шприцга ўз игнаси ўрнатилиб, эритма 0,1 мл. қолгунга қадар

стерил пахтага чиқариб юборилади. Ампула очилгандан кейин асептик шароитда кўпи билан 2 соат сақланади. Манту синамаси бажарилаётганда бемор ўтирган ҳолатда бўлиши керак, чунки ҳис – ҳаяжонга берилувчан шахслар инъекция вақтида хушини йўқотиши мумкин.

Билакнинг ички юзаси 1/3 қисми соҳасида тери 70° этил спирти билан тозаланади ва стерил пахта билан қуритилади. Терини тортиб туриб, унинг юза қатламига игнанинг кесимини юқорига қаратиб (т/и) киритилади. Игна тешиги тери ичига киргач 0,1 мл. эритма, яъни 1 микдор туберкулин юборилади. Муолажа тўғри бажарилса, терида оқ рангли, диаметри 7 – 9 мм. ўлчамга эга “лимон пўсти” кўринишидаги папула ҳо бўлади.

Манту синамаси натижаси – инъекциядан 72 соат ўтгач папула ўлчами миллиметрда ўлчаш йўли билан баҳоланади. Миллиметрли бўлинмалари бўлган чизғич ёрдамида инфилтратнинг кўндаланг (билак ўқиға нисбатан) ўлчами инфилтрат бўлмаганда, қизарган қисм ўлчаниб, қайд этилади.

Манту синамаси жавоб реакцияси мезонлари:

- Игна санчқиси реакцияси бўла туриб (0 – 1 мм.), инфилтрат (папула) ёки қизариш умуман бўлмаганда – манфий ҳисобланади.
- Шубҳали – инфилтрат ўлчами 2 – 4 мм. ёки усиз турли ўлчамдаги қизариш.
- Мусбат – инфилтрат ўлчами 5 мм. ва ундан катта.

Инфилтрат ўлчами 5 – 9 мм. бўлганда реакция энгил мусбат, 10 – 14 мм. бўлганда ўрта, 15 – 16 мм. бўлганда яққол ифодаланган ҳисобланади. Болалар ва ўсмирларда инфилтрат ўлчами 17 мм. ва ундан ката, катта ёшлиларда 21 мм.дан катта, шунингдек инфилтрат ўлчамидан қатъий назар везикуло – некрозли ўзгариш, лимфангиит ёки усиз кечганида реакция гиперергик ҳисобланади; инфилтрат ўлчами 6 мм. ва аввал ўтказилган реакцияға нисбатан катта бўлганида реакция кучайиб борувчи ҳисобланади.

2 ТБ ППД – Л билан Манту синамаси соғлом шунингдек ички аъзоларнинг турли касалликлари билан хаста болалар ва ўсмирлар учун зарарсиздир. Шу билан бирга ўтказилган касалликлар ва эмлашлар бола терисининг туберкулинга сезгирлигига таъсир кўрсатиб, уни кучайтириши ёки сусайтириши мумкин. Бу ҳолат туберкулинга сезгирликни кузатишға қийинчилик туғдиради ва монёликларни аниқлашға асос бўлиб хизмат қилади.

Оммавий диагностикасида **2 ТБ билан туберкулин синамаси ўтказишға қарши кўрсатмалар.**

- Тери касалликлари, ўткир ва сурункали юқумли ва соматик касалликлар (жумладан, эпилепсия-тутқанок) зўрайиш даврида.
- Аллергик ҳолатлар, ревматизмнинг ўткир ва ўртача ўткир босқичлари, бронхиал астма, идиосинкрязия терида яққол ифодаланган белгилар билан зўрайиш даврида.

ФЛЮОРОГРАФИЯ

Касалликни олдини олиш мақсадида рентген текшируви (флюорография). ни аниқлаш мақсадида аҳолини камида ҳар 2 йилда 1 марта тиббий кўриқдан ўтказиш шарт.

Махсус кўрсатма бўйича ни аниқлаш мақсадида **ҳар йили 2 марта** тиббий кўриқдан ўтиши керак бўлган аҳоли гуруҳлари (касаллиги белгилари бор – йўқлигидан қатъи назар):

- Мажбурий ҳарбий хизмат муддатини ўтаётган ҳарбий хизматчилар.
- Туғруқхона бўлими ходимлари.
- инфекцияси манбалари билан бевосита ижтимоий ёки касбий алоқада бўлган шахслар.
- га қарши махсус даволаш – профилактика муассасаларидаги кузатув рўйхатидан соғайганлиги туфайли ўчирилган шахслар – рўйхатдан ўчирилгач дастлабки 3 йил мобайнида.
- билан касалланиб ўтган ва касаллик аниқланган вақтдан дастлабки 3 йил давомида ўпкада асоратли ўзгаришлари бўлган шахслар.
- ОИТС билан касалланганлар.
- Наркологик ва психиатрик муассасаларда назорат рўйхатида турган шахслар.
- Қамокхона ва ахлоқ тузатиш муассасаларидан озод этилган шахслар – озодликка чиққач 2 йил давомида.
- Қамокхонадаги иши кўрилаётган ва ахлоқ тузатиш муассасаларидаги – ҳукм этилган шахслар.

Махсус кўрсатма бўйича касаллигини аниқлаш мақсадида **йилда 1 марта** тиббий кўриқдан ўтиши керак бўлган аҳоли гуруҳлари (касаллиги белгилари бор ёки йўқлигидан қатъи назар):

- Нафас аъзолари, ОИЙ, сийдик – тано тизими аъзолари сурункали лекин специфик бўлмаган касалликлари; ҚД билан хасталанганлар; ГК, нур ва цитостатик терапия ўтказилаётган шахслар.
- билан касалланиш хавфи юқори бўлган ижтимоий гуруҳларга кирувчи шахслар: яшаш жойи муайян бўлмаган; қочоқлар, ўзга юртдан келган, мажбуран яшаш жойини ўзгартирган; муайян яшаш ва ишлаш жойига эга бўлмаган шахсларга ижтимоий ёрдам ва ижтимоий хизмат кўрсатиш стационар муассасаларида истиқомат қилувчи шахслар.

- Болалар ва ўсмирларга ижтимоий хизмат кўрсатиш муассасалари ишчилари; даволаш – профилактика, санатор – курорт, билим бериш, соғломлаштириш ва спорт муассасалари хизматчилари.

ни аниқлаш мақсадида шахсий (навбатдан ташқари) тартибда тиббий кўриқдан ўтиши керак бўлган шахслар: даволаш – профилактика муассасасига тиббий ёрдам сўраб мурожаат қилган шахсда касаллигига шубҳа қилинганда; ҳомиладор аёл ва чақалоқлар билан бирга яшаётган кишилар; ҳарбий хизматга чақирилаётганлар; ОИТС диагнози илк бор қўйилган шахслар.

КЛАССИФИКАЦИЯСИ

БОЛАЛАР ВА ЎСМИРЛАРДА ИНТОКСИКАЦИЯСИ

НАФАС АЪЗОЛАРИ И

- Бирламчи мажмуи • Кўкрак ичи лимфа тугунлари и • Ўпканинг тарқалган и • Милиар • Ўпканинг ўчоқли и • Ўпка инфилтрацияли и • Казеоз зотилжам • Ўпка и ўсмаси (туберкулёма) • Ўпканинг кавернали и • Фиброз – кавернали ўпка и • Ўпка циррозли и • плеврити (жумладан, эмпиема) • Бронх, трахея, юқори нафас

йўллари и • Ўпканинг касбий чангли касалликлари билан кўшилиб келган нафас аъзолари и (конио).

БОШҚА АЪЗО ВА СИСТЕМАЛАР И

• Мия қобиғи ва марказий асаб тизими и • Ичак, қорин парда ва чарви лимфа тугунлари и • Суяк ва бўғимлар и • Сийдик – тано аъзолар и • Тери ва тери ости ёғ қатлами и • Периферик лимфа тугунлари и • Кўз и • Бошқа аъзолар и.

нинг кечиш жараёни хусусияти унинг жойлашган ўрни, клиник ва рентген белгилари ва бемордан олинган текширув материалида СМБ бор – йўқлиги асосида белгиланади. Жойлашиши ва тарқалганлиги: ўпкада бўлак, бўлакчалар бўйича, қолган аъзоларда жароҳатнинг жойлашган ўрнига қараб.

Босқичлари: • Инфилтратланиш, емирилиш, тарқалиш • Сўрилиш, зичлашиш, чандикланиш, оҳакланиш.

Бактерия ажралиши: • СМБ ажралиши билан (СМБ+) • СМБ ажралмайди (СМБ–).

нинг асоратлари: қон туфлаш ва ўпкадан қон кетиши, спонтан пневмоторакс, ўпка – юрак етишмовчилиги, ателектаз, амилоидоз, оқма яралар ва ҳ.

касаллигидан шифо топгандан сўнгги ўзгаришлар:

• Нафас аъзолари: • Фиброзли, фиброз – ўчоқли, буллёз – дистрофик • Ўпка ва лимфа тугунларида оҳакланиш, ўчоқлари плевропневмосклероз • Цирроз.

• Бошқа аъзолар: турли аъзоларда чандикли ўзгаришлар ва уларнинг асоратлари, оҳакланиш ва бошқалар.

ХКТ – 10 га кўра “Баъзи юқумли ва паразитли касалликлар А00 – В99”, унда “А15 – А19 ” қисмини юзага келтиради.

ДИАГНОЗИ

касаллигига гумон қилинаётган беморни текшира туриб, умумий амалиёт ва радиологик диагностика қидирувнинг қуйидаги режасидан фойдаланиши мумкин. Ушбу режада ташхисий қидирувнинг ҳар бир босқичи учун ижобий деб баҳоланиш натижалари (инфекция тушганлиги ёки касалликни кўрсатувчи) келтирилган.

• **Шикоятлари.** Ҳолсизлик, бош оғриши, тана ҳарорати кўтарилиши, тунда терлаш, доимий “йўталиб туриш”, балғамли йўтал, қон тупуриш, кўкрак қафасида оғриқ, нафас етишмаслигини аста секин авж олиши ва тана вазнини камайиб бориши.

• **Анамнези.** касаллигига чалинган бемор билан алоқада бўлиш, билан касалланганлик, ўпкада ўзгаришлар қолдиғи, руҳий ва жисмоний жароҳатлар, гиперинсоляция (куёш нурида тобланиш), тиббий банкачалар қўйиш, стероид гормонлар ва иммунодепрессантлар билан даволаниш. Ёндош касалликлар: ҚД, яра касаллиги, пневмокониозлар, алкоголизм, нафас аъзолари сурункали касалликлари.

• **Физикал текширувлар.** Елканинг юқори қисми мушаклари оғриқли ва/ёки таранглашган, нафас олганда кўкрак қафасининг ярим қисмида ҳаракат чегараланган; перкутор товуш бўғиқлашган, диафрагма баландлиги турлича ёки ўпка қуйи қисмлари ҳаракатчанлиги турлича; турли чегараланган аускультатив ўзгаришлар (тарқалган да – икки томонлама).

- **Туберкулинг сезувчанлик.** Сўнгги йил мобайнида Манту синамасида реакциянинг манфийдан мусбатга ўзгариши. Кескин мусбат реакция, везикуло – некротик реакция. Оғир аҳволда – манфий.
- **Лаборатор текширувлар.** ЭЧТ 16 – 40 мм/соат гача ортган, лейкоцитлар сони эса бироз ошган ёки умуман ошмаган, лимфопения, моноцитоз, лейкоцитлар формуласининг чапга сурилиши, бироз нейтрофил сурилиш. Балғам суртмаси чўкмага тушириб ва экиш усули билан текширилганда, унда микобактерияларни аниқланиши.
- **Рентгенологик текширувлар.** Ўчоқлар ўпканинг кўпроқ ёки умуман юқори бўлимларида жойлашади. I – II – VI бўлакчалар чегараланган ҳолда жароҳатланади (ўчоқлар, инфильтратлар, айниқса емирилаётган инфильтрат, суюқлик чегараси бўлмаган бўшлиқлар, фокуслар). Ўпка илдизлари бир томондан ёки ассимметрик ўзгарган, оҳакланиш ўчоқлари, илдизлар юқорига тортилган.
- **Бронхологик текширув.** Бронх фаол и белгилари, бронх чандиғи, шакли ўзгарган, махсус бўлмаган худудар эндобронхит, бронхонодуляр тешиқлар мавжуд.

НУР ЁРДАМИДА ДИФФЕРЕНЦИАЛ ДИАГНОСТИКА

- **Ўчоқли соя.** Ўчоқли , ўчоқли зотилжам, ўсмалар, ўчоқли пневмосклероз.
- **Бўлак ва бўлакчалар қоронғулашуви.**
 - ◆ Ўпка ҳажми кичрайиши белгилари йўқ. Зотилжам, ўпканинг инфильтрацияли и, бирламчи мажмуи инфильтрат босқичида, ўпка артерияси тромбоземболияси (инфаркт – зотилжам), эозинофиллар инфильтрацияси.
 - ◆ Ўпка ҳажми кичрайиши белгилари. касаллиги, бронх ўсмаси, ёт модда ёки торайиши, безсимон – медиастинал синдром оқибатида келиб чиққан ателектаз, циррозли ёки пневмоциррознинг чегараланган шакли.
 - ◆ Ўпка ҳажми кенгайиши белгилари. Ўпка ва плевра ўсмалари, плевра бўшлиғига суюқлик тўпланган (гидроторакс), зотилжам (Фридлендер).
- **Ўпканинг тотал (субтотал) қоронғулашуви** (катта майдон қоронғулашуви синдроми). Плеврит ва плевра бўшлиғига суюқлик тўпланган, ўсмалар, стафилококкли зотилжам, ўпка ателектази билан асоратланган обтурацияли бронхостеноз, циррозли , келиб чиқиши турлича бўлган пневмоцирроз, диафрагма чурраси.
- **Думалоқ соя синдроми.** ўсмаси (туберкулёма), ўсмалар, зотилжам, эозинофилли инфильтрат, дизэмбриогенетик ўсма, чегараланган плеврит, эски паразитли хоалар, таркиби тўла кисталар, томирлар аневризмаси.
- **Халқасимон соя синдроми.** кавернаси, ўпка абсцесси, девор олди бўшлиғи (плеврада, чегараланган пневмоторакс) кистаси, булла, бронхоэктазлар, емирилаётган периферик рак, ўпканинг стафилококкли деструкцияси, диафрагма гумбази ва ичак соясининг бўшашганлиги.
- **Тарқалиши (диссеминацияси).** Ўпканинг тарқоқ и, тарқоқ ўсма ва метастазлар, пневмокониоз, гранулематоз, альвеолитлар, икки томонлама зотилжам, ўпканинг аллергик жароҳатлари, ўпка димиқиши ва шиши, келиб чиқиши ноаниқ бўлган тарқоқ ўчоқлар.

- **Ўпка сурати ўзгаришлари.** Сурункали бронхит, келиб чиқиш сабаби турлича диффуз пневмосклероз, ўпкада димиқиш белгилари.
- Ўпка илдизлари ўзгаришлари ва кўкс оралиғи кенгайиши. Кўкрак ичи лимфа тугунлари и, саркоидоз, лимфогранулематоз, илдиз олди зотилжами, вирусли аденопатиялар, ўпка марказий раки, кўкрак ичи лимфа тугунларидаги метастазлар, пневмокониоз, медиастинал плеврит, дизэмбриогенетик ҳоалар.

ДАВОЛАШ

билан касалланган беморларни даволаш умумий амалиёт врачлари фаол иштирокида фтизиатр шифокор назорати остида олиб борилади. У давонинг тўғри ва самарали олиб борилишини таъминлайди. Даволашнинг тўла курси ва унинг алоҳида босқичлари шифохона ва кундузги шифохонада, санатория, амбулатор шароитларда олиб борилади. Даво касаллигининг кечиш даражаси, беморни атрофидагилар учун қанчалик хавфли эканлиги, моддий-ижтимоий шароити, руҳияти, ижтимоий мослашиши ва маҳаллий шароит даражасидан келиб чиққан ҳолда ташкил этилади. У қандай шаклда олиб борилишидан қатъий назар, қоидалари ва назорати, шунингдек беморни бир даво муассасасидан иккинчисига ўтказиш қонуниятларига тўлиқ амал қилиниши лозим.

ДАВОЛАШ МАҚСАДИ

ни даволашдан мақсад – беморни асоратларсиз ёки ўта кам қолдиқлар билан тўлиқ соғайишига эришишдир.

Дориларсиз даволаш

касаллигида 11 парҳез тавсия этилади. Кунига оқ миқдори 100-110 г.дан, соғайиш даврида эса 120-140 г.дан кам бўлмаслиги керак (60% ҳайвон оқлари). Кўп миқдорда мойлар истеъмол қилиш иштаҳани сусайтириши мумкин. Углевод ёшга мос меъёрда берилади (400-500 г.). Касаллик зўрайган ва ётоқ тартиби вақтида 2500-2600 ккал/кунига (19,4-11,9 МДЖ), ярим ётоқ тартибида 2700-2900 ккал/кунига (11,3-12,2 МДЖ), ремиссия вақтида 3000-3600 ккал (13,8-15,1 МДЖ).

Коллапсотерапия – кўкрак (сунъий пневмоторакс) ёки қорин (сунъий пневмоперитонеум) бўшлиқларига ҳаво юбориш.

Бир-бирига туташ иккита шиша идишдан сув ўлчагич, найча ва игнадан иборат ускунадан фойдаланилади. Коллапсотерапияга кўрсатмалар:

- Чегараланган деструктив шаклли ўпка и, 2-3 ой давомида дори воситалар билан терапия ўтказилганда тешиқлар (каверналар) беркилмаса ва ижобий ўзгариш қайд этилмаса;
- Тешиқли ва чегараланган тарқоқ, емирилиш босқичида.
- Шошилиш кўрсатма бўйича ўпкадан қон кетганда.

ДОРИЛАР БИЛАН ДАВОЛАШ

Дорилар билан даволаш касаллиги муолажасининг асосидир.

Бунда тўрт тартиб ва унинг ҳар бирида 2 босқич фаркланади: жадаллашган ва давом этиш босқичлари.

Биринчи тартибда даво илк бор аниқланган бактерия тарқатувчилар ва/ёки турли аъзоларнинг тарқоқ ва асоратли жароҳатлари бўлган беморларга буюрилади. Жадал терапия босқичида асосий 4 препарат буюрилади: изониазид, рифампицин, пиразинамид ва стрептомицин ёки этамбутол 2 ой мобайнида. Терапияни давом

этириш босқичида эса 2 асосий препарат қолдирилади: изониазид ва рифампицин 4 ёки 6 ой давомида. Давом этириш босқичида бошқа тартиб буюрилиши ҳам мумкин: изониазид ва этамбутол 6 ой муддатда. менингитида давом этиш босқичи катталарда 8-12 ой мобайнида олиб борилади.

Иккинчи А тартибда даволашда танаффусдан сўнг қайта терапия буюрилганда ёки касаллик қайталаниб, микобактериялари препарат таъсирига чидамлилиги хавфи юқори бўлмаганда тавсия этилади. Жадал терапия босқичида 5 асосий препарат буюрилади: изониазид, рифампицин, пиразинамид, этамбутол ва стрептомицин. 2 ой мобайнида даволаш ўтказилгач, терапия 4 препарат (изониазид, рифампицин, пиразинамид, этамбутол) билан 1 ой мобайнида давом этирилади. Жадаллашган босқичнинг умумий муддати камида 3 ой. микобактериялари асосий препаратларга сезгирлигини сақлаган бўлса, терапияни давом этириш босқичида 5 ой мобайнида изониазид, рифампицин ва этамбутол хар куни ёки кун ора (хафтасига 3 марта) тартибда қабул қилинади. Терапиянинг умумий муддати 8 ой. Болалар ва ўсмирлар учун давом этиш босқичи 6 ойни, терапиянинг умумий муддати эса 9 ойни ташкил этади.

Иккинчи Б тартиб микобактериялари дорилар таъсирига чидамлилиги юқори бўлиб, микробиологик текширув маълумотлари олингунга қадар буюрилади. Жадал терапия босқичида 3 ой мобайнида 4 асосий препарат биргаликда (изониазид, рифампицин, пиразинамид, этамбутол) ва 2-3 заҳирадаги препаратлар (маҳаллий дорига чидамлилик маълумотлари асосида) буюрилади. Кейинги терапия СМБнинг препаратга чидамлилиги тўғрисидаги маълумот асосида ва 1, 2 А ёки 4 тартибга асосан буюрилади.

Учинчи тартиб илк бор аниқланган, бактерия тарқатувчи бўлмаган, нинг кичик ва асоратланмаган шакллари билан касалланган беморларга буюрилади. Жадал терапия босқичида 4 асосий, болаларга эса 3 асосий препарат (изониазид, рифампицин ва пиразинамид ёки стрептомицин) буюрилади. Бу босқич 2 ой давом этади. Ушбу вақт мобайнида беморлар тўртала комбинациядаги олтмиш доза дорини қабул қилишлари лозим (болаларда уч комбинация). Мабодо дори қабул қилиш жараёнида ўртада танаффуслар бўлса терапия муддати бемор олтмиш дозани қабул қилгунча узайтирилади. Клиник ва рентгенологик текширувларда ижобий самаралар кузатилса ва балғамни микроскоп ёрдамида текширилганда таёқчалари топилмаса даволашнинг иккинчи давом этиш босқичига ўтилади. Бунда икки хил асосий дорилар – изониазид ва рифампицин тўрт ой давомида ёки интерметик режимда (хафтада уч кун) буюрилади. Давом этиш фазасининг бошқа бир тартиби изониазид ва этамбутолни олти ой давомида қабул қилишдан иборат.

Тўртинчи тартибдаги химиотерапия таёқчаларини ажратаётган ва бир вақтнинг ўзида изониазид ҳамда рифампицинга сезувчан бўлмаган беморларга буюрилади. Интенсив даво босқичида ўсмирлар ва катталарга таёқчалари сезувчанлиги сақланган камида беш хилдаги га қарши дорилар комбинацияси буюрилади. Масалан: пиразинамид, фторхинолон гуруҳидаги дори (офлоксацин, левофлоксацин, моксифлоксацин), канамицин/амикацин ёки капреомицин, протионамид/этионамид ва этамбутол. Заҳира қаторидаги дориларни буюришда нафақат бемор ажратаётган таёқчаларининг уларга сезувчанлиги тўғрисидаги

текшириш натижалари балки тегишли ҳудудда аниқланган таёқчаларнинг ҳам сезувчанлигини эътиборга олиш лозим. Клиник ва рентгенологик текширувларда ижобий самаралар кузатилса ва балғам текширилганда таёқчалари топилмаса олти ой химиотерапиядан сўнг давом этиш фазасига ўтилади. Давом этиш фазасида таёқчалари сезувчанлиги сақланган учтадан кам бўлмаган дорилар буюрилади. Уни беморлар қабул қилиш муддати камида ўн икки ой. Химиотерапия курсининг умумий давомийлиги микробиологик, клиник ва рентгенологик текширувлар асосида аниқланади. Бунда у ёки бу дорининг максимал қабул қилиш муддатларини ҳам эътиборга олиш лозим.

Назорат лаборатор текширувининг асосий қисмларига қуйидагилар киради:

- Интенсив даво босқичида камида бир ойда бир марта, давом этиш фазасида ҳар уч ойда бир марта ўтказиладиган қоннинг ва сийдикнинг умумий таҳлили.
- Интенсив даво босқичида камида бир ойда бир марта, давом этиш фазасида ҳар уч ойда бир марта ўтказиладиган қондаги билирубин, АЛТ ва АСТ миқдори.
- Интенсив даво босқичида камида бир ойда бир марта, давом этиш фазасида эса иккинчи ойнинг охирида (даволашнинг 20 чи хафтасида) ва даволаш тугатилгандан сўнг тегишли диагностик материаллар (нинг жойлашишига қараб) таёқчаларига текширилади. Бунда таёқчаларининг дориларга бўлган сезувчанлиги ҳам аниқланади.
- Зарарланган аъзонинг рентген текширувлари интенсив даво босқичида икки ойда камида бир марта шунингдек давом этиш фазасига ўтишни ҳал қилиш учун ҳамда давом этиш фазасининг охирида ўтказилади.
- Болаларда комплекс диагностикаси даволашнинг ҳар бир босқичидан сўнг ўтказилади.

ХИРУРГИК ДАВОЛАШ

Ўпка ида хирургик даволашга кўрсатмалар

Ҳаётий кўрсатмалар бўлганда • Ўпкадан кўп миқдорда қон келиши (хирург маслахати) • Зўриққан клапанли пневмоторакс • Бир томонлама зўрайиб борувчи . Мутлоқ кўрсатмалар (беморнинг умумий аҳволи, ташқи нафас фаолиятининг бузилиш даражаси операция ўтказишга имкон берган тақдирда) • Икки ёки бир томонлама (иккитадан кўп бўлаги) фиброз-коверноз ўпка и • Цирротик • Коверноз • Казеома • Қайталанувчи қон туфлаш • Қайталанувчи пневмоторокс • Сурункали плевра эмпиемаси • Панцир плеврити • Бирламчи даги боиш синдроми.

Тўғридан тўғри кўрсатмалар • Туберкулёма • Емирилиш ва таёқчалари ажралиши билан кечаётган ўчоқли • Каверналар санацияси • Мета циррози.

Диагностик операциялар (торакотомия, биопсия). Номальум этиологияли диссеминация • Номальум этиологияли плеврит • Ўпкадаги думалоқ қора соя • Кўкрак қафаси ичидаги лимфа тугунларининг номальум этиологияли гиперплазияси.

Кўкрак қафаси аъзоларида ўтказиладиган операцияларнинг турлари ва ҳажмлари • Ўпка резекцияси, ўпканинг тежамли резекцияси, сегмент ва бисегмент эктомия, лоб ва биллобэктомия, пульмонэктомия, плевропульмонэктомия •

Плеврэктомия, ўпка декорткацияси • Кавернотомия • Ўпка биопсияси • Кўкрак қафаси ичи лимфа тугунлари биопсияси • Торокоскопик аралашувлар.

Хирургик усул билан даволашга моънеликлар – илк бор аниқланган нинг бирламчи шакли, терапиянинг бошланғич босқичида хирургик амалиёти жараённинг фаоллашуви ва тарқалиб кетишига, салбий оқибатларга олиб келиши мумкин. Иммунитетнинг Т – хужайрали тури сусайганлиги тасдиқланган ҳолда, Манту синамасига жавоб реакцияси умуман йўқ бўлса, хирургик даво ўтказиш мақсадга мувофиқ эмас. 8 ой илгари бошдан кечирилган миокард инфаркти, вирусли гепатит, оғир функционал етишмовчиликнинг барча турлари (нафас, юрак, буйрак, жигар етишмовчиликлари), ички аъзоларнинг тарқоқ амилоидози, қон касалликлари қарши кўрсатма бўлиб хизмат қилади. Терапиянинг кучайтирувчи усуллари қўлланилганда 2 – 3 ой муддат ичида хирургик амалиёти ўтказиш тавсия этилмайди, чунки амалиётдан сўнг нинг кечиши тез авж олиб кетиши мумкин.

БЕМОРНИ ЎРГАТИШ

Бемор ўзининг атрофдаги кишилар, айниқса болалар учун қанчалик хавфли эканлигини; га қарши препаратларни мунтазам ва узоқ муддат қабул қилиши заруриятини билиши керак.

КЕЙИНГИ КУЗАТУВ

билан касалланган беморлар га қарши муассасаларда кузатувда бўлишлари лозим. га қарши муассасаларда катта ёшдагиларни кузатиш ва рўйхатга олиш гуруҳлари:

- **Нолинчи гуруҳ (0)** – жараёни фаоллиги аниқ бўлмаган ва уни ўчоғи жойлашиши ва ташхисини аниқлаш мақсадида дифференциал диагноз ўтказилишга мухтож шахслар.

- **Биринчи гуруҳ (I)** – ўчоқнинг жойлашган ўрнидан қатъий назар нинг фаол шакли билан касалланган беморлар. 3 кичик гуруҳга бўлинади:

- ◆ I – А – илк марта аниқланган беморлар (I А СМБ+, I А СМБ-);
- ◆ I – Б – нинг қайталаниши (I Б СМБ+, I Б СМБ-);
- ◆ I – В – давони тўхтатиб қўйган ёки даво тугатилгандан сўнг текширув ўтказилмаган (даво натижалари номаълум) беморлар.

- **Иккинчи гуруҳ (II)** – ўчоқнинг жойлашишидан қатъий назар сурункали кечаётган нинг фаол шакллари билан касалланган беморлар (2 йилдан ортиқ).

- ◆ II – А – жадал терапия ўтказиш натижасида клиник соғайишга эришиш мумкин бўлган беморлар;

- ◆ II – Б – жараён ўта авж олиб кетган, соғайиши учун терапиянинг ҳеч қандай усули ёрдам бера олмайдиган беморлар, улар умумий қувватловчи, симптоматик давога ва вақти – вақти билан (кўрсатмалар пайдо бўлганда) га қарши терапияга мухтож

Беморни IIА ёки IIБ кичик гуруҳга ўтказилиши жараёни кечиши ва бемор умумий аҳволини ҳисобга олган ҳолда ҳамда шифокорлар маслаҳат комиссияси чиқарган хулоса асосида амалга оширилади.

- **Учинчи гуруҳ (III)** (назорат) – касаллигидан соғайган, асоратлар қолдиғи кўп (3 йил мобайнида кузатув) ва оз миқдорда (2 йил кузатув) ёки умуман асоратсиз (1 йил кузатув) бўлган шахслар.

Кузатув ва рўйхатда турган I, II, III гуруҳдаги беморлар нафас аъзолари и (НАС) ва ўпкадан ташқари (ЎТС) турларига фаркланади.

• **Тўртинчи гуруҳ (IV)** – инфекцияси манбаи билан алоқада бўлган шахслар.

◆ IVA – инфекция манбаи билан ижтимоий ва ишлаб чиқаришда алоқада бўлган шахслар;

◆ IVБ – инфекция манбаи билан касбий алоқада бўлган шахслар.

ПРОГНОЗИ

даволанмаса кўп ҳолларда нохуш оқибатларга олиб келади, авж олиб боради ва ўлим билан тугайди. Катта ёшдаги беморларни даволаш нинг клиник белгиларини йўқотиш ва рўй берган ўзгаришларни сўрилишига эришиш, меҳнат қобилияти ва ижтимоий даражасини қайта тиклаш имконини беради. билан касалланган болаларда эса ҳеч қандай асоратларсиз ёки оз миқдордаги асорат қолдиқлари билан соғайиш кузатилади. Бир қисм беморларда бу мақсадларга эришиб бўлмайди, чунки даволаш имкониятлари чегараланган. Бундай ҳолатларда бемор ҳаётини узайтириш, ахволини яхшилаш, бактерия тарқатилишини имкон қадар тўхтатиш ёки камайитиришга, меҳнат қилиш қобилиятини қисман бўлса – да сақлаб қолишга ҳаракат қилинади.

ЎПКА АБСЦЕССИ

Ўпка абсцесси – ўпка тўқимасидаги чегараланган некроз ўчоғи бўлиб, битта ёки кўплаб бўшлиқлар ҳо бўлишига олиб келади. Ўткир ва сурункали (2 ойдан кўп давом этадиган) абсцессларга бўлинади. **Жойлашиши:** кўпинча – юқори бўлак орқа сегментида (S_2), пастки бўлак юқори сегментида (S_6).

Этиологияси • Аспирацияли пневмония • *Staphylococcus aureus* ёки *Staphylococcus pyogenes* лар келтириб чиқарадиган ва ўпка деструкцияси билан кечувчи йирингли пневмония • Ўпка инфаркти • Септикопиемия • Бирламчи ўчқодан гематоген йўл билан тушувчи септик эмболлар • Оғиз бўшлиғи тубининг флегмонаси, юқори лаб фурункулларида лимфоген инфекция • Нафас йўлларидаги ёт жисмлар • Ўпкадаги хавфли ўсманинг емирилиши • Плевра эмпиемаси, диафрагма ости абсцессларида йирингни алоқа йўл билан тарқалиши.

Хавфли омиллар • Ҳушни йўқотиш, ошқозон ичидаги овқат қолдиқлари аспирацияси (алкоголизм, наркомания, эпилепсия,) ҳолатлари • Иммунотанқислиги • ҚД • Алкоголизм • Гиёҳванд моддаларни истеъмол қилиш • Синусит • Ўпкадаги ўсмалар • Ошқозон – қизилўнгач рефлюкси • Ошқозон ва қизилўнгачдаги операциялар.

Патоморфологияси • Зарарланган қисмларнинг марказий бўлимида йирингли, гангреноз ва некротик жараёнларнинг ривожланиши • Йирингли бўшлиқлар ҳо бўлиши билан бир қаторда атрофдаги ўпка тўқимасидан чегараланиши • Абсцесснинг девори – яллиғланишнинг хужайравий элементлари яхши васкуляризацияга эга фиброз ва грануляция тўқимаси • Ўпка тўқимасининг перифокал яллиғланишли инфилтрацияси билан кечувчи ўткир абсцессни каттик

пиоген қобик ҳо бўладиган сурункали абсцессга ўтиши (абсцесс капсуласи шаклланиши) эҳтимоли.

Клиник манзараси

- Ўткир ва сурункали абсцесснинг клиник белгилари ♦ Тахипноэ ♦ Тахикардия ♦ Кўкрак қафасининг ассиметрик нафас ҳаракатлари ♦ Абсцесс устида перкутор товушнинг бўғилиши ♦ Нафас шовқинларининг сусайиши ♦ Турли калибрдаги нам хириллашлар ♦ Абсцесс бўшлиғи яхшилаб дренажланганда амфорик нафас олиш ♦ Уч қаватли балғам: † Сарғимтир шиллик † Сувли қават † Йиринг (тубида).
- Ўпканинг ўткир абсцесси ♦ Кўкрак қафасида оғрик ♦ Хансираш ♦ Йирингли балғам билан (бадбўй ҳидли) йўталиш ♦ Баъзида қон тупуриш ♦ Ҳароратнинг гектик кўтарилиши.
- Тўсатдан кўп микдорда (оғизни тўлдириб) бадбўй ҳидли балғам ажралиши – абсцесснинг бронхга (нафас йўлига) ёрилганлиги белгиси. Бемор ахволининг қисқа муддатли ўзига хос яхшиланиши.
- Ўпканинг сурункали абсцесси ♦ Йирингли жараённинг вақти вақти билан қўзғаб туриши ♦ Ремиссия даврида: † Йўтал † Тананинг ҳолати ўзгарганда йирингли балғам ажралишининг кўпайиши ♦ Қон тупуриш эҳтимоли ♦ Чарчаш ♦ Озиб кетиш ♦ Кечалари терлаш ♦ Ўнг қоринча етишмовчилиги белгилари «барабан таёқчалари» шаклидаги бармоқлар.

Лаборатор текширишлар • Қон – нейтрофилли лейкоцитоз, чапга жиши билан, анемия, гипоальбуминемия • Балғам микроскопияси – нейтрофиллар, турли хил бактериялар • Плеврал суюқлик – нейтрофилли цитоз.

Махсус текширишлар • Кўкрак қафасидаги аъзоларнинг тўғри ва ён проекциялардаги рентгенографияси ♦ Ўткир абсцесс † Абсцесс шаклланиш даврида – ҳажми ўзгармаган ҳолда ўпка тўқимасининг сояланиши, бронх орқали ёрилгандан кейин – аниқ ички деворлари ва суюқлик сатҳи бўлган бўшлиқ ♦ Сурункали абсцесс – инфильтрация зонаси билан ўралган қаттиқ деворли бўшлиқ • КТ • Бронхоскопия йиринг аспирацияси билан, микрофлорани ва унинг антибиотикларга сезгирлигини аниқлаш учун.

Дифференциал диагностика • Бронхлар раки • Бронхоэктазлар • Плевра эмпиемаси • • Замбуруғли ўпка инфекциялари • Вегенер гранулематози • Бронхга ёрилиб кирган диафрагма ости ёки жигар абсцесси • Бронхоген ёки паренхиматоз кисталар (туғма).

ДАВОЛАШ

Парҳез. Энергия қиймати – кунига 2000 – 2500 ккал. гача, оқ микдори кўп (110 – 120 г/кунда) ва ўртача микдорда камайтирилган ёғлар (80 – 90 г/кунда). А, С, В гуруҳи витаминлари кўп бўлган овқатлар (буғдой кепаги, наъматак қайнатмаси, жигар, хамиртуруш, хўл мева ва сабзавотлар, шарбатлар) микдори оширилади, кальций, фосфор, мис, рух тузлари бўлган овқатлар буюрилади. Ош тузи кунда 6 – 8 г.гача камайтирилади, суюқлик чекланади.

Консерватив даволаш • Клиник – рентгенологик соғайишгача антибиотикотерапия ♦ Балғамни, қонни бактериологик текширувлари ва микроорганизмларни антибиотикларга сезгирлигини аниқлагандан кейин препаратлар танланади. Антибиотикограмма олингунча антианаэроб фаолликка эга

бўлган кенг таъсир доирали антибиотиклар биргаликда ишлатилади • Дезинтоксикацион ва симптоматик терапия • Бронхоскопия вақтида трансbronхиал дренажлаш • УТТ ёки рентгеноскопия назорати ёрдамида тери орқали абсцесс бўшлиғини дренажлаш.

Хирургик даволаш

• Кўрсатмалар ♦ Антибиотиклар билан даволашнинг самарасизлиги ♦ Ўпкадан қон кетиши ♦ Ўпка ўсмасини инкор қила олмаслик ♦ Абсцесс ўлчамининг 6 см. дан катталиги ♦ Абсцесснинг плевра бўшлиғига ёрилиб, эмпиеманинг бошланиши ♦ Сурункали абсцесс.

• **Операция турлари** ♦ Бир лаҳзали пневмотомия – абсцесс бўшлиғи устида плевранинг париетал ва висцерал япроқлари орасида битишмалар бўлса ♦ Икки лаҳзали пневмотомия – битишмалар бўлмаса ♦ Абсцессни пункция қилиб бўлгач, кўкрак қафаси девори орқали дренажлаш ёки троакар ёрдамида дренаж киритиш ♦ Сурункали абсцессларда – ўпкани бир бўлагини ёки уни бутунлай олиб ташлаш.

Асоратлари • Жараённинг диссеминацияланиши • Бош мия абсцесси • Менингит • Плевра эмпиемасининг пайдо бўлишини келтириб чиқарувчи плеврал бўшлиққа перфорация • Пневмоторакс • Ўпкадан қон кетиши.

Кечиши ва прогнози • Ўткир абсцесс яхши даволанмаса, сурункали формага ўтиши; тузалиб кетгандан кейин 3 ойдан сўнг қайта рентгенография қилиш • Прогноз ижобий: кўп ҳолларда абсцесс бўшлиғи ёпилиб, бемор тузалиб кетганлиги қайд этилади.

ХКК-10 • **A06.5+J99.8*** Ўпканинг амёбали абсцесси • **J85.1** Ўпканинг зотилжам билан кечадиган абсцесси • **J85.2** Ўпка абсцесси (йирингли) (милиарли) • **J85.3** Зотилжамсиз ўпка абсцесси.

ЎПКА РАКИ

ХКК - 10 • **C34** Ўпка ва бронхларнинг хавфли ўсмаси • **C34.0** Бош бронхларнинг • **C34.1** Бронх ёки ўпканинг юқори бўлаги • **C34.2** Бронх ёки ўпканинг ўрта бўлаги • **C34.3** Бронх ёки ўпканинг қуйи бўлаги • **C34.8** Бронх ёки ўпканинг юқорида кўрсатиб ўтилган бўлақлардан ташқарига тарқалган зарарланиши • **C34.9** Бронх ва ўпканинг жойлашган ўрни номаълум раки.

Қисқартириш: • ЎМР-ўпканинг майда хужайрали раки • ЎМБР - ўпканинг майда хужайрали бўлмаган раки.

Тарқалиши:

• Ўпка ракини 75-79 ёшли шахсларда кўп тарқалганлиги аниқланган. **Ўпка ракини илк босқичида скрининги.** Ўтказилган кенг миқёсдаги текширувларга кўра кўкрак қафаси аъзолари рентгенографияси ва/ёки балғамни хужайравий текшириш ўпка ракининг скрининги тўғрисида тўлақонли маълумот беради. КТ билан скрининг текшируви тўлиқроқ маълумот беради, лекин кенг кўламдаги текширувлар ўтказилмаганлиги сабабли, беморнинг умумий аҳволига қандай

таъсир этиши аниқланмаган. Биомаркерларни текшириш тўғрисида ҳам шуларни айтиш мумкин.

Профилактикаси

Ўпка раки 80 % ҳолларда кашандалик билан боғлиқ эканлигини ҳисобга олсак, касалликни олдини олишда асосий йуналиш шубҳа туғдирмайди • Радионуклид ва асбест билан боғлиқ корхона ишчиларини узок муддат давомида назорат қилиш тавсия этилади, аммо бундай кузатувнинг самарадорлиги аниқланмаган • Касбий касалликка шубҳа туғилганда (ўпка раки мезотелиома, пневмофиброз ва экссудативли плеврит) беморга махсус касб касалликлари бўлимида ёки пульмонология клиникасида текширувдан ўтиш тавсия қилинади • Радионуклид ва асбест таъсири натижасида (касбий касалликлар) келиб чиққан касалликлар билан хаста беморлар мунтазам клиник текширувдан ўтишлари ва керакли даво олишлари зарур • Кўп мамлакатларда хавфсизлик қоидаларига кўра асбест билан ёпик хоналарда ишлаш таъқиқланади • Хонадонларда таркибида асбест тутган моддаларни қайта ишлаш ва қўллаш умуман маън этилади.

КЛАССИФИКАЦИЯСИ

Клиник - анатомик шакллари

- Ўпка ракиннинг 2 асосий шакли фарқланади: марказий ва периферик. Булар касалликнинг 95 % ни ташкил этади. Марказий рак йирик бронхларни жароҳатлайди (бўлакча бронхларга ҳам киради). Периферик рак эса бўлакча ости (субсегментар) ва ундан майда бронхларда жойлашади. Марказий шакли ўпка илдизига ўсиб киради, бош бронхлар ва трахеяга эрта тарқалади. Периферик рак одатда ўпка тўқимасида пуфаксимон тугун юзага келтиради.
- Атипик шакллари (кўп ҳолларда ЎМР да ривожланади): Панкост синдроми билан кечувчи периферия раки (Панкост раки, чет элда чўққи раки ёки ўпка юқори чуқурчаси ўсмаси номи билан аталади); медиастинал рак ва ўпканинг бирламчи карциноматози.
- Медиастинал ракка кўкс оралиғи лимфа тугунларида метастазлар хос, бирламчи ўчоқ аниқланмаган. Лимфоген метастазлар ўсманинг ўзига нисбатан тезроқ ривожланади.
- Бирламчи карциноматоз - ўпканинг икки томонлама бирламчи кўп сонли раки. Ўпка тўқимаси турли ўлчамдаги ўсма тугунларига тўлган. Улар орасидан бирламчи ва иккиламчи ўчоқларни қидириш маъно касб этмайди.

МОРФОЛОГИЯСИ

- Аденокарцинома (без тўқимали рак) - ўпка ракиннинг хужайравий жихатдан энг кўп тарқалган тури. Ўпканинг хавфли ўсмалари ичида 30 - 45% ни ташкил этади.
- Ясси хужайрали рак – учраши буйича иккинчи ўринда туради (25 - 40 % ҳолларда).
- ЎМР - ўта хавфли ўсма. Ўпка хавфли ўсмалари ичида 20% ни ташкил этади.
- Йирик хужайрали хавфлилик даражаси юқори бўлмаган рак, кам учрайди (5-10% ҳолларда).

Хужайравий тузилиши буйича кичик гуруҳлар

- Ясси ҳужайрали рақ; сурғич ҳужайрали, оқиш ҳужайрали, майда ҳужайрали, базал ҳужайрали.
- Майда ҳужайрали рақ; аралаш майда ҳужайрали рақ.
- Аденокарцинома; ацилар, сурғич ҳужайрали.
- Бронхиоальвеоляр рақ; муциноз бўлмаган, муцинли.
- Аралаш муцинли ва муцин бўлмаган ёки аниқ бўлмаган.
- Шиллиқ ҳо қилувчи зич аденокарцинома.
- Аралаш турли аденокарцинома; ўта хавфли фетал, муцинли («коллоид»), муцинли цистаденокарцинома, узуксимон ҳужайрали, оқиш ҳужайрали.
- Йирик ҳужайрали рақ; нейроэндокрин, аралаш эндокрин, базал ҳужайрали, лимфоэпителийли, оқиш ҳужайравий, рабдоид фенотипли ҳужайрали.

ИЛОВА: эскиган тавсияларга нисбатан сезиларли даражадаги ўзгаришлар бронхоальвеоляр раққа тегишли, бунда ЖССТ янги таснифи бўйича альвеолалар бўйича юзаки тарқалган инвазив бўлмаган ўсма билан чегараланади. Ўсма томир, туқима ёки плеврага ўсиб кирган тақдирда аденокарцинома қаторига киритилади (аралаш тури, тааллуқли кичик гуруҳ кўрсатилади).

Ҳужайравий хавфлилик даражаси. •GX - ўсманинг қай турга мансуб эканлигини аниқлаш имкони йуқ. • G1 - юқори хавфли. •G2 - ўртача хавфли. • G3 - паст даражада хавфли. • G4 - хавфли эмас.

Метастазлар

• Кўкракдан ташқари соҳаларга метастазлар: бош мияга, суяк, жигар ва буйрак усти безларига.* Маҳаллий тарқалиши ва кўшни аъзоларга метастаз. • Кўкс оралиғи, кўкрак девори катта томирлари ва перикардга ўсиб кириши • Ўпка дарвозаси, кўкс оралиғи, ўмров усти ва қўлтик ости лимфа тугунларига метастазлар • ЎМР жуда эрта босқичларида кўкрак, шунингдек кўкракдан ташқари соҳаларга ҳам метастаз беради, шу сабабдан фақат маҳаллий терапия ўтказиш имконияти жуда кам ва дори воситалар билан даволаш асосий усули бўлиб хизмат қилади.

Бирламчи ўчоқ (Т)

ТХ - бирламчи ўчоқни баҳолаш имконияти йуқ; кўп ҳолларда балғамни ҳужайравий текшируви орқали диагноз қуйилганда бундай ҳолат юзага келади, лекин ўсма рентген ва эндоскопик усуллар ўтказилганда аниқланмайди (яширин рақ) ёки аниқлаш имкони йуқ (текширув ўтказиш имкони йуқ)

ТО - бирламчи ўчоқ аниқланмайди.

Tis - инвазив бўлмаган рақ (ўсиб кирганлик белгилари йўқ)

T1 - айлана ўлчами 3 см.дан катта бўлмаган, ўпка тўқимаси ёки висцерал плевра билан ўралган, бронхоскопияда бўлак бронхидан юқорига ўсиб кирмаган ўсма (бронх деворидан ташқарига чиқмаган, узунлиги турлича, юзаки ўсма, бош бронх шикастланмаган - T1 деб белгиланади).

T2 - айланасига ўлчами 3 см.дан катта ёки турли ўлчамдаги бирламчи ўчоқ, висцерал плеврага ўсиб кирган ёки обструктив зотилжамли ателектаз чақирувчи; ёки ўпка илдизига тарқалган ўсма. Бронхоскопия маълумотларига асосан ўсманинг

юкори чегараси ўпка каринасидан 2 см. қўйида жойлашади. Ҳар қандай ёндош ателектаз ёки зотилжам ўпка бўйлаб тарқалмайди.

T3 - турли ўлчамдаги ўсма, атроф тўқималарга ўсиб кирган: кўкрак девори (Панкост синдроми киритилади), медиастинал плевра, перикард, диафрагма ёки бош бронхга, каринага 2 см. етмасдан, чунки ўсма тотал ателектаз ёки тотал зотилжам билан кечади.

T4 - турли ўлчамдаги бирламчи ўчоқ қўйидаги аъзолардан бирортасига ўсиб кирган: кўкс оралиғи туқималари, юрак, йирик томирлар, трахея, қизилўнғач, умуртқалар, каринага ёки мазкур бўлакда бир неча ўсма ёки хавфли хусусиятга эга плевра суюқлиги (баъзи беморларда ажралма экссудат кўринишида бўлмайди: олинган суюқликда ўсма хужайралари аниқланмаса, торакоскопия бажарилиб, плеврадан биоптат олинади. Ажралманинг ўсмага бевосита боғлиқлиги бўлмаса, жараён T1-T3 деб баҳоланади)

Атроф тўқималардаги лимфа тугунлар (N)

NX - лимфа тугунлари ҳолатини баҳолаш учун маълумотлар етарли эмас.

N0 - атроф лимфа тугунлари шикастланганлиги белгилари йўқ.

N1 - жароҳатланган томондаги бронх олди ва ўпка илдизи лимфа тугунларида метастазлар, бирламчи ўсма тўғридан-тўғри ўсиб кирган.

N2 - жароҳатланган томонда медиастинал ёки/ва бифуркация лимфа тугунлари шикастланган.

N3 – кўкс оралиғи ёки қарама-қарши томондаги ўпка илдизи лимфа тугунларида метастазлар; ўмров усти сохалари жароҳатланган.

Маълум узокликдаги метастаз (M).

MX - узокдаги метастазни аниқлаш учун маълумотлар йўқ.

M0 - метастаз белгилари йўқ.

M1 - узокда жойлашган метастазлар аниқланган, жумладан ўпканинг бошқа бўлақларида алоҳида тугунлар (қарама-қарши томондан). Шикастланган аъзони аниқлаш лозим: ўпка, суяқлар, жигар, бош мия, кўкракдан ташқари лимфа тугунлари, суяк кўмиги, плевра, тери ва бошқалар.

Босқичлар бўйича гуруҳлаш:

Яширин рак-TXNOMO

0 босқич - TisNOMO • IA босқич - T1NOMO • IB босқич - T2NOMO

IIA босқич - T1N1MO • IIB босқич - T2N1MO; T3NOMO

IIIA босқич - T1N2MO; T2N2MO; T3N1MO; T3N2MO.

IIIB босқич - N3MO бўлганда, ҳар қандай T;

T4N - ҳар қандай MO бўлганда

IV босқич - ҳар қандай T ҳар қандай N M1 бўлганда.

ДИАГНОСТИКАСИ

Диагноз қўйиш учун раkning клиник ва анотомик шакллари тўғрисида аниқ тушунча бўлиши зарур. Улардан ҳар бири уз «ниқобига» эга, буни «илк алоқадаги шифокор» аниқламоғи лозим. Белгилар 3 гуруҳга бўлинади: бирламчи ёки маҳаллий (йутал, қон туфлаш, кўкракда оғриқлар, нафас етишмаслиги), ўсманинг бирламчи тугуни ўсаётганлиги билан ифодаланади. Ўпкадан ташқари торакал белгилар ўсма қўшни аъзоларга ўсиб кириши ва атрофдаги метастазлар ўсиши

натижасида юзага келади (овоз буғилиши, афония, ковак вена синдроми, дисфагия). Биринчи гуруҳ белгиларидан фарқли ўларок, кўкракда иккиламчи оғрик ва нафас етишмаслиги белгилари ўсманинг кўкрак девори ва кўкс оралиғи аъзоларига ўсиб кирганлиги, шунингдек плевра бўшлиғида суюқлик борлигидан юзага келиши мумкин.

Кўкракдан ташқари белгилар патогенезидан келиб чиққан ҳолда кўйидаги кичик гуруҳларга бўлинади: • Узоқдаги метастазлар юзага келтирган (бош оғриғи, гимеплегия, суякларда оғрик, иккиламчи ҳажмли ўчоқлар ўсиши) • Ўсманинг таъсиридан келиб чиқадиган умумий бузилишлар (ҳолсизлик, тез чарчаш, ориқлик, меҳнат қилиш қобилиятини пасайиши, атроф-муҳитга қизиқишнинг сусайиши, иштаҳа пасайиши) • Ўсманинг онкологик бўлмаган асоратлари (тана ҳароратини кўтарилиши, тунги терлаш, совуқ қотиш) • Ўсманинг гормонал ва метабиологик фаоллиги (паранеопластик синдромлар - ревматоидли полиартрит, асаб-мушак бузилишлари, Мари-Бамбергер гипертрофик остеоартропатияси, гинекомастия ва ҳоказо).

Марказий рақ бронхлар обтурацияси ва пневмонит билан юзага чиқиб, оддий зотилжамдан умуман фарқ қилмайди, шу сабабдан диагноз қуйишда қийинчилик келиб чиқади. Периферик рақ илк босқичларда ҳеч қандай белгисиз кечади. Бу шакли одатда бошқа сабабга кўра рентген текшируви ўтказилганда тасодифан аниқланади. Касаллик белгилари бирламчи ўчоқ ўлчами 6 см.га етганда, шунингдек атроф-тўқималарда метастазлар пайдо бўлганда юзага чиқади. Ўпка туқимаси ва висцерал плевра оғрик сезиш хусусиятига эга эмас.

Панкост рақи ўпка туқимасига эмас, балки кўпроқ юқори бўлак соҳасида кўкрак деворига тарқалади. Ўсма елка чигали, симпатик занжир, юқори қовурғалар, умуртқаларнинг тана ва ўсимталарига жуда эрта ўсиб киради. Бу Бернар-Хорнер синдроми: рентгенда-ўпка чўққисида соя, елкада атрофга тарқалувчи кучли оғрик билан ифодаланади. Бу беморлар баъзан узоқ муддат невропатолог шифокорида нотўғри диагноз билан даволанадилар.

ДИАГНОЗ ҚЎЙИШНИНГ ИЛК БОСҚИЧЛАРИ НИСБИЙ ЭРТА БЕЛГИЛАРИ (50% ҲОЛЛАРДА)

- Йўтал ёки унинг хусусиятининг ўзгариши.
- Қон туфлаш.
- Оғрик (кўкракда ёки кўкрак қафасидан ташқарида).
- Нафас етишмаслиги.
- Иштаҳа йуқолиши, тана вазни камайиши.

ФИЗИКАЛ ВА ИНСТРУМЕНТАЛ ТЕКШИРИШ МАЪЛУМОТЛАРИ

- Кўкрак қафаси аъзолари рентгенограммасида соялашган соҳалар.
- Бўйин, ўмров усти, қўлтиқ ости лимфа тугунларининг катталашуви.
- Метастазлар бош мияда, суяк, жигар, буйрак усти безларида.
- Аускультацияда ўзига хос хириллашлар ва (йирик бронхнинг ўсма оқибатида торайиши) стридор.

БЕЛГИЛАРИ

- Ўпка белгилари: балғамда қон аралаш йўтал, обструктив зотилжам (эндобронхиал ўсмага хос), нафас етишмаслиги, кўкракда оғрик, плевра бушлиғида суюклик, овоз буғилиши (қайтувчи ҳалқум асаб толасининг медиастинал ўсма билан эзиб қўйилиши), тана ҳарорати кўтарилиши, қон туфлаш, стридор, юқори ковак венасини эзилиш синдроми, кўкрак қафаси веналари кенгайиши, юзнинг кўкариши ва шиши, мия ичи босими ортиши билан биргаликда (венанинг кўкс оралиғи ўсмаси таъсири оқибатида торайишидан келиб чиқади). Касаллик белгиларсиз кечиши мумкин.

- Ўпкадан ташқари белгилар

- ◆ Ўпкадан ташқаридаги метастазлар, тана вазни камайиши, ҳолсизлик, МАТ зарарланиши белгилари (эпилепсиясимон тутқаноклар, мия қобиклари карцинаматози белгилари), суякларда оғрик, жигар ўлчамлари катталашуви ва ўнг қовурға ости соҳасида оғриқлар, гиперкальциемия билан давом этади.

- ◆ Паранеопластик белгилар (метастазлар билан боғлиқ бўлмаган ўпкадан ташқари белгилар) ўсма ишлаб чиқарган гормон ва унга ўхшаш моддалар таъсири оқибатида иккиламчи юзага келади. Буларга Кушинг синдроми, гиперкальциемия, остеоартропатиялар, гинекомастия киради. АКТГ эктопик ишлаб чиқарилиши, К миқдори камайиши ва мушаклар бўшашишига, антидиуретик гормон ишлаб чиқарилиши бузилиши эса Na миқдори камайишига олиб келади.

- ◆ Панкост ўсмаси елка чигали ва симпатик ганглий зарарланиши оқибатида юзага келадиган белгиларни вужудга келтириши мумкин; ўсма ўсиб кириши натижасида умуртқалар емирилиши эҳтимоли бор. Қўлда оғриқ ва ҳолсизлик, шиш, Горнер синдроми (птоз, миоз, энофтальм ва ангидроз, симпатик нерв буйин қисми зарарланиши билан боғлиқ).

АМБУЛАТОР БОСҚИЧ

Амбулатор босқичда қўйидаги саволларга жавоб топиш зарур:

1. Беморда қандай касаллик - ўпканинг майда ҳужайрали бўлмаган раки ёки майда ҳужайрали рак?

2. Радикал хирургик даволаш ўтказиш мумкинми?

3. Умуман (келажакда) ва қандай шароитларда хирургик амалиёт ўтказиш имкони бўлмаган беморда радикал даволаш ўтказиш мумкинми?

Сўнгги гуруҳга қўйидагилар киради:

- ЎМБР билан касалланган беморда резекция ўтказилиши мумкин, лекин оғир ёндош касалликлари бор ёки бемор амалиётдан бош тортган тақдирда радикал дастур буйича нур ва дори воситалари билан даво ўтказиш мумкин.

- ЎМР билан касалланган беморда нисбатан яхши прогноз кутилганда.

Бемор ёши радикал терапия ўтказилишига ва даволаш турини танлашга монеълик қила олмайди, шу билан бирга ёндош касалликларни ва дори воситалар билан терапия ўтказилаётганда токсик реакциялар хавфини ҳисобга олиш шарт.

Ўпка ракига шубҳа қилинаётган барча беморлар мажбурий текширувлардан тўлиқ ўтишлари керак, булар касалликни назорат қилиш, ҳозирги босқичда тадбирлар рўйхати ва прогнозни аниқлашга хизмат қилади. Ўсманинг босқичи ва бемор умумий ҳолати - ЎМБР ҳамда ЎМРнинг прогнозида энг фойдали кўрсаткичлардир. Бундан ташқари, оддий биокимёвий синамалар кейинги текширувлар йуналишини

танлашда кўл келади. Ўпка раки диагнози тасдиқланган ёки касалликка шубҳа туғилган барча беморлар қатор текширувлардан ўтишлари керак:

- Касаллик тарихини тўплаш ва физикал текширув [барча аъзоларлар].
- Умумий аҳволи, тана вазни ва ориқлаш даражасини баҳолаш.
- Кўкрак қафаси рентгенографияси.
- Диагностни хужайравий текширув асосида тасдиқлаш (балғам таҳлили, бронхоскопия).
- Гематологик ва биокимёвий текширув, қон зардобидаги Са миқдори ва жигар фаолиятини кўрсатувчи синовлар.

ЎМБР билан хаста беморда касалликнинг *таҳминий* босқичини иложи борича амбулатор шароитда аниқланиши мақсадга мувофиқ.

ЎМБР БИЛАН КАСАЛЛАНГАН БЕМОРЛАРДА КАСАЛЛИКНИ ЧУҚУР ТЕКШИРУВИНИ ЎТКАЗИШ ВА БОСҚИЧНИ АНИҚЛАШ

Радикал хирургик даволаш ёки нур терапияси ўтказилиши режалаштирилаётган беморларда ўрта девор ва бошқа аъзоларга ўсманинг тарқалганлигини 2 ҳафта муддат ичида аниқлаш зарур. Имкон қадар КТ бажарилиши лозим (Т.N ва М тегишлилигини баҳолаш).

Панкост раки билан хаста беморларда МРТ кўкс оралиги ва кўкрак девори жароҳатлари тўғрисида аниқ маълумот беради. Бундан ташқари, МРТ ўсма ва ёндош келган пневмонит ўртасидаги чегарани аниқлашга имкон яратади.

Мазкур текширувлар мажмуи ўтказилаётганда аъзолар бўйича сезиларли патология аниқланмаса, атроф тўқима ва бошқа аъзолардаги яширин метастазларни ўтказиб юбориш хавфи 5 % дан ошмайди деб ҳисоблаш мумкин. Биокимёвий синамаларда сезиларли жишлар (ишқорли фосфотаза ортиши), суякларда оғриқлар ёки тана вазни йўқотилиши бўлган ҳолларда остеосцинтиграфия ва жигар УТТ ўтказилади. Бош мияда белгисиз кечадиган метастазлар аденокарциномада кўпроқ учрайди. Тажриба ва кузатувлар калла суяги сцинтиграфияси ўзини оқламаслигини кўрсатди. Ташқи нафас фаолиятининг текширувлари сезиларли нафас етишмовчилигида, ўпка рентгенограммасида етарлича ўзгаришлар мавжуд бўлиб, жисмоний зуриқишга чидамлилик пасайган ҳолларда ўтказилади.

Плевра бўшлиғида суюқлик. Ўпка ракига гумон қилинган беморда плевра бўшлиғида суюқлик борлиги одатда ўсманинг кенг сохага тарқалганлигидан дарак беради, лекин бу ҳолат радикал даволашдан бош тортишга асос бўла олмайди (хирургик амалиёти ёки нур терапияси). Беморга плевра бўшлиғи пункцияси ўтказилиб, 30-50 мл. суюқлик хужайравий текширувга юборилади. Плевра зарарланганлигига шубҳа туғилганда ёпиқ пункцияли биопсия бажарилади. Суюқликда ўсма хужайралари аниқланиши ўпка резекцияси бажарилишига қарши кўрсатма бўлиб хизмат қилади. Натижалар манфий бўлганда торакоскопия, плеврадаги патологик ўчоқлардан биопсия олиш амалга оширилади.

ХИРУРГИК ДАВОЛАШ ЎТКАЗИЛИШИ МУМКИН БЎЛМАГАН БЕМОРЛАР: ТЕКШИРУВЛАР ҲАЖМИ

ЎМБР билан хаста, хирургик даволаш мумкин бўлмаган беморларда асосий прогноз омилларини аниқлаб олиш керак: ўсманинг тарқалганлиги, умумий аҳволи, тана вазни йукотилиши даражаси, биокимёвий синамалар жиш даражаси (жинсни ҳисобга олиб) ва ўсманинг ҳужайравий хусусиятлари. ЎМБР I ва II даражаси оғир касалликлар билан бирга кечаётганда нур терапияси ўтказиш имкониятини баҳолаш лозим. ЎМБР билан касалланган хирургик даволаш ўтказилиши мумкин бўлмаган беморларда кўкрак қафаси рентгенографияси, қоннинг биокимёвий, морфологик таҳлиллари, ҳужайравий текширувлар ўтказилиб, радикал дастур бўйича нур терапияси буюриш имкониятлари аниқланади.

МУТАХАССИСЛАРНИНГ БЕМОРЛАР БИЛАН АЛОҚАСИ ВА МАЪЛУМОТЛАР БЕРИБ БОРИШ

Тиббиёт ходимларининг асосий вазифаларидан бири - беморнинг руҳий ҳолатини яхшилашдир. Зарур маълумотнинг йўқлиги беморни асабийлашувига, безовталаниши ва норозилигига сабаб бўлади. Беморга касаллик хусусияти ва даволаш усуллари тўғрисида иложи борича эрта маълумот бериш керак (диагноз тасдиқлангач бир ҳафта ичида). Ушбу муддат ичида бемор билан диагноз ҳақида суҳбат қилиш, даволаш усулини танлаш ва уни умумий амалиёт врачига етказиш лозим. Шундай қилиб, ўпка раки билан касалланган беморга 2 ҳафталик муддат ичида касаллик босқичи, прогнози ва даволаш усуллари тўғрисида маълумот берилиши шарт.

ЎПКАНИНГ МАЙДА ҲУЖАЙРАЛИ БЎЛМАГАН РАКИНИ ДАВОЛАШ

ЎМБРни хирургик усулида даволаш беморнинг тўлиқ тузалишига кўпроқ имконият яратади.

ХИРУРГИК ДАВОЛАШ

Умумий амалиёт врачлари кўп ҳолларда беморга йўл-йўриқ кўрсатувчи шахс вазифасини бажаради. У беморни текширувлардан тортиб, даво усуллари ўтказилаётган барча жараёнларда иштирок этади. Бемор ва унинг қариндошларига касалликнинг кечиши ва тиббиёт ташкилотларининг имкониятлари тўғрисида маълумот бериб бориши лозим.

ЎМБР билан хаста беморга шифокорга мурожаат қилган вақтдан бошлаб, 8 ҳафта мобайнида радикал хирургик даво бажарилиши зарур. Кўкс оралиғи лимфа тугунлари қисқа ўқи бўйича ўлчами 1 см.дан ортиқ бўлса – хирургик амалиётдан олдин биопсия бажарилади (медиастинотомия).

Диагнознинг бронхоскопияда балғам, бронх ва альвеола суюқлигининг ҳужайравий текшируви (қириб олиш ёки игна орқали тортиб олиш усуллари билан биопсия) орқали хирургик амалиёти олдида тасдиқланиши мақсадга мувофиқдир. Диагноз тасдиқланмаган ҳолларда, торакотомия вақтида шошилишч криобиопсия бажарилиши лозим. Диагноз морфологик *тасдиқланмаган* ҳолларда, торакотомия вақтида ўпка *резекцияси бажарилишидан олдин* шошилишч биопсия ўтказилади.

ХИРУРГИК АМАЛИЁТ ҲАЖМИ

Асосий хирургик даво - пневмонэктомия ёки лобэктомиядир. Беморларнинг тахминан 50% да лобэктомия (билобэктомия), 40% - пневмонэктомия, 5 %-синов торакотомияси бажарилишига тўғри келади. Амалиёт вақтида ўрта девор лимфа

тугунлари албатта олиб ташланиши шарт (ломфодисекция). Беморнинг оғир ёндош касалликлари, фаолият заҳиралари кам бўлганда, шунингдек, бирламчи ўсма кўп сонли бўлиб, илгари даволанган беморда фақатгина битта ўпка бўлган ҳоллардагина тежамли резекциялар (бўлакчани олиб ташлаш, хонасимон резекция) бажарилади.

ЎМБР. IIВ даражасида кўкрак деворига ўсиб кирганлиги хирургик амалиёти бажарилишига монёлик қила олмайди. Лимфа тугунларида метастазлар бўлмаганида кўкрак деворининг жароҳатланган соҳаси билан биргаликда ўпканинг резекцияси бажарилиши яхши самаралар беради. Кўкрак қафаси жарроҳлигини амалга оширувчи йирик марказларда бўлак эктомияси билан биргаликда бронхлар резекцияси ва пластикаси амалиёти кенг қўлланилади. Бу ўпка туқимасини иложи борича кўпроқ қисмини сақлаб қолиш имконини беради. Ушбу операция бронхиал дарахтнинг пластикасиз ҳам бажарилиши мумкин, бундай резекцияларнинг бевосита ҳозирги ва кейинги натижалари фарқ қилмайди.

Маҳаллий тарқалган ЎМБР

ЎМБР IIIА босқичида кўп ҳолларда радикал хирургик амалиёти бажарилиши мумкин, лекин соғайиш эҳтимоли кам. Одатда кўшни аъзо ва туқималар резекцияси билан давом этадиган кенгайган амалиёт. Амалиёт олдидан замонавий цитостатиклар билан терапия ўтказилади. Шу билан бирга мазкур препаратлар билан N2 даражани даволаш усуллари илмий ўрганиш босқичида турибди.

Панкост ўсмаси. Ўпка чуққиси чеккасида жойлашган рақда асаб толалари боғлами, умуртқа поғоналари ва кўкрак девори зарарланган ҳолларда прогноз нохуш. Хирургик (I қовурға резекцияси ёки аралаш) даво ўтказиш мумкин, лекин унинг зарурияти доим шубҳа туғдиради. Радикал дастур бўйича нур терапияси кўп ҳолларда ўзини оқлайди.

НУР ТЕРАПИЯСИ

НУРЛАНТИРИШ МУСТАҚИЛ ДАВОЛАШ УСУЛИ СИФАТИДА.

ЎМБР I ва II босқичларида, ҳамда жароҳат кенг тарқалган беморларда адьювант курс ёки кўмакчи даво сифатида нур терапияси ўтказиш талаб этилади. ЎМБР нинг III босқичида нур терапияси зарурияти шубҳа туғдиради, лекин кўп ҳолларда бемор умрини узайтириш имконини беради. Ўпка рақиди ўрта деворни нурлантириш ўпка туқимаси, юрак ва йирик томирларда турли асоратлар юзага келтириши мумкин. Замонавий усуллар ва миқдор ўлчамлар қўлланишига қарамадан, уларни турли муддатларда пайдо бўлиш эҳтимоли мавжуд. Нур терапияси олган беморни кузатаётган ва даволаётган умумий амалиёт вақти буни ёддан чиқармаслиги лозим. Нурлантириш оқибатида келиб чиқувчи зотилжам хавфи (иккиламчи сурункали зотилжам) қуйи бўлаклар зараланганида ортади, чунки ўпка туқимасининг катта ҳажми нурланишга учрайди. Нурлантириш кучли тартибда олиб борилганда беморларнинг ҳар учинчисида нурланиш эзофагити келиб чиқади.

ХИРУРГИК АМАЛИЁТ ОЛДИДАН НУР ТЕРАПИЯСИ ЎТКАЗИШ

ЎМБРда хирургик даво олдидан нур терапияси тавсия этилмайди. ЎМБР I - II босқичида хирургик амалиёти олдидан кимё терапияси фақатгина илмий кузатувлар мақсадида ўтказилади. ЎМБР IIIА босқичида 2 марта ўтказилган, катта

бўлмаган камровли текширувларда хирургик амалиёт олдидан кимё терапияси ўтказиш афзаллиги тасдиқланган. Шунга қарамай, бу усул фақат клиник текширувлар учун қўлланилиши мумкин. ЎМБР N0 ёки N1 билан касалланган беморларда радикал резекциядан сўнг нур терапияси тавсия этилмайди. ЎМБР N2 (N1 эмас) билан хаста беморларда хирургик амалиётдан сўнг нур терапияси қўлланилади.

Ўсма тўлиқ олиб ташланмаган ҳолларда (радикал бўлмаган амалиёт) одатда кўшимча нур терапияси ўтказилади. Бундай давонинг самарадорлиги кенг қўламли текширувлар билан тасдиқланмаган. ЎМБР билан хаста беморларда нур терапияси радикал бўлмаган хирургик амалиётдан сўнг тавсия этилади. Цисплатин қўллаш билан ўтказиладиган хирургик давондан сўнгги кимётерапия бемор умрини 5 йилга 5% ҳолларда узайтиради. Шу билан бирга цитостатиклар қўллашни фақат клиник текширувлар мақсадида тавсия этиш мумкин.

РАДИКАЛ ДАСТУР БЎЙИЧА НУР ТЕРАПИЯСИ

ЎМБР I-II босқичидаги умум тиббий кўрсатмалар буйича хирургик амалиёти ўтказиш мумкин бўлмаган ёки давондан бош тортган беморларга радикал режа буйича нур терапияси тавсия этилади. Бундай беморларда ўрта деворнинг нурланиши фойда эмас, балки кўп ҳолларда зарар келтиради. ЎМБР III босқичида радикал дастур буйича нур терапияси ўтказиш самараси кўп ҳолларда шубҳалидир.

КЎМАК МАҚСАДИДА НУРЛАНТИРИШ

Кўмакчи нурлантириш одатда кўкракда оғриқ бўлганда, йўтал ва қон туфлашда ижобий самара беради. Баъзи оғир ёндош касалликлари бўлмаган ва қўшни аъзоларга метастаз бермаган беморларда 36-39 гр. миқдорда, 12-13 қисм нурлантириш ўтказиш мумкин. Барча ҳолларда орқа мия ҳимоясини амалга ошириш керак.

Панкост раки билан касалланган, резекция бажариб бўлмайдиган беморларга 12 кун мобайнида 50-60 гр. миқдорда 20-15 қисм ёки 54 гр. 36 қисмдан иборат нур терапияси ўтказилади. Тарқоқ ЎМБР билан хаста беморлар (III-IV босқичда) ўсманинг фақат маҳаллий белгилари мавжуд бўлганда кўмакчи дастур буйича кимё терапияси берилади. Муқобил ҳисобланган дастурлардан фойдаланилганда 70% ҳолларда белгиларнинг камайишига ва 30-40% ҳолларда объектив самарадорликка эришиш мумкин. Замонавий дори воситаларидан фойдаланилганда бу кўрсаткичларни янада яхшилаш мумкин. Шу билан бирга 70 ёшдан ошган умумий аҳволи қониқарли бўлган беморларни навқирон ёшдагиларга нисбатан кимё терапияси самараси камроқ кўзга ташланади. Тарқоқ ЎМБРда кўрсатма буйича цисплатин асосида кимё терапиясини фақат клиник текширувларга таяниб ўтказиш мумкин. Беморда оғир даражадаги юқори ковак вена сиқилиши синдроми кузатилса, айниқса стридор, трахея ёки бош бронхларнинг обструкцияси билан давом этганда 20 гр. миқдордан 5 қисм ёки 30 гр. – 10 қисм нурлантириш бажарилиб юқори миқдорда глюкокортикоидлар буюрилади.

ЭНДОБРОНХИАЛ НУР ТЕРАПИЯСИ

Бронх ичи радиотерапияси (никроселектронга ўхшаш) ўтказишга мўлжалланган асбоби мавжуд тиббиёт муассасаларида нафас йулларининг торайган қисмларини эндостат билан кўмакчи нурлантириш мумкин. Бу усул ўсма эндобронхиал

ўсганида ижобий самара беради. Шу билан бирга эндобронхиал нур терапияси ташқаридан нурлантириш олдида ҳеч қандай афзалликларга эга эмас. Бундан ташқари, ушбу усулда ўпкадан бирданига кўп миқдорда қон кетиш хавфи ортади.

ЎМБРда ТУРЛИ ВОСИТАЛАР БИЛАН КИМЁ ТЕРАПИЯСИ ЎТКАЗИШ

Европанинг кўпчилик онкологик марказларида кимё терапияга ЎМБРни даволашда самарали усул деб қаралмайди. Шунга қарамай ўсма тарқоқ ўсганда ва қўшни тўқимага метастаз берган ҳолларда баъзан вақтинчалик нисбий самара олишга эришилади. Даво тажрибали кимё терапия шифокори кузатуви остида клиник текширувларга таяниб амалга оширилмоғи лозим.

ЎМРни ДАВОЛАШ

ЎМРда асосий прогноз омиллари; ўсманинг тарқалганлиги, бемор умумий аҳволи, қон зардобидаги ЛД2 миқдори, жигар фаолиятини кўрсатувчи синамалар, қондаги Na миқдори. Бемор клиник текширувлардан ўтказилгач махсус текширувлар (кўкрак қафаси КТ, остеосцинтиграфия ва жигар УТТ) ўтказилади. Жадал терапия ўтказиш эҳтимоли ҳисобга олиниб, текширув натижалари тўплаб борилиши шарт.

ЎМР билан хаста, хирургик амалиёти бажарилиши мумкин бўлган беморларга қўшни аъзоларда метастазларни истисно қилиш учун, аъзолар бўйича тўлиқ текширув, қисман суяк кўмиги биопсияси ўтказилади. Резекция бажарилиши мумкин бўлган беморларда нур терапияси ва кимё терапия буюрилади. Торакотомия вақтида беҳосдан тарқоқ ЎМР тасдиқланса, резекциядан бош тортилади ва киме-нур терапияси ўтказилади.

НУР ТЕРАПИЯСИ

ЎМРни КИМЁ-НУР ТЕРАПИЯСИ

ЎМРга ижобий прогноз берилганда, кимё-нур терапиясидан сунг беморларнинг 20%га яқини 3 йил яшайдилар. Ремиссия вақтида кимё терапиясини 6 марта такрорлаш тавсия этилади: доксорубицин, циклофосфамид, этопозид, ифосфамид, карбоплатин, этопозид ёки кўргошин препарати. Нурлантиришнинг кимё терапияси билан биргаликда қўлланиши унинг зарарли, салбий таъсирларини оширади, шу сабабдан бемор умумий аҳволи шкала бўйича 2, ёши 72 ёшдан кичик ва ЎМРнинг нур сезгирлигини юқори бўлган аниқ жойлашган шаклларида ўтказиш керак.

БОШ МИЯНИ ПРОФИЛАКТИК МАҚСАДДА НУРЛАНТИРИШ

Тарқоқ ЎМР билан касалланган беморда бош мианинг зарарланиш хавфи юқори бўлганлиги сабабли, профилактика мақсадида калла суяги нурлантириши ўтказилади. Бу тадбир оғир асоратлар бермайди, лекин бош мия метастази хавфини камайтиради. Бир вақтни ўзида кимё терапияси ўтказиш тавсия этилмайди, нур терапиясидан сўнг 1 ой муддат ўтиш керак.

ПРОГНОЗИ НОҲУШ ЎМР БИЛАН КАСАЛЛАНГАН БЕМОРЛАРНИ ДАВОЛАШ

Тарқоқ ЎМР билан касалланган, умумий аҳволида ўзгариш бўлган кўпчилик беморларга турли препаратлар билан кимётерапия 4 марта такрорланади.

ҚУВВАТЛОВЧИ ТЕРАПИЯ

Умумий амалиёт ва бемор хирургик амалиёти ва кимё-нур терапияси бажарилгандан сунг 10 кун муддат ичида юзага келиши мумкин бўлган асоратларнинг белгилари ифода этилган ёзма кўрсатмаларга эга бўлишлари керак. Нейтропения белгилари аниқланган ҳолларда, бемор тезлик билан махсус бўлимга ётқизилиши шарт. Антибиотикларни катта миқдорда буюриш тавсия этилади. Кенг таъсир доирасига эга антибиотиклар ва миелоид ўсиш омилларини профилактика мақсадида қўллаш мақсадга мувофиқ эмас. ЎМР билан хаста беморда бош мия зарарланиши белгилари пайдо бўлганда кўмакчи нур терапияси ва глюкокортикоидлар буюрилади. Баъзи ҳолларда тизимли кимётерапия ижобий самара беради. ЎМРда юқори ковак вена сиқилиши синдроми турли дорилар билан кимётерапия ўтказиш учун монёлик эмас.

СОҒАЙМАЙДИГАН БЕМОРЛАРНИ ПАРВАРИШЛАШ

Соғаймайдиган беморларда ҳам кўп ҳолларда ҳаёт сифатини яхшилаш мумкин. Бунда сўз бемор азобланишини узайтириш эмас, балки оғриқсиз ўлим топишига шароит яратиш ҳақида боради.

Одатда, ўпка ракининг кўмакчи ва белгилар бўйича даволаш усуллари, бошқа аъзода жойлашган ўсманинг айнан шу терапиясидан фарқ қилмайди. Кўмакчи ёрдам ўтказувчи гуруҳга тиббиёт ҳамширалари киришлари шарт. Улар бемор аҳволида бирор ўзгаришлар юз берганда, дарҳол ёрдамга чақиришлари баъзи ҳолларда зарурият туғилганда мустақил қарор қабул қилишлари керак. Қариндошлари билан ишлаш - беморни қувватлаш мажмуининг мажбурий қисмидир. Оғир руҳий зўриқиш – соғаймайдиган беморни парвариш қилаётган ходимга хос ҳолатдир. Онкологик беморни белгилар бўйича давоси билан шуғулланаётган бундай гуруҳларнинг диққат марказида фаҳат бемор эмас, балки унинг оиласи ҳам турмоғи лозим.

ЎПКА РАКИ АВЖ ОЛИБ БОРГАНИДА КАСАЛЛИККА ХОС БЎЛГАН АСОРАТЛАР ҲАНСИРАШ

- Ҳансираш – ўпка раки билан касалланган беморларнинг кўп қисмида эрта ёки кеч юзага келади. Онкологик бўлмаган сурункали касалликлардан фарқли ўлароқ ўпка ракида кузатиладиган бу белги, айниқса беморнинг қариндошларини дахшатга солади ва уларни руҳан эзилишга олиб келади.

- Трахея ва бош бронхлар окклюзияси нафас фаолиятининг кескин бузилишлари билан юзага чиқади. Ўсма асосан экзофит ўсган ҳолларда, унинг бронх ичидаги қисми олиб ташланиши, бемор умумий аҳволининг кескин яхшиланишига олиб келади. Бронхнинг торайган қисмида ўлган тўқималар, қуюқ шиллик, қон лахтаклари тўпланиб қолиши оқибатида келиб чиққан обтурацияли зотилжам ва бронх тўлиқ беркилмаган ҳолларда лазерли деструкция ижобий самара беради.
- Ўсманинг инфилтратив ўсиши аста-секин трахея (ёки бош бронх) эзилишига, оғир нафас етишмаслиги янги ҳолатини юзага келтирганда, қуйидаги тадбирлар ўтказилиши зарур:

◆ Глюкокортикоидлар ичишга ёки м/о инъекциялари буюрилади (улар шунингдек кортиноматоз лимфангит тарқалишини секинлаштиради). Бу препаратлар бронхоспазмни тўхтатади, ўрта девор метастазлари ва ўсманинг бирламчи ўчоғидаги шишни камайтиради. Дексаметазон 8 мл/кунда миқдорда қўллаш тавсия этилади, шу билан бирга керакли доза бемор ҳолатини ҳисобга олиб танланади.

- ◆ Бронходиллятаторлар ◆ Морфин кичик миқдорларда.
- ◆ Рухий бузилишлар бўлганда бензодиазепинлар, масалан, диазепам.
- ◆ Даволашнинг бошқа турлари сезиларли энгиллик келтирмаганда, оз миқдорда хлорпромазин ва атропин биргаликда буюрилади.

ОКСИГЕНОТЕРАПИЯ

- Кўп ҳолларда бемор ётоғи атрофида ҳаёжонланган қариндошлари шовқин кўтариб, кислород оқимини кучайтиришни талаб қиладилар. Бу ҳолат анча камёб газга фойдасиз ҳаражатларни кўпайтиради, ходимлар меҳнати ҳажми ортади.
- Касалликнинг ўта оғир даражасида бўлган беморлардаги нафас етишмаслиги наркотик анальгетиклар билан даволанади. Улар кўзғалиш ва қўрқувни камайтиради, ҳаво етишмаётганлигини тушуниб етишга ёрдам беради, шунингдек кўкрак девори ҳаракатлари билан боғлиқ бўлган оғриқларни камайтиради, юрак ишини яхшилади. Баъзи шифокорлар опиатларни буюришдан ўзларини тутадилар, чунки нафас олиш тўхтаб қолиши ва балғам ажралиши тўхташи оқибатида келиб чиқадиган зотилжамдам хавфсирайдилар. Ваҳоланки, препарат миқдори тўғри танланган ҳолда бу даво усули умуман хавфсиз ва оғир беморнинг умрини қисқартирмайди. Лекин, 50 ёшдан ошган беморларда препаратнинг клиренси паст бўлишини ёдда сақлаш лозим.
- Кислород кислородли баллондан ёки концентратордан берилади. Енгил ниқоблардан фойдаланиш қулайлик туғдиради. Найча билан бурун орқали юбориш тавсия этилмайди. Портлаш хавфи бўлганлиги сабабли очик оловдан (чекиш) сақланиш керак. Оксигенотерапия нафас етишмаслиги ҳолатида энгиллик туғдиради. Газнинг таъсири асосан руҳий ҳолатга боғлиқ. Баъзан азот оксиди билан бирга юбориш тавсия этилади.
- Нафас етишмаслиги зотилжам билан боғлиқ бўлса, кислород фақатгина нафас етишмаслиги ўта зўрайган ҳолатдагина буюрилади. Одатда кислород ингаляцияси, рО₂ ни оширмайди, аммо бемор бир оз тинчланади. Кислородли ниқоб узок муддат қўлланилганда бемор ва унинг қариндошларининг безовталанишига олиб келади.

ОҒРИҚ

Ўпка ракида оғриққа қарши даво бошқа ўсмалардаги каби амалга оширилади.

ЙЎТАЛ

Таркибида кодеин бўлган йўталга қарши воситалар буюрилади.

ҚОН ТУПУРИШ

- Транексам кислотаси юқори миқдорларда.
- Кўмакчи нур терапияси бу ҳолатни бироз камайтириши мумкин. Балғамда қон аралашганлиги ўсмани нурлантиришга моненьлик қилмайди. Шу билан бирга кўп миқдорда қон тупуриш, айниқса касаллик тарихида қон кетиши кузатилганлиги нурлантиришга қарши кўрсатма эканлигини унутмаслик лозим. Ўсма йирик томир деворига ўсиб кирган ҳолларда нурлантириш таъсирида у емирилиб, кучли қон кетишига олиб келиши мумкин.

ЎПКАНИНГ ИНФЕКЦИЯЛИ ЖАРОҲАТЛАРИ

- Тарқоқ ўпка ракида иккиламчи йирингли асоратлар 30-40% беморларда учрайди. Улар асосан касалликнинг сўнгги босқичида юзага чиқиб, 20% ҳолларда ўлимга сабаб бўлади. Марказий рақда ателектаздаги йиринглашлар ва бронх бўшлиғи торайганлиги оқибатида келиб чиққан обтурацион зотилжам ўсманинг илк босқичлариданоқ ривожланади.
- Маҳаллий омиллар қаторида инфекциянинг ривожланишига бемордаги ҳимоя кучлари етишмаслиги, иммун бузилишлар, диспротеинемия, камқонлик, витамин етишмовчилиги, лимфа тизимининг тусиқ фаолияти бузилиши, ўсмага қарши терапевтик ва хирургик даволаш усуллари асоратлари қулай шароит яратади. Кўп сабабларга кўра доимо инфекция ўчоғини излаш ва унинг бактериал омилини аниқлаш имкони йўқ.
- Касалликнинг сўнгги босқичида интеркуррент вирусли ва бактерияли инфекциялар ривожланади. Анаэроб бактериялар кенг тарқалган. Антибиотиклар билан даво ўтказиш вақтида шиллиқ қаватларнинг замбуруғли зарарланишлари (кандидоз, аспергиллёз) хос. Камдан-кам ҳолларда чуқур микозлар юзага келади.
- Тўғри олиб борилган терапия бемор ҳаёти сифатини сезиларли яхшилайд.
- Ўпка раки асосида келиб чиққан иккиламчи инфекциялар фторхинолонлар ёрдамида яхши даволанади.
- Йирингли плевритга гумон туғилган заҳоти (плевра эмпиемаси) унинг пункцияси бажарилади. Таркибида ўлган тўқималар тутган қуюқ йиринг ажратиб олинганда кенг ўлчамли дренаж ўрнатилади. Бу йирингли бўшлиқни ҳар куни антисептик эритмалар билан ювиб туришга имкон яратади. Одатда бемор аҳволи тезда ижобий томонга ўзгаради.
- Кўкрак қафасида йирингли жараён тўхтатилгандан сўнг, беморни, айниқса унинг яқинлари поликлиника хизматчиларига ёрдам бера олиш имкони бўлса, амбулатор давога ўтказиш мумкин.
- Сепсис - аллергия ва иммун бузилишлар асосида ривожланади. Баъзан яширин бирламчи ўчоқни топиш имкони бўлмайди. Аниқланган йирингли ўчоқлар тозаланса ҳам, бемор аҳволида ижобий ўзгариш юз бермайди. Сепсис камқонлик, нафас етишмаслиги тез авж олиб бораётган қон айланиши бузилиши, аритмия, тахикардия, АБ пасайиши билан юзага чиқади. Бактеремия 70-80% ҳолларда

аниқланади. Ўпка сепсисиди микротаначалар кўп ҳолларда вена эмас, артерия қонида аниқланади. Сепсиснинг ўта оғир даражасида сув - электролит мувозанати, миокард фаолияти бузилади. Кўпчилик аъзоларнинг етишмовчилиги юзага келади.

- Антибиотик терапияси ўтказилишига қарамасдан, беморда ҳароратнинг юқорилиги сақланиб тураверса, бу ҳолат ўсма билан боғлиқ бўлади. Онкоген тана харорати кўтарилишида НЯҚВ мунтазам қабул қилиниши самарали бўлиши мумкин.

ЙИРИК ТОМИРЛАРГА ЎСИБ КИРИШИ ВА УЛАРНИ СИҚИБ ҚЎЙИШИ

Кўп ҳолларда сўз юқори ковак вена эзилиши тўғрисида боради. ЎМР билан касалланган беморларнинг 70% да бу ҳолат рўй беради. Касаллик белгилари одатда тез ривожланади, лекин шифокор дифференциал диагноз ўтказиши учун 1-2 кун вақт бўлади. Медиастиноскопия ёки медиастинотомия ўтказиш қон кетиши хавфини оширади. Одатда диагнознинг ҳужайравий далили етарли бўлади. Глюкокортикоидлар, пешоб хайдовчилар, антикоагулянтлар билан даволаш вақтинчалик самара беради. Оғир ҳолларда нур терапияси қўлланилади.

ПЛЕВРА БЎШЛИҒИГА ХАВФЛИ СУЮҚЛИК ТЎПЛАНИШИ

- Плевра бўшлиғига суюқлик тўпланишини тўхтатиш - бемор хаёти сифатини яхшилаш ва уни узайтириш имконини беради. Даво тури бемор хусусиятлари ва прогноз омилларини ҳисобга олган ҳолда танланади.

- Фақатгина суюқликни олиб ташлагандан сўнг, 97% ҳолларда плеврит ва унинг белгилари қайта ривожланади. Плевродезга эришиш учун цитостатиклар, радионуклидлар, сўрилишни тезлаштирувчи воситалар (талък), антибиотиклар (тетрациклин) юборилади.

- Нафас етишмаслиги плевра бўшлиғидан суюқлик билан боғлиқ эканлигига ишонч комил бўлган ҳолларда плевра бўшлиғига дренаж (бир вақтни ўзида чиқарилган суюқлик 1 л.дан ошмаслиги керак) ўрнатиш тавсия этилади.

Дренаж учун кенг ўлчамли катетердан фойдаланилади. Плевродез олдидан суюқлик тўлиқ тортиб олинади. Сўрилтирувчи восита юборилгандан сўнг, плевранинг барча қисмларини ушбу восита билан тўйинтириш мақсадида, бемор ҳаракатлантирилади (90 минут мобайнида). Дренаж бир кун ўтгач олиб ташланади. Ижобий самара беморларнинг 95% да кузатилади. Касалликнинг эрта босқичларида торакоскопия орқали талък ёки тетрациклин юбориш энг самарали усулдир.

- Камдан-кам ҳолларида ўсманинг ўсиши хилоторакс билан давом этади. Бу ҳолатда монельликлар бўлмаса, торакоскопия, кўкрак тармоғи боғланиши амалга оширилади.

- Перикард бўшлиғида суюқлик тўпланганда, бу нафас етишмасликдан ташқари веналарда димиқиш, эпигастирал соҳада оғрик, кўнгил айниши, ўпка шиши белгилари билан юзага чиқади. Перикард пункцияси бажарилгандан сўнг, клиник яхшиланиш кузатилади. Баъзи беморларда перикардни доимий пластик катетер ёрдамида дренажлашга тўғри келади.

СУЯКЛАР ЖАРОҲАТЛАНИШИ

- Ўпка раки билан касалланган беморларнинг 32-60% да суякларда метастазлар аниқланади. Кўп ҳолларда ўчоқлар тирсак ва тизза буғимлари юқорисида, ундан ҳам кўпроқ умуртқаларда жойлашади. Суяклардаги метастазлар билан биргаликда, бошқа аъзо ва тўқималар ҳам жароҳатланган ҳолларда касалликнинг клиник кечиши, асосан суяк метастазларига хос белгилар билан кечади. Бунга, ҳаёт учун ҳеч қандай хавф туғдирмаса ҳам оғриқ доимийлиги ва кучи ҳамда суякнинг таянч фаолияти бузилганлига сабаб бўлади.
- Замонавий ихтисослаштирилган шифохоналарда асосан сон суяги патологик синишларини тиклаш мақсадида хирургик усул билан даволаш тез-тез қўлланилмоқда. Одатда сўз остеосинтез тўғрисида боради. Найсимон суякнинг кўндалангига емирилиши 50% дан ортиқ бўлса, ҳаракатланганда кескин оғриқларда ва оёқ ёки қўл шакли яққол бузилганида, профилактика мақсадида суяк илиги бўшлиғига мих киритилиши тавсия этилади.
- Оғриқли суяк метастазининг кўмакчи даволашнинг асосий усули - нурлантиришдир. Одатда нур терапиясининг доимий ўтказиладиган шакли қўлланилади. Бу усул кутилаётган яшаш муддати 6 ойдан ортиқ беморларга қўлланилади. Одатда умумий миқдори 30-50 Гр. бўлиши етарли. Телегамматерапия 4-10 Гр. миқдорда 1-2 қисм қабул қилиниши самарали ҳисобланади. Шу билан бирга бу усулда оғриқлар қайталанadi ва патологик синишлар кўпроқ юзага келади. Танланган дозадан қатъий - назар терапиядан сўнг 50-60% ҳолларда оғриқлар тўхтаганлиги қайд этилади. Ҳар учинчи беморда оғриқ синдромининг тўлиқ ремиссиясига эришилади. Лекин, умуртқалар жароҳатланганда нур терапиясининг кўмакчи самараси фақат 5% ҳоллардагина намоён бўлади.

КАШАНДАЛИК

Ўпка раки билан касалланган, соғаймайдиган беморга, чекишни таъқиқлаш зарурияти йук (бу ҳатто вахшийликдир!)

КУЗАТУВ

Ўпка раки билан хаста барча беморларни амбулатор шароитда умумий амалиёт врачлари кузатиб боради, онколог-пульмонолог маслаҳат беради. Одатда бемор текшируви илк 2 йил давомида - ҳар 3 ой, 5 йилгача - ҳар 6 ойда, сўнг - 1 йилда 1 марта ўтказилади.

- Асосий текширув усуллари ♦ Ўпка аускультацияси, лимфа тугунлари пайпаслаши ♦ Кўкрак қафаси аъзолари рентгенографияси ♦ Жигар ферментлари фаоллигини аниқлаш, ЭЧТ, умумий қон таҳлили ♦ Умумий аҳволини баҳолаш, тана вазни назорати.
- Рак эмбрионал Аг (зардоб рак эмбрионал антигени)ни, ЎМБР (аденокарцинома) маркери сифатида қўллаш мумкин. ЎМБР маркери эса - нерв толаси махсус енолазасидир (зардоб нерв толаси махсус енолазаси). Бу маркерлар миқдори даво бошланишидан олдин юқори бўлган ҳоллардагина аҳамият касб этади.
- Даволашдан сўнгги натижаларни поликлиника ёки диспансерда баҳолаш қўйидагиларни ўз ичига олади.
 1. Умумий умр кўрганлик.
 2. Касаллик қайталанишисиз умр кўриш.
 3. Ҳаёт сифати.

ПРОГНОЗИ

- **Маида хужайрали бўлмаган рак.** Умумий 5 йиллик умр куриш 5-10 % дан ортмайди (барча касалланганларни ҳисобга олганда). Радикал даво ўтказилгач ўртача 25% бемор, I-II боскичларда эса 50-70% бемор 5 йил умр кўради.
- **Маида хужайрали рак.** Муваффақиятли кимё терапияси ўтказилиши (баъзан хирургик ёки нурлантириш билан биргаликда) оқибатида тўлиқ ремиссиядан сўнг, икки йиллик умр кўриш 20% ни ташкил этади. ЎМР билан касалланган беморларнинг асосий қисми 8 ой муддат ичида вафот этадилар.

ПЛЕВРИТ

Плевра суюқлиги - плевра бўшлиғида меъеридан (3-4 мл.) ортиқ суюқликнинг тўпланишидир. Унинг ривожланишига - инфекциялар (бактерия, вирус, микобактерияли ва х.о) сабаб бўлади.

Плеврит - плевранинг яллиғланиб, сатҳида фибрин ҳо бўлиши. Унинг бўшлиғида йиринг тўпланиши - плевра эмпиемасидир.

ХКК-10: • R09.1 Плеврит

ТАРҚАЛИШИ

Плеврит 100 000 аҳолига 320 кишини ташкил этади (терапия шифохоналарининг 5-10% беморлари).

КЛАССИФИКАЦИЯСИ

Плевра бўшлиғига йиғилаётган суюқлик билан унинг сўрилиши мувозанати бузилиши натижасида ортиқча суюқлик шаклланади. Плевра суюқлиги хусусияти: трансудат ёки экссудат.

- **Трансудат.** Трансудат ҳо бўлиши тизимли хусусиятга эга ва чап қоринча етишмовчилиги, ўпка артерияси эмболияси ва жигар циррози каби ҳолатларда кузатилади.

- **Экссудат.** Экссудат шаклланишига маҳаллий омиллар сабаб бўлади ва бактериял зотилжам, ўсмаларда, вирусли инфекцияларда кузатилади. Жароҳатланиш хусусияти буйича қуруқ ва нам плеврит фарқланади.

- Қуруқ (фибринли) плеврит учун плевра сатҳининг фибрин билан қопланиши, суюқликнинг оз миқдорда тўпланиши хос ♦ Адгезив плеврит (ёпишқоқ, ажралмали, фиброзли) - плевра варақлари оралиғида фиброз битишмалар ҳо бўлиши билан кечувчи фибриноз плеврит ♦ Панцирли (ахилплеврит) - плеврада суякланиш ёки оҳакланиш ўчоқлари ҳо бўлиши билан кечувчи индурацияли плевритдир.

- Нам (экссудатли) плевритга - плевра бўшлиғида суюқлик тўпланиши хос ♦ Экссудат тарқалишига қараб тарқоқ (экссудат ўпка юзаси бўйлаб тарқалган) ва чегараланган плеврит фарқланади ♦ Экссудат хусусиятига кўра: сероз, геморрагик, сероз - геморрагик, йирингли ва чириётган бўлади.

Келиб чиқишига кўра метазотилжамли (зотилжам соғая бошлаган вақтда), паразотилжамли (зотилжам ривожланганда), ли, ревматик (полисерозит белгиси), кам ҳаракатлилик (ўнг қоринча етишмовчилигида плеврада венот қизариш ва шиш)

оқибатида, карциноматоз (плеврада рақ ўсмаси ўчокларида), асептик, жароҳат оқибатида вужудга келган плеврит фарқ қилинади.

Патогенези бўйича гематоген ва лимфоген турлари фарқланади.

ТЕКШИРУВ

КАСАЛЛИК ТАРИХИ

Касаллик тарихи вирусли плеврит билан унга алоқадор бўлмаган плевритни фарқлашга имкон беради. Вирусли плеврит диагнози одатда истисно қилиш усули билан қўйилади (дифференциал диагноз).

- Бемордан тана ҳарорати ўткир кўтарилиши, беҳоллик, йўтал, балғам ажралиши, нафас етишмаслиги, ёнбошда оғриқлар бор йўқлиги, бемор шахслар билан алоқада бўлганлиги (вирусли касалликка хос белгилар) аниқланади. Вирусли инфекция - плеврит ёки кўкрак қафасидаги плевритсимон оғриқнинг кенг тарқалган сабабидир.
- Оғриқ хусусияти унинг юрак ёки ўпка касаллигига хос эканлигини аниқлаш имконини беради: оғриқ табиати бўйича плевритга хос ёки йўқлиги, оғриқнинг тарқалиши; қандай ҳолатда оғриқ сусаяди: бошланган вақти, давомийлиги.
- Тана ҳарорати кўтарилиши, йўтал, балғам ажралиши, диспное, тана вазни йўқотилиши, инфекциянинг ўткир ёки сурункали эканлигини кўрсатади.
- Тана ва бўғимлардаги оғриқ бириктирувчи тўқима касалликларидан далолат беради.
- Яқин орада қилинган саёҳат касалликнинг инфекция ёки тромбоэмболия оқибатида эканлигини кўрсатади.
- Яқинда олинган жароҳат ёки одатий бўлмаган ҳолсизликда - суяк-мушак тизими касалликларини истисно қилиш зарур.
- Мезотелиомага олиб келувчи асбестнинг таъсири плеврит билан юзага чиқиши мумкин.
- Дори воситаларни қабул қилиш. Плеврит белгилари қўйидаги препаратларни қабул қилганда юзага келиш эҳтимоли бор: блеомицин, циклофосфамид, метотрексат, амиодарон, бромокриптин, нитрофурантоин, пеницилламин, сульфасалазин ва бошқалар.
- Касаллик тарихида бронхиал астма ёки эмфизема мавжудлиги - беморда зотилжам ва пневмоторакс хавфи юқорилигидан далолат беради.
- Кашандалик-чекувчи шахсларда ўпка раки ёки юрак касалликлари ривожланиши хавфи юқори ва уларнинг белгиларидан бири - плевритдир.

ОБЪЕКТИВ ТЕКШИРУВ

Плевритнинг келиб чиқиш сабаби вирус ёки вирусга алоқадор эмаслигини тасдиқлаш учун объектив текширув ўтказилади. Кўп беморларда плевритнинг хос белгилари аниқланмайди. Кўкрак қафаси синчковлик билан текширувдан ўтказилиши шарт, бунда плевра суюқлиги, пневмоторакс, перикард касаллиги, суяк-мушак тизими касалликлари ва ҳ.к. аниқланиши мумкин (дифференциал диагнозга қаранг).

- Тана ҳарорати, АБ, ЮУТ - бемор қон айланиши ҳолатини аниқлаш учун зарур. Тана ҳарорати кўтарилиши касалликнинг инфекцион ёки яллиғланишли сабабга эга эканлигини кўрсатади.

Нафас тизимини баҳолаш - нафас олиш тезлиги, пульсооксиметрия. Оз (300 мл.) ёки ўрта (300-1500 мл.) миқдордаги плевра суюқлигига - нафас олиш сони меъёрида ёки бир оз ортганлиги хос; плевра суюқлиги кўп миқдорда (1500 мл.) бўлиши тахипноэга олиб келади. Аускультацияда плевранинг ишқаланиш шовқини - плевра яллиғланишидан дарак берувчи, лекин хос бўлмаган белгидир. Аускультацияда нафас шовқинлари сусайганлигига, перкутор товушнинг бўғиқлашувига эътиборни қаратиш зарур.

- Юрак фаолиятини баҳолаш, жумладан перикарднинг ишқаланиш шовқини, парадоксал томир уриши - ёндош юрак паталогиясини аниқлашга ёрдам беради.
- Оёқ ва қўлларни текшириш - чуқур веналар тромбози белгилари ёки бириктирувчи тўқима тизимли касалликлари белгиларини баҳолаш лозим
- Оёқларнинг симметрик шишганлиги сурункали юрак етишмовчилиги ва ёки ўпкали юракдан далолат бериши мумкин.

Тери қопламини текшириш - бўлиш эҳтимоли бўлган бириктирувчи тўқима тизимли касалликлари белгиларини баҳолаш лозим.

КЛИНИК МАНЗАРАСИ

Плевритга хос булган асосий белгилар: • Нафас олганда ва йўталганда оғриқ • Нафас етишмаслиги • Қуруқ йўтал • Плевра суюқлигида овоз титраши сустлашуви ва перкутор товуш қисқариши, қуруқ плевритда эса плевранинг ишқаланиш шовқини.

ЛАБОРАТОР ВА ВИЗУАЛИЗАЦИЯ ТЕКШИРУВЛАРИ

Лаборатор ва визуализация текширувлари плевритнинг хаёт учун хавfli сабабларини тасдиқлаш ва уларни истисно қилиш мақсадида қўлланилади.

- Кўкрак қафаси рентгенографияси, ЭКГ, пульсоксиметрия, периферик қонда лейкоцитлар сони (яллиғланиш ёки инфекцион жараённинг хос бўлмаган белгилари, қонда мочевина, креатинин миқдорини аниқлаш.)
- Бошқа лаборатор, визуализация ва асбоб - ускунавий текширувлар бирор касалликка шубҳа туғилганда бажарилади.

ПЛЕВРОЦЕНТЕЗ

Плеврит плеврага суюқлик тўпланиши билан давом этиши мумкин. Бундай ҳолларда плевроцентез ўтказиш ва плевра суюқлиги табиатини аниқлаш (транссудат ёки экссудат) зарурияти туғилади. Плевроцентез - ўта тез ва оғриқсиз бажарилиши мумкин бўлган муолажадир.

Кўрсатмалар

- Диагностик плевроцентез плевра суюқлиги келиб чикиши номаълум бўлганда бажарилади. Унинг бўшлиғида кўп миқдорда суюқлик тўпланиши натижасида клиник белгилар ривожланган ҳолларда, даво плевроцентези тавсия этилади. Плевра суюқлиги юрак етишмовчилиги билан боғлиқ бўлганда аксарият ҳолларда плевроцентез ўтказиш зарурияти йўқ. Кичик қон айланиш доирасида қон айланиши меъёрига келгач, плевра бушлиғидаги суюқлик ўз-ўзидан камаяди.

- Плевра суюқлиги таҳлили ўз ичига оқ, РН, глюкоза, бактериоскопия ва бактериологик текширувларни қамраб олади.

Плевра суюқлиги таҳлили ва уни муҳокамаси.

- Суюқлик табиатини аниқлаш - транссудат ёки экссудат.

- Экссудат бўлган тақдирда, қандай касаллик хавфли ёки хавфсиз ўсма билан чақирилганлиги аниқланади.
- Келиб чиқиши хавфсиз эканлиги тахмин қилинганда бактериал зотилжам, ўпка и ва бириктирувчи тўқима тизимли касалликларини истисно қилиш зарур.
- Экссудат белгиси - оқ миқдори 30г/л.дан ортиқ ёки плевра суюқлигидаги оқ миқдорини кон зардобидидаги оқ миқдорига нисбати 0,5 дан юқори.
- Плевра бўшлиғида йиринг борлиги плевра эмпиемасини тахмин қилиш имконини беради.
- Транссудатнинг сабаблари ♦ Юрак етишмовчилиги, констриктив перикардит, юқори ковак вена обструкцияси ♦ Жигар циррози, асцит, нефротик синдром, гипоальбуминемия.
- Экссудатнинг сабаблари ♦ Инфекция (бактерияли зотилжам, , вирусли инфекциялар) ♦ Хавфли ўсмалар (ўпка раки, мезотелиома ва бошқалар).
♦ Бириктирувчи тўқима тизимли касалликлари (қизил волчанка, ревматоид артрит)
♦ Баъзи дори воситаларини қабул қилиш ♦ Бошқа сабаблар: ўпка инфаркти, гемоторакс, микседема, саркоидоз, панкреатит, диафрагма ости абсцесси, асбестоз, жароҳатлар.

ДИФФЕРЕНЦИАЛ ДИАГНОСТИКАСИ

- Кўкрак қафасида плевритсимон оғриқлар билан юзага чиқувчи юқумли касалликлар эҳтимоли кўриб чиқилиши лозим. Диагнозни аниқ қўйиш жуда муҳим, чунки юқумли касалликлар антибиотиклар билан махсус даволашни талаб этади.
♦ Беморда тана ҳарорати кўтарилиши, балғамли йўтал ва тана вазни йўқотилиши ўтиб кетмаётган холларда вирус инфекцияси, гистоплазмоз, паразитли касалликлар, ўпка абсцесси, эҳтимоли кўриб чиқилади.
♦ Юқумли касалликни аниқлаш учун кўкрак қафаси рентгенографияси ва керакли бактериологик текширувлар ўтказилиши керак.
- Плевритсимон оғриқлар билан юзага чиқувчи ҳақиқий хавф туғдирувчи касалликларни истисно қилиш лозим. ЎАТЭ ва ўпка инфаркти, ўткир миокард инфаркти, пневмоторакс. Бу касалликларни аниқлаш учун рентгенография, ЭКГ ва бошқа лаборатор ҳамда асбоб – ускуналар билан текширувлар қўлланилади.
♦ ЎАТЭ - ҳаётга хавф солувчи ҳолат, антикоагулянтлар ва эҳтимол тромболитиклар билан даво ўтказиш талаб этилади. Унинг сабабларини излашга алоҳида эътибор бериш лозим (масалан, оёқлардаги чуқур веналар тромбози).
- Плевритсимон оғриқлар билан юзага чиқувчи ревматик касалликлар: қизил волчанка, ревматоид артрити, полимиозитлар дерматомиозит, склеродермия ва бошқалар билан дифференциал диагностика ўтказиш лозим. Бу касалликларни аниқлаш учун АНАТ (антинуклеар антитанача), ревматоид омил, комплимент, ЭЧТ миқдорлари текширилади.
♦ Ревматик касалликларда ўпка ва плеврада турли асоратлар 20-85% беморларда учрайди. Плеврит - қизил волчанканинг ўпкада учрайдиган энг кўп тарқалган асорати.
♦ Ревматик касалликларда плеврит тошма, бўғимларнинг шакли ўзгаришлари билан давом этиши мумкин.

- Плевритсимон оғриқлар билан ифодаланувчи бошқа касалликларни кўриб чиқиш лозим: уремия, сурункали юрак етишмовчилиги, жигар циррози, бронхоген карцинома, панкреатит, плевра суюқлиги, перикардит, ўткир бактерияли перитонит.

- ◆ Тизимли касалликлар, масалан жигар циррозида ўткир бактериал плеврит ривожланиши мумкин.

- ◆ Хавфли касалликлар экссудатли плевра суюқлиги, йўтал, тана вазни камайиши сурункали оғрик билан кечиши мумкин.

- ◆ Перикардитда бемор тўғри ётган ҳолатида ўзини кўпроқ ноҳуш сезади, тик ҳолатда эса ноҳушлик камаяди.

- Кўкрак қафаси жароҳатини, кўкракда плевритсимон оғрик сабаби сифатида кўриб чиқиш зарур.

- ◆ Касаллик тарихида остеопорозга; яқин орада кўкрак қафаси жароҳати (қовурғалар синиши) олмаганлигига, кизариш борлигига эътибор бериш шарт.

- ◆ Бемор жароҳат олган вақтини эслай олмаслиги мумкин.

- Плевритсимон оғриққа сабаб бўлиши мумкин бўлган зарарли касбий ёки атроф-муҳит омиллари: кашандалик, асбест таъсири, эритувчи моддалар, бўёқ моддалари буғлари таъсирларини кўриб чиқиш лозим.

Мутахассис маслаҳатига кўрсатмалар

Диагноз қўйишда муаммолар туғилса ёки махсус муолажалар зарурияти бўлганда мутахассис маслаҳати ўтказилади. Пульмонолог - плевроцентез ўтказишда ёрдам, рентген текшируви, плевра суюқлиги тахлилини муҳокама қилиш.

- Ревматолог - ревматизм жараёнини гумон қилиш.

- Фтизиатр - касаллигини тахмин қилиш.

- Юқумли касалликлар шифокори - юқумли касалликка шубҳа туғилганда.

ДАВОЛАШ

ДАВОЛАШ МАҚСАДИ

Оғриқни, яллиғланишни сусайтириш, дори воситаларнинг ножўя таъсирларини камайтириш.

ШИФОХОНАГА ЁТҚИЗИШ УЧУН КўРСАТМАЛАР

- Плеврит билан касалланган беморларни одатда шифохонага ётқизиш зарурияти бўлмайди.

- Плевритсимон оғриқларни юзага келтирувчи хаётга хавф солувчи касалликларда бемор шифохонага ётқизилади: қон айланиши бузилишлари, тахипноэ, гипоксемия, цианоз, қон туфлаш, тромбоемболия, оғир ревматизмли жараён.

ДОРИЛАРСИЗ ДАВОЛАШ

Плевритда дориларсиз даво ўтказилмайди. Бемордан қорин ёки кўкрак қафасини қаттиқ боғламаслик (белбоғ) илтимос қилинади, чунки улар нафас олишни қийинлаштиради.

ДОРИЛАР БИЛАН ДАВОЛАШ

Оғриқ ва яллиғланишни сусайтириш учун бемор дорилар билан даволанади.

- НЯКВ - плевритсимон оғриқларни даволаш учун қўлланиладиган препаратлардир (масалан, ибупрофен 400-800 мг.дан ҳар 6 соатда). Касаллик тарихида ОИЙ да яра ёки ундан қон кетиши кузатилган беморларга НЯКВ буюрилмайди.
- НЯКВ буюриш имкони бўлмаганда - парацетамол 650-1000 мг.дан ҳар 6 соатда тавсия этилади. Жигар фаолияти бузилган беморларга парацетамол ишлатилмайди: мунтазам алкоғол қабул қилувчиларга ушбу дори эҳтиёткорлик билан тавсия этилади.
- НЯКВ ёки парацетамол самара бермаганда, беморда кучли оғриқ ва курук йўтал кузатилганда – кодеин кунига 30 – 60 мг. буюрилади.
- Балғам кўчирувчи моддалар.
- Аниқ клиник ҳолатдан келиб чиқиб, зарурий дори - дармонлар (антикоагулантлар, микробга қарши воситалар, кислород ва х.о) буюрилади.

БЕМОРНИ ЎРГАТИШ

- Плевритнинг давоси уни чақирувчи касалликка боғлиқ эканлиги беморга тушунтирилади • Дори воситалар ўз вақтида қабул қилиб турилганда, оддий вирусли плеврит ёмон асоратларга олиб келмаслиги беморга ўктирилади • Касаллик белгилари бир неча ҳафта мобайнида кузатилиб турилса, бошқа касалликларни истисно қилиш учун шифокорга мурожаат қилиш зарурлиги беморга айтилади.

КЕЙИНГИ КУЗАТУВ

Плеврит белгилари 2-3 ҳафта мобайнида авж олиб борса ёки ижобий ўзгаришлар бўлмаганда кузатув давом эттирилади.

- Дорилар билан даволаш бошлангандан 2-3 ҳафта ўтгач, оғриқ ва нохушлик ҳисси камайиши лозим.
- НЯКВ ва анализгетиклар билан даволаш натижасида яллиғланиш белгилари (плевринг ишқаланиш шовқини) сусайиши керак.
- Дори воситалар билан ўтказилган даво (анализгетиклар ва яллиғланишга қарши дори воситалар) самарасиз бўлганда, касалликнинг сабабини аниқлаш мақсадида текширувлар давом эттирилади.

ПРОГНОЗИ

Плевритнинг прогнози суяқликни ўз вақтида йўқотиш, антибактериал ёки яллиғланишга қарши даво ўтказиш, асосий касалликнинг хусусияти ва уни тўғри даволашга боғлиқ бўлади.

КЎКЙЎТАЛ

Кўкйўтал-ўткир юқумли касаллик, узок давом этувчи ҳуржсимон бўғилишли йўтал билан ифодаланилади.

Касалланиш: 2001 йилда 100 000 аҳолига 8,32 ҳолат.

Келиб чиқиши. Кўзғатувчиси-ташқи муҳитга турғун бўлмаган грамманфий таёкча - *Bordetella pertussis*.

Тарқалиши. Кўкйўтал - антропоноз касаллик. Инфекция манбаи - бемор одамлар ва бактерия ташувчилардир. Беморлар билан ишлаганда тарқалиш хавфи юқори бўлган, касалликнинг яширин кечувчи шакллари (асосан катталарда ва катта ёшдаги болаларда) ривожланиш эҳтимолини ҳисобга олиш зарур. Бемор касалликнинг 1-кунидан бошлаб, 25-кунигача юқумли ҳисобланади. Юқумлилик муддати антибактериал терапия ўтказилганда қисқариши мумкин. Энг кўп хасталанувчилар - бир ёшгача бўлган болалардир. Уларнинг кўпида 4-5 ёшларга бориб, ёки касалланиб ўтиши оқибатида, ёки эмлашдан сўнг иммунитет шаклланади. Катта ёшли болалар ўртасида кўкйўталнинг нисбатан кам учраши ижтимоий шароитда тарқалган кўзғатувчилар таъсири натижасида табиий иммунитет ривожланганлиги билан тушунтирилади. Болаларда учрайдиган томчи инфекциялардан фарқли ўлароқ, касаллик кўп ҳолларда чақалоқларда қайд этилади. Инфекция фақат йўталганда томчи йўли билан тарқалади (зарарланган балғам тарқалиши). Беморни инфекцияга сезгир болаларнинг шиллик қаватига балғам томчиларининг тўғридан-тўғри тушишига тўсқинлик қилувчи тўсиқ ортида сакланиши-касаллик тарқалиши олдини олишда оддий ва ишончли усулдир.

Клиник манзараси

- Касаллик ривожланиши даврлари: ♦ Яширин (3-15 кун) ♦ Катарал (5-8 кундан - 2 ҳафтагача) ♦ Бўғилишли йўтал даври (2-4 ҳафта) ♦ Соғайиш даври (2-3 ҳафта).
 - Диагностик белгилар: ♦ Йўтал ♦ Доимий, 2-10 кун мобайнида тезлиги ҳамда ифодаланганлиги авж олиб борувчи, хуружсимон йўтал ривожланиши ♦ Нафас чиқарганда қайталанувчи йўтал «турткиси» хос бўлган, бўғилишли йўтал хуружлари, бунда нафас олиш узоқроқ давом этади (реприз) ♥ Йўтал хуружи қуюқ шиллиқли шишасимон балғам ажралиши ёки қайт қилиш билан тугайди ♦ Йўтал хуружи вақтида бемор юзи қизаради ёки кўкариб кетади, тил оган холда баъзида тил бўйинтуруқчаси пастки тишлар қиррасига тегиб жароҳатланиши кузатилади, баъзан кўз шиллик қавати остига қон қуйилишлар рўй беради ♦ Бир неча ойлик чақалоқларда йўтал хуружи вақтида ёки тугагач, апноэ кузатилади ♦ Касаллик белгилари авж олган даврда беморларда фақат йўтал хуружи аниқланади. Хуружи бўлмаган, нам йўталнинг пайдо бўлиши бемор соғая бошлаганлигидан далолат беради.
 - Касаллик авж олган даврда умумий интоксикация белгилари йўқлиги ёки бироз намоён бўлиши хос.
 - Оғир кечиши кўрсаткичлари: ♦ Йўтал хуружлари кунига 15 мартадан ортик ♦ Қайт қилиш ва унинг сони ♦ Нафас бузилишлари даражаси (апноэ, йўтал хуружлари оралиғида тери қопламлари рангпар ва цианоз) ♦ МАТ зарарланиши белгилари: бемор ҳаракатлари суст, ўчоқли неврологик белгилар.
- Текширув усуллари:** • Кўзғатувчи ёки унинг Аг аниқланиши ♦ Томоқдан олинган шиллик махсус муҳитга экилганда (қон қўшилган глецирин - картошкали агар ёки казеин - кўмирли агар); касалликнинг илк 7-10 кунларида ва махсус даво бошланмасидан илгари олинган текширув энг кўп фоиз ижобий натижа беради ♦ Томоқдан олинган шилликда кўзғатувчи антигени аниқланиши (ИФР - иммунофлюоресценция реакцияси) • Кўзғатувчи Аг га АТ аниқланиши ♦ КБР ва

зардобдаги фаол бўлмаган гемагглютинация текширувида АТ микдори 4 баробар ортган ♦ ИФТ (иммун фермент тахлили): зардобдаги кўкйўтал токсинлари Аг га IgG IgM борлигини аниқлаш ♦ Бемор тупуги синамаларида латекс-микроагглютинация реакцияси.

• Қонни умумий тахлили: лейкоцит ёки лимфоцитлар сони ортган, ЭЧТ меъёрда • Рентген текширув - ўпка тўқимаси ўтказувчанлиги юқори (эмфизема белгилари), диафрагма равоқлари ликлашган, ўпка сурати қоронғилашган, тўрсимон.

Дифференциал диагнози • ЎРВИ • Зотилжам.

Даволаш • 13 Пархез • Эритромицин 30-40 мг.кг.кунда 4 марта-катарал даврида асосий препарат: В pertussis га нисбатан фаол бўлган бошқа антибиотиклар (масалан, ампициллин, хлорамфеникол, азитромицин). Антибиотиклар билан даволаш эрта бошланса касаллик кечиши енгиллашиши ва юқумли давр қисқариши мумкин • Йўтал хуружларини камайтириш учун ♦ Бемор тоза ҳавода бўлиши ♦ Тинчлантирувчи воситалар, масалан, диазепам (6 ойдан ошган болаларга 1 - 2,5 мг.дан [0,04 - 0,2мг/кг] кунига 3-4 марта) ♦ Йўталга қарши воситалар қўллаш мумкин (бутамират, фенспирид) ♦ Йўтални кучайтирувчи таъсирлардан эҳтиёт (ханталли халтачалар, банка қўйиш, балғам кўчирувчи воситалар) бўлиш • Касаллик оғир кечиб, апноэ билан давом этганда ГК ўрта дозаларда ва ёки теофиллин 5-7 кун мобайнида. Апноэ рўй берганда - кўкрак қафасини ўкалаш, сунъий нафас, кислород.

Асоратлари • Зотилжам • Шиллиқ қаватлар ва ички аъзоларга (бош мия) қон қуйилишлар.

Профилактикаси • АКБҚ (адсорбцияланган кўкйўтал - бўғма - қоқшол) зардоби билан эмлаш. Эмлаш курси - препаратнинг 3 инъекцияси. Қайта эмлаш 18 ойлик вақтида. Фаол иммун профилактикаси 6 ёшгача бўлган болаларда ўтказилади • Болалар муассасаларида касаллик ҳолати аниқланганда 14 кунга карантин белгиланади.

ХКК-10 • А37 Кўкйўтал.

ҚОН ТУПУРИШ

ХКК-10: • R04.2 Қон тупуриш.

САБАБЛАРИ

Инфекциялар • Бронхит (ўткир, лекин кўп ҳолатларда сурункали) • Зотилжам • Абсцесс • • Бронхоэктазлар.

Ўсмалар • Рак • Карциноид.

Юрак қон-томир тизимининг касалликлари

• Ўпка артерияларининг эмболияси, ўпка инфаркти • Митрал клапан стенози ва ўпка артериясида босимнинг ортишига олиб келувчи бошқа касалликлар • Чап қоринча етишмовчилиги – ўпка шиши • Ўпка артериялари ва томирлари

ривожланишининг туғма камчиликлари • Аорта аневризмаси (қоннинг ўпка паренхимасига сизиб кириши).

Жароҳатлар • Кўкрак қафасининг шикастланиши • Операциядан кейинги давр • Биопсия, катетеризация қилинганлиги.

Бошқа сабаблар • Қон касалликлари, қон ивиши жараёнининг бузилиши • Антикоагулянтлар билан даволаш • Ёт жисм • Васкулитлар.

- Ёш беморларда турли хил инфекциялар қон тупуриш сабаби бўлиши мумкин.
- Кекса беморларда сурункали бронхит, ўсмалар ва , сурункали юрак етишмовчилиги қон тупуришга олиб келади.
- Рентгенограммаси меъёрида бўлган тахминан 20% беморларда этиология номаълумлигича қолади.

ДИФФЕРЕНЦИАЛ ДИАГНОСТИКАСИ

- Касаллик анамнези, объектив ҳолат ва кўкрак қафаси аъзоларининг рентгенографияси дифференциал диагностикада муҳим рол ўйнайди.
- Биринчи навбатда қон тупуришга сабаб бўлган манба ўпкада жойлашганми ёхуд синусит, бурун ва оғиз шиллиқ қаватидан илгари қон кетганлиги билан боғлиқлиги борлигини аниқлаш лозим.
- Кўкрак қафаси аъзоларининг рентгенограммасида соялар йўқ бўлганда одатда бронхит ёхуд бронхоэктазлар қон тупуриш сабаби бўлади. Митрал стеноз, ўпка артериясининг эмболияси, эндобронхиал ўсган ўсма ва гемокоагуляциянинг бузилишлари ҳам қон тупуришнинг олиб келиши мумкинлигини назарда тутиш лозим.
- Кўкрак қафаси аъзоларининг рентгенограммасидаги маҳаллий соя одатда зотилжам, , ўпка раки ва инфаркти билан боғлиқ бўлади.
- Аксарият ҳолларда чап қоринча етишмовчилиги ва зотилжам кўкрак қафаси аъзоларининг рентгенограммасидаги диффуз сояни келтириб чиқаради.
- Агар бемор 50 ёшдан кичик бўлса, чекмаса, кўкрак қафаси аъзолари рентгенографиясида ўзгаришлар топилмаган ва қон тупуриш сабаби инфекция деган тўхтамга келинган бўлса бронхоскопия ва кейинги текширувларга эҳтиёж йўқ..

Даволаш этиологияга боғлиқ.. Симптоматик даволаш учун транексам кислотасини кунда 1г.дан 3 марта буюриш мумкин.

ЎПКА АРТЕРИЯСИНИНГ ТРОМБОЭМБОЛИЯСИ

Ўпка артериясининг тромбоэмболияси (ЎАТ) – ўпка артерияси асосий ўзанининг ичи ёки унинг шохларини эмбол (тромб) томонидан ёпилиб қолиши натижасида ўпкадаги қон оқимининг кескин пасайишидир.

ХКК-10: 126 Ўпка эмболияси.

ҚИСҚАРТМАСИ: ЎАТ – ўпка артериясининг тромбоэмболияси.

АСОСИЙ ҲОЛАТЛАР

- Хавфли гуруҳдаги беморларда хансираш кузатилса ЎАТ борилигини тахмин қилиш лозим.
- Умумий амалиёт врачлари ЎАТнинг клиник белгиларини билишлари лозим.
- Тактик қарорлар клиник тавсиялар асосида қабул қилинади.
- ЎАТ борлигига шубҳа туғилган тақдирда ҳам антикоагулянтлар билан даволаш буюрилади.
- Хавфли гуруҳдаги беморларни аниқлаб ўз вақтида профилактика чоралари олиб борилиши керак.
- Ҳаёт тарзини чегараланишига ва хавфлилик даражаси юқори бўлган даволашга олиб келувчи гипердиагностикадан сақланиш лозим.
- Клиник амалиётда ЎАТнинг ҳам гипер ҳам кеч диагностикаси ҳолатлари учрайди.
- Циркулятор коллапс билан намоён бўлса кўпинча ўткир ЎАТ эканлигига шубҳа туғилмайди, аммо ўпка ва юракнинг сурункали касаллигига чалинган кекса ёшдаги беморларда ЎАТ кўп ҳолатларда эътибордан четда қолади.
- Хансираш билан намоён бўлувчи ЎАТ кўпинча касалликнинг бошланиш даврида аниқланмай қолади. Бемор ўпка артериясининг унча катта бўлмаган шохининг эмболиясига мослашиши мумкин. Баъзан врачлар юзага келган клиник белгиларни бирламчи касалликнинг зўрайиши сифатида баҳолаб нотўғри хулосага келишади. Кўпинча жуда ёмон оқибатларга олиб келадиган қайталама эмболиялар тез-тез кузатилади. Тўсатдан пайдо бўлган тушунтириб бўлмайдиган хансираш ҳамиша ўта хавотирли белгидир.
- Тана пастки қисмида жойлашган чуқур томирларнинг тромбози ЎАТнинг энг кўп учрайдиган сабабидир. Кўпинча бу жараён белгиларсиз кечади. 30% ҳолатларда улар ҳатто замонавий УТТ текширувлари ёрдамида ҳам аниқланмаслиги мумкин.
- Тана пастки қисми чуқур томирларининг дистал бўлимлари тромбози ЎАТни келтириб чиқармайди. Аммо антикоагулянтлар билан даволаш ўтказилмаса дистал тромблар проксимал йўналишга қараб тарқалиши мумкин (25% ҳолатларда).

ТАНА ПАСТКИ ҚИСМИ ЧУҚУР ТОМИРЛАРИНИНГ ТРОМБОЗИ ВА ЎАТга ОЛИБ КЕЛУВЧИ ОМИЛЛАР

- ЎТА билан касалланган 80-90% беморларда унга олиб келувчи бир ёки бир неча омилларни аниқлаш мумкин. Уларнинг мавжудлиги врачга тўғри диагноз қўйишга ёрдам беради. Шунингдек ўтказилган текширувлар натижалари шубҳали бўлганда хавфли омилларнинг аниқланиши қарор қабул қилишни осонлаштиради. Қуйидагилар **асосий хавфли омиллар ҳисобланади** ♦ Беморнинг турли сабаблар оқибатида узок муддат ҳаракатсиз ётиши: операциядан кейинги давр, юрак етишмовчилиги, бошқа оғир касалликлар. Ёш ўтиши билан касалликка чалиниш хавфи ортиб боради ♦ Тана пастки қисми, қорин ва тос аъзоларидаги хирургик операциялар. Семизлик ва унинг ёши катталарда мавжудлиги хавфни оширади ♦ Тана пастки қисми касалликлари: гипсланган синишлар, томирларнинг варикоз кенгайиши. Ҳатто тиззани бир қисмини сиқиб боғлаш ҳам чуқур томирларнинг дистал бўлимлари тромбозини келтириб чиқариши мумкин ♦ Метастаз бериш даврида бўлган тос, қорин аъзолари ва бошқа жойлардаги ёмон сифатли ўсмалар ♦ Семириб кетиш ♦ Ҳомиладорлик, туғишдан кейинги эрта давр ва операция

орқали туғиш ♦ Муқаддам бўлиб ўтган ЎАТ ва тана пастки қисмининг чуқур томирлари тромбози ♦ Тромбофилия.

• **Кичик хавф омиллари** – самолётда кўп саёхат қилиш, перорал контрацептивлардан фойдаланиш ва бошқа хавфли омиллари бўлмаган тақдирда ўрин босувчи гормонал терапия ҳам тромбоэмболияга олиб келиши мумкин.

КЛИНИК МАНЗАРАСИ

• Ўткир ва йирик ЎАТ диагнози одатда аниқ қўйилади (бошқа касаллик аниқланмаса ва хавфли омиллар мавжуд бўлса).

• Фақат хансираш билан намоён бўлувчи кичик ёки қайталанувчи ЎАТлар кўп ҳолатларда назардан четда қолади ва тўғри диагноз кеч қўйилади.

• Оғир юрак-ўпка касаллиги бор қарияларда ўпка артериясининг ҳатто кичкина шохчаларининг тромбоэмболиясида ҳам декомпенсация вужудга келиши мумкин. ЎАТ белгилари кўпинча асосий касалликнинг зўрайиши сифатида баҳоланиб тўғри диагноз кечикиб қўйилади.

• Кўп учрайдиган клиник белгилари (учрашига қараб камайиб бориш тартиби: 70%дан 10% гача) – хансираш, тахипноэ, плевритни белгиларига ўхшаш оғриқлар, ўлим кўркуви, тахикардия, йўтал, қон тупуриш ва тана пастки қисми чуқур томирлари тромбозининг яққол белгилари. Афсуски юқори спецификликка эга бўлган белгиларга паст сезувчанлик хос ва бунинг акси. Клиник белгиларнинг бир нечтаси ҳам баъзан тўғри диагноз қўйишда чегараланган аҳамият касб этади. Аммо куйидаги учта белги: хансираш, тахипноэ (минutiда 20 тадан кўп) ва плевритни эслатувчи оғриқлар беморда кузатилмаса ЎАТ мавжудлиги эҳтимоли одатда жуда кам. Агар қўшимча белгилар (кўкрак қафаси аъзоларининг рентгенограммаси ва қоннинг рО₂сидаги ўзгаришлар) аниқланмаса ЎАТ диагнозини инкор қилиш мумкин.

• Хансираш – энг муҳим белгидир. У тинч турган ҳолатда ёхуд фақатгина жисмоний зўриқишлардан кейин вужудга келиши мумкин. Хансираш кўпинча тахипноэ ва тахикардия билан боғлиқ. Хавфли гуруҳдаги беморларда хансираш кузатилса ҳамиша биринчи навбатда ЎАТни инкор қилиш лозим.

• Кўкракдаги оғриқ миокард инфаркти, перикардит, пневмотракс ёхуд зотилжам оқибатида ҳам вужудга келади. Лекин ЎАТда оғриқ жуда кам ёки умуман бўлмаслиги мумкин.

• Йўтал ва тана ҳароратининг субфебрил кўтарилиши ўпка инфекциялари томонидан чақирилади.

• Қон тупуриш жуда кам ҳолатларда кузатилади.

• Айниқса тўшакдан туролмай ётган беморларда баъзида тана пастки қисми чуқур томирлари тромбозининг белгилари мавжуд бўлмайди. ЎАТга чалинган 30% беморларда флебография вақтида ҳеч қандай касаллик аниқланмайди.

• Ўпка аускультацияси касалликни аниқлаш имконини бермайди.

• Бўйин томирларининг шишиши одатда йирик ЎАТ билан боғлиқ бўлади. Касалликка артериал гипотензия хос бўлиб беморлар ўтирган ҳолатда баъзан обморокка тушишлари мумкин.

- Асосий юрак-ўпка касалликлари кечишининг оғирлашиши айрим ҳолларда ЎАТнинг ягона белгиси бўлади. Бундай ҳолатларда тўғри диагноз қўйиш бирмунча қийин.

ЎПКА АРТЕРИЯСИ ЭМБОЛИЯСИ МАВЖУДЛИГИ ЭХТИМОЛИНИ АНИҚЛАШ

Беморда хавфли омиллар ва касалликка хос бўлган клиник белгиларнинг мавжудлиги ўпка артерияси эмболияси борлигини тахмин қилиш учун асосдир. Лекин белгилар бирмунча специфик бўлмаганлиги сабабли бошқа касалликларни инкор этиш мақсадида бирламчи текширишлар ўтказиш керак (пастда қаранг). Шундан сўнг ЎАТ диагнозни тасдиқлаш учун махсус текширувлар буюрилиши мумкин.

БИРЛАМЧИ ТЕКШИРУВ

- Оддий ЎАТда кўкрак қафаси аъзоларининг обзор рентгенографиясида одатда ўзгаришлар топилмайди. Шунга қарамасдан бу текширув бошқа касалликларни, масалан: зотилжам, пневмоторакс, юрак етишмовчилиги ва бошқаларни инкор қилиш учун ўта муҳим ҳисобланади. Шунингдек юқоридаги текширув кейинги босқичда ўтказиладиган ўпканинг сцинтиграфияси натижаларини таҳлил қилиш учун ҳам зарур. Ханжарга ўхшаш – хос бўлган сояланиш рентгенографияда камдан кам аниқланади. ЎАТдаги кўпроқ учрайдиган (лекин носпецифик) топилмалар: фокал инфильтрация, диафрагма гумбазининг юқори жойлашганлиги ва плеврада суюкликнинг мавжудлиги. Оғир хансирашга йўлиққан беморларда рентгенограммалар сифати одатда паст бўлади. Шунга қарамасдан гипоксия яққол намоён бўлаётган ва бўғилаётган беморларда рентгенограмма ўзгаришсиз бўлса ҳам ҳамиша ЎАТни мавжудлигини шубҳа қилиш керак.

- ЭКГ кўпинча меъёрда бўлади ёки бошқа касаллик билан боғлиқ бўлган ўзгаришларни аниқлаш мумкин. ЭКГ текшируви миокард инфаркти, мио ва перикардит ва б.қ.ларни инкор қилиш учун муҳим аҳамиятга эга. ЎАТ ST сегменти ва/ёки Т тишчасида одатий бўлмаган ўзгаришлар кузатилиши мумкин. Гипоксия миокард ишемиясини чуқурлаштириши ва бунинг оқибатида ЭКГда ЮИКга хос ўзгаришлар кузатилиш эҳтимоли бор. Йирик ЎАТда юракнинг ўнг бўлимлари ортиқча босим билан ишлаётгалигини кўрсатувчи белгилар пайдо бўлиши мумкин.

- Артериал қонда pCO_2 меъёрда ёхуд кўтарилган бўлса pO_2 пасайганлиги кузатилади. Лекин бошқа касалликлари бўлмаган ўпка артериясининг кичик шохларини эмболиясида қоннинг газ таркиби меъёрида бўлади.

КЕЙИНГИ ТЕКШИРУВЛАР

- Ўпканинг перфузион сцинтиграфияси энг ишончли маълумотлар беради, шунинг учун бу текширув усулининг шошилинич ёрдам кўрсатувчи шифохоналарда бўлиши мақсадга мувофиқ. Уни касалликнинг биринчи 24 соатида амалга ошириш лозим. Чунки бу муддат ўтгач баъзида ўзгаришлар йўқолиб кетади, беморларнинг ярмида эса биринчи hafta давомида тузалиш кузатилади. Ўпканинг вентиляция ёрдамидаги сцинтиграфияси перфузор сканерлаш натижалари аниқлигини ошириши мумкин. Сканограммаларни таҳлил қилиш учун ўпканинг сифатли, янги тушурилган рентгенограммаси бўлиши лозим. Натижаларнинг таҳлили бир неча

сабабларга кўра қийинлашиш эҳтимоли бор: муқаддам бўлиб ўтган ЎАТ, ўпка етишмовчилиги, ЎСОК, фиброз ёки ўпка ўсмаси. Текширув даволовчи врач ва радиологлар ҳамкорлигида ўтказилса унинг маълумотлилик даражаси ортади. Радиолог топилган ўзгаришларни баён қилиш билан биргаликда ЎАТ мавжудлиги эҳтимоли ҳақида ҳам хулоса бериши керак.

- Ўпка артерияси ангиографияси инвазив ва ҳамиша ҳам бажариш имконияти бўлмаган диагностика усулидир. У «олтин стандарт» деб ҳисобланса ҳам лекин унинг таҳлил қилинишида қийинчиликлар юзага келиши мумкин. Ангиография бошқа текширув усуллари самарасиз бўлиб чиққанда ва зудлик билан диагноз қўйиш зарур бўлганда буюрилади.

- Тана пастки қисми томирларининг визуал текшируви беморда чуқур томирларнинг тромбози белгиларини бор ёки йўқлигидан қатъий назар ўтказиладиган дастлабки қўшимча диагностика усулидир. Чуқур томирлар тромбозининг аниқланиши ЎАТни тасдиқлайди. Лекин ЎАТ билан оғриган 30% беморларда флебографияда ўзгаришлар топилмайди. Чуқур веналарнинг проксимал ва дистал тромбозини аниқлашда флебография «олтин стандарт» ҳисобланади. Аммо тизза ости қисми томирларининг визуал текшируви таҳлилида ёлғон ижобий ҳам ёлғон салбий натижалар олиш мумкин. Компрессион УТТ сон-тизза ости сегментини нисбатан аниқ баҳолаш имкониятини яратади, лекин кўпинча болдир томирларидаги белгиларсиз тромбларни аниқлаш имконияти бўлмайди. Лекин ушбу усул инвазив бўлмаганлиги сабабли уни қайтадан ўтказиш мумкин.

- ЭхоКГ йирик ЎАТ диагнозини тасдиқлаш, бошқа касалликларни инкор этиш, ўпка артериясида босим ортиши белгиларини аниқлаш имкониятини беради. ЭхоКГ маълумотларини ЎСОК ва сурункали юрак етишмовчилиги мавжуд бўлган беморларда таҳлил қилиш бирмунча қийинлашади.

- D-димер плазмалар – фибринолиз индикаторидир. Диагноз қўйишда унинг қонда аниқланишининг фақат салбий натижаси аҳамиятга эгадир. Ёлғон салбий натижа яқинда бўлиб ўтган эмболия ёки ўпка артерияси майда шохларининг эмболияларида бўлиши мумкин. Бу текширув ЎАТ диагнозини тасдиқлаш ёки тана пастки қисми чуқур томирлари тромбозини қўшимча равишда инкор қилиш учун қўлланилади.

- Спирал КТ, агар уни бажаришни иложи бўлса, марказий ва сегментар тромбларни катта аниқлик ва юқори сезувчанлик билан аниқлаш имкониятини беради.

ДИФФЕРЕНЦИАЛ ДИАГНОСТИКАСИ

- ЎАТнинг белгилари специфик бўлмай миокард инфаркти, юрак етишмовчилиги, мио ва перикардит, пневмотракс, плеврозотилжам, септик шок ва артериал гипотензия билан кечувчи бошқа касалликларнинг белгиларига ўхшайди.

- Аамалиётда ҳатто дастлабки гипервентиляция синдроми ўпка артерияси эмболиясига ўхшаши мумкин: иккала ҳолат ҳам гипервентиляция билан намоён бўлади, аммо фақатгина қоннинг газ таркиби ўзгаришлари фарқланади.

- Қорин бўшлиғи юқори қисмидаги аъзоларнинг операциялари кўкрак қафаси рентгенографияси ва ўпкани сканерлаш текширувини ўтказиш ҳамда унинг натижаларини таҳлил қилишни қийинлаштириши мумкин.

ЎПКА АРТЕРИЯСИ ТРОМБОЭМБОЛИЯСИГА ШУБҲА БЎЛГАНДА ВРАЧ ТАКТИКАСИ

- Агар ўпкани вентиляциян-перфузор сканерлаш натижалари меъёрида ёки (деярли меъёрида) бўлса ЎАТни инкор қилиш мумкин.
- Сканограмма юқори эҳтимоллик билан ЎАТ мавжудлигини кўрсатаётганлиги ҳақида радиолог хулосаси диагнозни тасдиқлайди. Бу ҳолда кейинги текширувларни ўтказмасдан антикоагулянтлар билан даволашни буюриш керак.
- Барча текширувларнинг тахминан ярмида сканограмма натижаларини баён қилишда унинг сифати ёмонлиги ёки ЎАТ эҳтимоли борлиги пастлиги ҳақида хулоса берилади. Бундай ҳолатларда кейинги текширувлар, биринчи навбатда – тана пастки қисми томирларининг визуализациясини ўтказиш лозим. Касаллик аниқланганда ЎАТ диагнози қўйилиб антикоагулянтлар билан даволаш бошланади. Агарда томирларни текширгандан сўнг касаллик аниқланмаган, лекин ЎАТ диагнози ҳамон инкор қилинмаган бўлса у ҳолатда ўпка артериясининг ангиографиясини ўтказиш зарур. Мабодо ЎАТ эҳтимоли паст бўлса, томирларни компрессион УТТ 1-2 хафтадан сўнг қайтарилади.

ДАВОЛАШ

- Илгари, даволанмаган ЎАТ билан касалланган беморларда ўлим 25-35%ни ташкил қилади деб ҳисобланарди. Улар ЎАТнинг ўрта оғир ёки оғир турлари билан касалланган бўлиб диагноз клиник белгилар асосида қўйиларди. Ҳозирги вақтда ўз вақтида антикоагулянтлар қўлланилмаса ЎАТ қайталаниш эҳтимоли ҳамон юқорилигича қолмоқда. Ҳатто ЎАТ диагнози эҳтимоли кам бўлса ҳам салбий оқибатлар ривожланиши мумкинлигидан қатъий назар беморларга анитикоагулянтлар буюриш мумкин. Врач ҳамиша даволашдан бўладиган фойда ва салбий оқибатлар ўртасидаги нисбатни ҳисобга олиши лозим. Лекин ЎАТ борлиги исботланган бўлса антикоагулянтлар ёрдамида даволашнинг ижобий самараси салбий оқибатлардан юқори бўлиб уни (агар мутлоқ моненьликлар бўлмаса) тайинлаш зарур. Антикоагулянтлар билан даволаш ҳатто тана пастки қисми чуқур томирларининг тромбози бўлган беморларга ҳам ЎАТ бор ёки йўқлигидан қатъий назар буюрилиши керак. Антикоагулянтлар билан даволанмаган беморларда дистал тромбоз мавжуд бўлса, тез-тез (26% ҳолатларда) тромбнинг проксимал ўсиши кузатилади, шунинг учун уларга ҳам антикоагулянтлар тайинланиши кўрсатилган. Амалиётда ўпка артерияси майда томирлари эмболияси ва тана пастки қисми чуқур томирларининг дистал тромбозини аниқлаш қийин, улар шунинг учун даволанмай қолади. Бундай ҳолатларда ҳам аксарият ҳолларда прогноз яхши, чунки хавф омилларининг таъсири одатда вақтинчалик бўлади.
- Агар ЎАТ диагноз тасдиқланган ёхуд эҳтимоли кўп бўлган ҳолларда пастмолекуляр гепарин (т/о) буюрилади. Даволаш хавфсиз, мураккаб эмас ва самараси стандарт гепаринга яқин. Беморга пастмолекуляр гепарин тайинланганда лаборатор кўрсаткичларни назорат қилишга эҳтиёж йўқ.
- Варфарин гепарин билан бир вақтда тайинланади. ХММ терапевик даражаларга етганда гепарин билан даволаш тўхтатилади.
- Йирик ЎАТда тромболитик даволаш қўлланилади. Эҳтимол у эмболектomia каби самаралидир. Тромболитик даволаш кўпинча операциядан кейинги даврда ман

қилинади. Препаратлар периферик томирлар орқали юборилади. Даволаш давомийлиги коронар ревазуляризация даво муддатидан кўра узокрокдир. Тромболитик даволашнинг тайинланиши билан постромботик синдромнинг пайдо бўлиш хавфи ёхуд унинг оғир оқибатининг анча олди олиш мумкин.

- Ўпка артериясининг эмболэктомиясига бўлган эҳтиёж камдан кам вужудга келади. Йирик ЎАТда тромболитик даволаш самара бермаса ёхуд ман қилинган бўлса операция ўтказиш ҳақида қарор қабул қилиш мумкин.
- Антикоагулянтлар билан даволаш 3 ой давомида ўтказилади (ёки хавф омили таъсири қисқа вақт бўлса бирмунча камроқ). Агар бирламчи касалликни даволаб бўлмаса ёхуд яққол хавф омиллари бўлмай туриб ЎАТ қайталанаверса антикоагулянтлар узок вақт ёки умрбод қўлланилади.
- Ҳомиладорликда варфаринни қўллаш мумкин эмас шунинг учун бундай ҳолларда гепарин тавсия этилади.
- Беморда антикоагулянтлар билан даволанишнинг шахсий дафтарчаси бўлиши, унда диагноз, ХММ даражаси ва даволаш давомийлиги акс этиши лозим.

ЎТКИР БРОНХИТ

Ўткир бронхит (ЎБ) – 1 ойгача давом этадиган инфекция таъсирида келиб чиққан бронхларнинг ўткир шамоллашидир.

ХКК-10: J20 Ўткир бронхит.

ҚИСҚАРТМАСИ: ЎБ-ўткир бронхит.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯСИ

ЎБнинг эпидемиологияси грипп ва бошқа вирусли респиратор инфекциялар эпидемиологияси билан узвий боғлиқдир. Бу касалликларнинг учраши ва ўсиб боришининг энг юқори кўрсаткичлари одатда декабр ойининг охири ва мартнинг бошларида қайд қилинади.

ХАВФЛИ ОМИЛЛАРИ

Қуйидаги касалликлар ва ҳолатлар ЎБнинг ривожланишига олиб келувчи омиллар ҳисобланади: грипп ва бошқа вирусли респиратор касалликлар, алкоголизм, аллергия касалликлар (шу жумладан бронхиал астма, аллергия ринит, аллергия конъюнктивит), ҳаво поллютантлари (чанг, химиявий агентлар), томоқ ва халқум бодомча безларининг гипертрофияси, иммунтанқислик ҳолатлари, чекиш (шу жумладан пассив), трахеостоманинг мавжудлиги, кекса ёхуд кичик ёш, рефлюкс-эзофагит, ЎСОК, сурункали синусит.

ШАХСИЙ ГИГИЕНА

Шахсий гигиена қоидаларига риоя қилишга эътибор бериш лозим: қўлларни тез-тез ювиб туриш, кўз-қўл, бурун-қўл алоқаларини камайтириш.

- **Асосланиши.** Кўп вируслар айнан юқоридаги алоқалар орқали ўтади
- **Далиллари.** Бу профилактик чоранинг самарадорлигини билиш мақсадида болалар ва катта ёшдагиларда кундузги шифохонада махсус текширувлар ўтказилган ҳамда унинг юқори даражада самарадор эканлиги исботланган.

ЭМЛАШ

Ҳар йили гриппга қарши ўтказиладиган профилактика ЎБнинг пайдо бўлиш сонини камайтиради.

- **Кўрсатмалар** ✦ 50 ёшдан юқори барча шахслар ✦ Сурункали касали мавжуд кишилар (ёшидан қатъий назар) ✦ Ёпиқ жамолардаги шахслар ✦ Узоқ муддат аспириин қабул қилаётган болалар ва ўсмирлар ✦ Грипп эпидемияси даврида ҳомиладорликнинг II ва III триместрларида бўлган аёллар.

- **Самарадорлигининг далиллари** ✦ Бир неча мартабалаб ўтказилган кўп марказли, рандомизациялашган текширувлар эмлаш кампаниясининг самарадорлигини кўрсатди. Ҳатто кекса ва кучсизланган беморларда ҳам гарчи зардобнинг иммуногенлиги ва самарадорлик даражаси пасайса ҳам у ўлим ҳолатини - 50% га, касалхонага ётишни эса - 40% га камайтиради ✦ Ўрта ёшдагиларни эмлашси грипп кузатилиш ҳолатларини ва шу муносабат билан ишга лаёқатсизликни кескин камайтиради ✦ Тиббиёт ходимларини эмлашдан ўтказиш кекса беморлар ичида ўлим ҳолатини камайишига олиб келади.

ДОРИЛАР БИЛАН ПРОФИЛАКТИКА

Эпидемия даврида вирусларга қарши дорилар билан профилактика грипп пайдо бўлиш ҳолатларини ва унинг оғир кечишини камайтиради. Уни ўтказиш 80% шахсларда самаралидир.

- Эпидемия даврида грипп пайдо бўлиш хавфи юқори бўлган ва эмланмаган шахсларга – римантадин (100мг. кунда 2 марта *per os*) ёки амантадин (100 мг. кунда 2 марта *per os*) буюрилади.

- Кексалар ва буйрак етишмовчилиги билан касалланган беморларга амантадин дозаси эҳтимолий нефротоксиклик сабабли кунда 100 мг.гача камайтиради.

КЛАССИФИКАЦИЯСИ

ЎБнинг умум қабул қилинган классификацияси мавжуд эмас. Нафас олиш аъзоларининг бошқа ўткир касалликлари билан бир қаторда унинг қуйидаги классификацияси фарқланади: этиологияси ва функционал ҳолатлари бўйича.

- Этиологияси бўйича унинг иккита асосий турини ажратиш мумкин: вирусли ва бактериал, лекин бошқа (кам учрайдиган) этиологик вариантлар ҳам бўлиши мумкин – токсик ва куйиш, булар камдан кам яқка ўзи кузатилади, балки систем зарарланишнинг компоненти сифатида юзага келиб тегишли касалликлар доирасида кўриб чиқилади.

- ЎБнинг оғирлик даражасини ҳисобга оладиган функционал классификацияси ишлаб чиқилмаган, чунки асоратларсиз кечаётганда одатда яққол намоён бўлмайди ва оғирлик даражаси бўйича чегараланишни талаб қилмайди.

- Турли вируслар ва бактериялар билан зарарлангандаги ЎБнинг характеристикаси жадвалда келтирилган.

Жадвал. Турли этиологияли ўткир бронхитнинг характеристикаси

Микроорганизм	Характерли белгилари
А гриппи вируси	Бутун бошли мамлакатларда тарқалувчи 3 йилда 1 марта юзага келадиган йирик эпидемиялар; касалликнинг оғир кечиши ва эпидемиялар вақтида ўлим даражасининг юқорилиги
В гриппи вируси	5 йилда 1 марта содир бўлувчи эпидемиялар, А гриппи вируси билан инфекцияланганга қараганда нисбатан енгилроқ кечиши
1-3 типлардаги парагрипп	Эпидемиологик жиҳатдан бир бири билан боғлиқ бўлмаган яқка ҳолатлар
Аденовирус	Эпидемиологик жиҳатдан бир бири билан боғлиқ бўлмаган яқка ҳолатлар
Пневмококклар	Ўрта ёшдаги ва кекса кишиларда учраши ва тўсатдан бошланиши, юқори нафас йўллариининг зарарланиш белгилари
Микоплазмалар	30 ёшдан катта бўлган кишиларда бошланиш ҳолларида юқори нафас йўллариининг зарарланиш белгилари Қуруқ йўтал
<i>Haemophilus influenzae</i>	Ўткир бронхит билан касалланганлар ва чекувчилар
<i>Moraxella catarrhalis</i>	Сурункали бронхит ва иммунтанқислиги бор кишиларда

ДИАГНОЗИ

«Ўткир бронхит» диагнози ўткир йўтал 3 ҳафтадан кўп бўлмаган муддат давом этаётган бўлса, балғам бор йўқлигидан қатъий назар, лекин йўтал кузатилиши мумкин бўлган зотилжам ва ўпканинг бошқа сурункали касалликлари белгилари аниқланмаган тақдирда қўйилади. Диагноз инкор этиш усули ёрдамида қўйилиб клиник манзарага асосланилади.

КЛИНИК КўРИНИШЛАРИ

ЎБнинг асосий клиник кўринишлари қуйидагилардан иборат:

- Интоксикация белгилари (беҳоллик, қалтираш, субфебрилитет, бел ва мушак пайларидаги оғриқлар);
- Йўтал, олдин қуруқ, кейин шиллиқ-йирингли;
- Ҳансираш кўпинча ўпка ёки юракнинг асосий касалликларини оғирлашиши билан боғлиқ;
- Аускультацияда – ўпкадага тарқоқ қуруқ ёки нам хириллашлар;
- Фарингит ва конъюнктивит белгилари.

Турли юқумли омиллар (биринчи навбатда вируслар) ЎБ клиник белгиларининг сабаби бўлиши эҳтимоли бор. Юқоридаги микроорганизмларнинг ўзи ЎБ билан бир вақтда пайдо бўлувчи бошқа клиник синдромларнинг ҳам чақириси мумкин. Жадвалда ЎБнинг катта ёшдаги беморлардаги асосий белгилари келтирилган.

Жадвал. Ўткир бронхит белгилари

Белгилари	Учраши, %
Шикоятлар ва анамнези	
Ўўтал	92
	62
Балғам ажралиши	50
	50
Ринорея	48
	46
Томоқда оғриқ	42
Ҳолсизлик	42
	38
Бош оғриғи	35
	33
Бурун шилимшиғининг юқори	32
	30
нафас йўлларига оқиб ўтиши	29
	28
Хансираш	
	17
Қалтираш	17
	14
Хириллаб нафас олиш	9
Бурундан йирингли	
ажралмалар	
Мушаклардаги оғриқлар	
Иситмалаш	
Терлаш	
Буруннинг буруннинг қўшимча	
бўшлиқлариги оғриқлар	
Нафас олиш пайтида оғриқ	
Кўкрак қафасидаги оғриқлар	
Ютинишнинг қийинлашиши	
Танглайнинг шиши	

Физикал текширувлар	
Танглайнинг қизариши	45
Бўйин лимфаденопатияси	19
Узоқдан эшитилувчи хириллашлар	18 17
Хириллашлар	16
Пайпаслаганда синуслар сезувчанлигининг ошиши	15
Бурундан йирингли ажралмалар	15
Кулоқлар битиши	11
	9
Бодомча безларининг шишиши	
Тана ҳароратининг 37,8 °Сдан юқори бўлиши	9 7
	5
Нафас чиқаришнинг узайиши	
Нафас шовқинларининг сусайиши Нам хириллашлар	

ЛАБОРАТОР МАЪЛУМОТЛАР

- Чапга жиган таёқчалиядроли лейкоцитоз.
- Бактериологик (балғамни экиш) ва бактериоскопик (Грам бўйича бўяш) текширувлар
- Вируслар ёки микоплазмаларга АТларни аниқлаш.

ИНСТРУМЕНТАЛ МАЪЛУМОТЛАР

- Кўкрак қафаси аъзоларининг рентгенографияси: ўпка тўқималарида ўзгариш йўқ (дифференциал диагностика учун муҳим).

ДИФФЕРЕНЦИАЛ ДИАГНОСТИКАСИ

ЎБ клиник белгиларининг турли хилда бўлиши (жадвалга қаранг) йўталаётган беморда синчковлик билан дифференциал диагностика ўтказишни талаб этади.

ЎБни зотилжам, бронхиал астма, ўткир ва сурункали синуситлар билан дифференциал диагностика ўтказиш муҳим ҳисобланади.

- **Зотилжам.** ЎБни зотилжам билан дифференциал диагностика ўтказиш муҳим ҳисобланади, чунки айнан шундан сўнг интенсив антибактериал дорилар билан даволаш лозим бўлади. Жадвалда зотилжам учун диагностик аҳамиятга эга бўлган, йўталаётган беморларда кузатиладиган белгилар келтирилган.

Жадвал. Йўталаётган беморда белгиларни баҳолаш

Белгилари	Сезувчанлиги,%	Хослиги, %
-----------	----------------	------------

Иситмалаш	44	79
Продуктив йўтал	79	38
Йирингли балғам	65	52
Тана хароратининг 37,8 °Сдан юқорилиги	27	94
Юрак қисқариши сони минутига 100дан кўп	17	97
Нафас олиш сони минутига 25дан кўп	28	92
Қурук хириллашлар	15	90
Нам хириллашлар	19	93
Товуш титрашининг кучайиши	4	99,5
Эгофония	4	99,5
Плевра ишқаланишининг шовқини	4	99,5
Перкутор товушнинг бўғилиши	4	99,5

• **Кўк йўтал.** Ўткир йўталнинг унча кўп учрамайдиган, лекин эпидемиологик нуқтаи назардан ўта муҳим сабаби ҳисобланади. Кўк йўталга қуйидагилар хос: 2 хафтадан кам бўлмаган йўтал, унинг ўзига хос инспиратор «чинқириш» билан кечувчи хуружлари ва шундан кейин бошқа ҳеч қандай сабабларсиз қайт этиш. ЎБни кўк йўтал натижасида пайдо бўлганлигини тасдиқлашда қуйидаги маълумотларни ҳисобга олиш лозим.

- ◆ ЎБнинг кўк йўтал натижасида пайдо бўлганлигини тасдиқлаш йўталаётган бемордан *Bordetella pertussis*ни аниқланишига ёки лаборатор йўл билан кўк йўталга чалинганлиги исботланган бемор билан эпидемиологик алоқаси борлигини исбот қилишга боғлиқ..
 - ◆ Ёшлигида кўк йўталга қарши эмланган катта ёшдагиларда унинг классик инфекция сифатида кўриниши кузатилмайди.
 - ◆ Кўк йўталга қарши эмланмаган болалар (ташкилий ёхуд диний сабабларга кўра) билан алоқа ҳақида анамнестик ва клиник маълумотларнинг борлиги.
 - ◆ Монанд диагностик текширувларни ўтказиш учун инфекция билан алоқада бўлганлар орасида хавф гуруҳларини ажратиб олиш.
 - ◆ **Асосланиши.** Болалик ва ўсмирлик даврида ўтказиладиган эмлашга қарамасдан кўк йўталнинг эпидемик хавфи (баъзи болалар ва ўсмирларда субоптимал эмлаш оқибатида секин асталлик билан (эмлашдан сўнг 8-10 йил ўтгач) кўк йўталга қарши иммунитетни пасайиши сабабли) сақланиб қолмоқда.
- Қуйида ЎБнинг асосий дифференциал-диагностик белгилари келтирилган.
- ◆ **Зотилжамлар.** Ўпка зарарланишининг маҳаллий белгилари аниқланиши: крепитация, эгофония, товуш титрашининг кучайиши. Диагностик стандарти: кўкрак қафасининг рентгенографияси (рентгенографияга 100% сезувчанлик йўқлиги сабабли клиник манзарага кўпроқ аҳамият берилади).

- ◆ **Кўкйўтал.** Муқаддам эмланган катта ёшдагиларда доимий йўтал. Клиник манзара носпецифик бўлиши мумкин.
Диагностик стандарти: экмада бактериялар ўсиши ёки ижобий ПЗР.
- ◆ **Сурункали синуситлар.** Шилимшиқни нафас олиш йўлларига оқиб кириши. Буруннинг кўшимча бўшлиқларидаги ноқулай сезги.
Диагностик стандарти: Буруннинг кўшимча бўшлиқларининг КТси.
- ◆ **Бронхиал астма.** Белгиларнинг хуружсимон ва тўлқинсимон бўлиши. β2 – агонистлардан энгил тортиш.
β2 –агонистлари билан синамалар ўтказилганда бронхиал обструкциянинг қайталаниши.
Чекувчиларда ва полинозга чалинган беморларда тегишли ўсимликларнинг гуллаган даврида, бошдан кечирилган ЎБдан кейинги бронхиал гиперреактивлик ҳолатларининг 8 ҳафта давомида сақланиб қолиши.
- ◆ **Гастроэзофагеал рефлюкс.** Кўп овқат истеъмол қилиш ва ётган ҳолатда йўталнинг кучайиши тана ҳолатини ўзгартирилганда унинг камайиши.
Эзофагогастроскопия ва ошқозон рНни кун давомида мониторинг кузатиш.

ДАВОЛАШ

ДАВОЛАШНИНГ МАҚСАДЛАРИ

- Йўтал оғирлигини энгиллаштириш • Йўтал давомийлигини камайтириш • Меҳнат фаолиятини тиклаш.

ШИФОХОНАГА ЁТҚИЗИШГА КўРСАТМАЛАР

ЎБга чалинган беморларни шифохонага ётқизишга ҳожати йўқ ва уларни умумий амалиёт врачлари даволашлари лозим.

ДОРИЛАРСИЗ ДАВОЛАШ

- Балғам ажралишини энгиллаштириш ◆ Беморга монанд гидратацияни сақлаб туриш ҳақида тушунча бериш (кўп суюқлик ичиш) ◆ **Асосланиши.** Гидратациянинг пасайиши бронхлардаги шилликнинг ёпишқоқлигини ошишига олиб келиб унинг ажралишини қийинлаштиради. Балғам кўчишини энгиллаштириш йўталнинг оғирлиги ва давомийлигини камайтириши мумкин.
- Беморга атроф муҳитнинг йўтал чақирувчи омиллари (тутун, чанг) таъсирини олдини олиш зарурлигига эътиборини қаратиш лозимлиги тавсия этилади.

ДОРИЛАР БИЛАН ДАВОЛАШ

- Йўтални босувчи воситалар (декстрометорфан ёки кодеин) кучли йўталда қўлланилиши мумкин ◆ **Асосланиши.** Улар уйқу бузилишига олиб келувчи ва ҳаёт тарзига жиддий таъсир этувчи йўтал беморни безовта қилганда йўталиш даврини қисқартиради.
- Кучли йўталда қўлланиладиган бронходилататорлар ◆ Сальбутамол классик усуллар (гидратация ва йўтални босувчи воситалар) кучли йўтални энгиллаштирамас, айниқса бронхларнинг гиперреактивлик белгиларида (узоқдан эшитилувчи хириллашлар) дозаланган индивидуал ингаляторлар орқали буюрилади ◆ **Асосланиши.** Бронхиал гиперреактивлик аксарият ҳолларда йўтал билан намоён бўлади ва у ЎБнинг характерли белгисидир ◆ **Далиллар.**

Учта рандомизациялашган тадқиқотларда ЎБ билан касалланган 50% беморларда бронхларни кенгайтирувчи дорилар билан даволашнинг самарадорлиги кўрсатилган. Қолганларида эса унинг самарасизлиги сабабларини аниқлашга бўлган уринишлар натижа бермаган.

- **Антибиотиклар** билан даволаш ✦ Асоратларсиз кечувчи ЎБни антибиотиклар билан даволаш мақсадга мувофиқ эмас ✦ **Асосланиши.** Кўпчилик ЎБлар – аксарият ҳолларда вирусли этиологияга эга ✦ **Далиллар.** 9 та рандомизациялашган ва назоратда бўлган тадқиқотлар антибиотиклар билан даволашнинг самарадорлиги шубҳали эканлигини кўрсатди.

- Антибиотиклар билан даволаш бронхларнинг яққол зарарланиш белгилари бўлганда кўрсатилган: йирингли балғам ажралиши ва унинг миқдорини ортиб бориши, хансирашнинг пайдо бўлиши ёки кўпайиб бориши ва захарланиш белгиларининг кучайиши.

- Бронхларнинг бактериал зарарланиш белгиларисиз кечаётган 38°Сдан юқори гипертермияда ҳароратни туширувчи ДВларини қисқа муддатли қўллаш мукин.

БЕМОРНИ ЎРГАТИШ

- Беморга профилактика ҳақида маълумот бериш ✦ Ҳар йилги гриппга қарши профилактика ЎБ пайдо бўлиш ҳолларини камайтиради. ✦ Гриппга қарши дорилар билан профилактика ўтказишга кўрсатмалар – *Профилактика* бўлимига қаранг.

- «Ўткир йўтал»га чалинган беморларга тиббий ёрдам сўраб мурожаат қилишга асос бўлувчи ҳолатлар ҳақида ахборот бериш ✦ Тана ҳароратининг 37,8 °Сдан баланд бўлиши ✦ Танадаги тошмалар ✦ Буруннинг кўшимча бўшлиқлари ва кулоқлардаги доимий оғриқ, тиш оғриғи ✦ Ютинишнинг қийинлашиши ✦ Нафас сиқилиши ✦ Кўкракда сиқилишлар, оғриқлар ёки хуштаксимон нафас олиш ✦ Қон тупуриш ёки йўталнинг 3 ҳафтадан кўп давом этиши.

- Беморларга «ўткир йўтал» вақтида ўзига ёрдам кўрсатиш чоралари ҳақида маълумот бериш.

- Беморни йўтал кўзғатувчи омиллар билан алоқада бўлмаслик, кўп суюқлик ичиш, йўтални босиш учун таркибида декстрометорфан бўлган сироплар истеъмол қилиш ҳақида ахборот билан таъминлаш.

- Чекувчиларга – чекишни ман этиш.

- Беморларга вирусли респиратор инфекцияни антибиотиклар билан даволашнинг самарасизлиги тўғрисида тушунтириш. Антибиотиклар билан даволаш уларнинг шубҳали самарадорлиги сабабли атрофдагиларга жиддий хавф туғдирадиган пневмококкларнинг уларга бўлган чидамли штаммлари ҳамда бошқа микроорганизмларнинг пайдо бўлишига олиб келиши мумкинлиги ҳақида маълумот бериш.

МУТАХАССИСЛАР МАСЛАҲАТИГА КЎРСАТМАЛАР

Кўк йўталга гумон қилинганда – ЎБнинг кўк йўтал натижасида келиб чиққанлигини исботлаш учун уни лаборатор тасдиқлаш ёки инкор этиш мақсадида инфекционист ёки эпидемиолог маслаҳатини олиш.

ЎБни стандарт эмпирик даволашда узоқ йўталнинг давом этиши унинг бошқа сабабларини назарда тутишни тақозо этади • Шунинг учун ушбу беморларни ўпканинг сурункали касалликларини кўзиш эҳтимолини аниқлаш мақсадида

пульмонолог маслаҳатига юбориш • Гастроэзофагеал рефлюксни инкор қилиш учун гастроэнтеролог кўриги • ЛОР-касалликларини узоқ давом этувчи йўтал сабаби бўлиши эҳтимоллигини инкор қилиш мақсадида мутахассис врачга йўллаш **Далиллар.** 85% беморларда меъёрдаги рентгенограммада синуситлар, бронхиал астма ва гастроэзофагеал рефлюкс узоқ давом этувчи йўталнинг (>3 хафта) сабаби бўлади.

КЕЙИНГИ ОЛИБ БОРИШ

Одатда ўткир асоратсиз бронхит билан боғлиқ йўтал 4-8 хафта давомида тўхтайтиди. Жадвалда ЎБга чалинган беморни кейинги олиб бориш ҳақида асосий ҳолатлар келтирилган.

Жадвал. Беморларни кейинги олиб бориш тамойили

Белгиси	Муддатлари	Иловалар
Йўталнинг мавжудлиги	Биринчи ташрифдан кейин 2-4 хафта	4-8 хафтадан узоқ давом этувчи йўталда кўкрак қафасининг рентгенографияси. Агар касаллик аниқланмаса – ЛОР хасталик, бронхиал астма ва гастроэзофагеал рефлюксни инкор қилиш мақсадида диагностик қидирувни давом эттириш
Иситмалаш	Биринчи ташрифдан кейин 2-3 кун	Зотилжам ёхуд бошқа жойлардаги юқумли касалликларни гумон қилиш
Хуштак чаладиган нафас олиш	Касаллик бошлангандан кейин 6-8 хафтадан кам бўлмаган муддатда	Бронхиал астма ёхуд ишлаб чиқариш ва маиший ҳамда табиий омилларнинг доимий таъсирини инкор қилиш мақсадида текширув ўтказиш
Кўк йўтални аниқлаш	Биринчи ташрифдан кейин 3-5 кун	Кўк йўтал бактериал тасдиқлагандан сўнг – 10-14 кун давомида эритромицин буюрилиб эмланмаган (айниқса ўсмирлар) шахслар билан

ПРОГНОЗИ

Асоратларсиз ЎБда ижобий прогноз. Асоратлар кузатилса прогноз уларнинг характериға боғлиқ.

ИСИТМАЛАШ

КАТТА ЁШЛАРДАГИЛАРДА УЧРАЙДИГАН УЗОҚ ДАВОМ ЭТУВЧИ ИСИТМАЛАШ

ХКК-10: • **R50** Келиб чиқиши ноаниқ бўлган иситмалаш • **R50.0** Қалтиратувчи иситмалаш • **R50.1** Барқарор давом қиладиган иситмалаш • **R50.9** Сабаби аниқланмаган иситмалаш.

- Беморга кўп сонли текширувлар тайинлашдан олдин, кенг тарқалган касалликларни истисно қилиш лозим (зотилжам, синуситлар, сийдик йўллари инфекциялари ва бошқалар).
- Шошилиш текширув ўтказиш тўғрисидаги қарор, беморнинг умумий аҳволи, хавфли омилларнинг мавжудлиги (масалан, иммунодепрессия) ва маҳаллий ҳолатларни инобатга олиб қабул қилинади.
- Қайта анализлар белгилашдан олдин, яна бир касаллик тарихини сўраб суриштириш ва объектив текширув ўтказиш керак бўлади.

ДИАГНОСТИКАСИ

1. Кейинги қўшимча текширувларни ўтказишдан олдин қуйидаги кенг тарқалган касалликларни истисно қилиш зарур • Зотилжам (кўкрак қафасида жойлашган аъзоларнинг рентгенографияси ва аускультацияси). Рентгенография ёрдамида ўпка и, саркоидоз, альвеолит, ўпка инфаркти ёки лимфомани ҳам аниқлаш мумкин • Сийдик йўллари инфекцияси (сийдик анализи, уни бактериологик текшириш). Сийдикни анализ қилиш орқали буйрак синдроми билан кечувчи геморрагик иситмалаш, баво безгагини ёки буйрак ўсмасини тахмин қилиш мумкин • Гайморит (бош суягини УТТ текшириш ёки рентгенография, КТ қилиш).

2. Касалликнинг тахминий этиологиясини аниқлаш мақсадида текширув ўтказишда қуйидаги омиллар катта аҳамиятга эга • Иситмалашнинг мавжудлиги ва давомийлиги (тана ҳароратини ўлчаш шарт!) • Саёҳатларда бўлганлиги, туғилган ва яшаётган жойи (мамлакат) • Ўтказган касалликлари, айниқса, касаллиги ва юрак клапанлари нуқсонлари • Қабул қилган дори воситалари, шунингдек рецептсиз бериладиганлар • Алкоголни суиистеъмол қилиш • Бемор илгари ўтган объектив клиник текширувлар тўғрисидаги маълумотлар.

3. Лаборатор ва инструментал текширувлар.

• Бирламчи текширувлар ✦ Қондаги Нв миқдори, лейкоцитлар (лейкоцитар формулани аниқлаш билан) ва тромбоцитлар сони ✦ Сийдик таҳлили ва уни бактериологик текшириш ✦ С – реактив оқ ва электроцитларнинг чўкиш тезлиги ✦ АСТ ва АЛТ ✦ Келгуси серологик текширувларни ўтказиш мақсадида қон зардоби нусхасини музлатиб қўйиш ✦ Кўкрак қафаси аъзоларини рентгенография қилиш ✦ Буруннинг қўшимча бўшлиқларини УТТ да кўриш ёки рентгенография (КТ) қилиш ✦ ЭКГ.

• Кейинги текширувлар ✦ Қорин бўшлиғи аъзоларини УТТ ✦ Суяк илигини текшириш ✦ Серологик текширувлар (*Yersinia* турлари, туляремия, ОИВ – инфекцияси, *Borrelia burgdorferi*, вирусга қарши АТ, Нв_sAg ва қон зардобиди С гепатит вирусига қарши АТ, сальмонеллалар билан пассив гемагглютинация реакцияси, комплементнинг боғланиш реакцияси ва фон Провацекнинг

риккетсиялари билан билвосита гемагглютинация реакцияси) ✦ Қоннинг бактериологик текшируви ✦ Қон таркибида безгак плазмодийси бор – йўқлигини аниқлаш учун суртма ва йирик қон томчиси услуби.

4. Сўнги текширувларни ўтказишдан олдин шифокор улар тўғрисида чуқур таҳлил қилиши лозим (жадвал).

Узоқ давом этувчи иситмалашда диагностик тактикалар

Тўғри	Нотўғри
Қайта анамнез йиғиш	Қайтадан лаборатория ва рентген текширувларини ўтказиш
Қайта физикал текширув ўтказиш	Дори терапиясини бошлаш ёки дори дозасини ошириш
Беморнинг тиббий варақасини қайта ўрганиб чиқиш	Беморга хирургик йўл билан даволанишни таклиф этиш

Мазкур ҳолатни шошмасдан пухта ўйлаб кўриш

5. Иситмалашни келтириб чиқарган сабабларнинг бирортасини ҳам унутиб қолдирмаслик мақсадида куйида келтирилган рўйхатни ўрганиб чиқиш лозим.

УЗОҚ ДАВОМ ҚИЛАДИГАН ИСИТМАЛАШ САБАБЛАРИ

- касаллиги (жойлашишидан қатъий назар)
- Бактериал инфекциялар ✦ Синуситлар ✦ Сийдик йўллари инфекциялари ✦ Қорин бўшлиғи аъзоларининг яллиғланиш касалликлари (ўткир холецистит, ўткир аппендицит, абсцесслар) ✦ Параректал абсцесс ✦ Кўкрак бўшлиғи аъзоларининг абсцесслари (ўпка, умуртқа, кўкс оралиғи) ✦ Бронхоэктазлар ✦ Сальмонеллез, шигеллез ✦ Остеомиелит.
- Инфекция манбаи аниқланмаган бактериемия (аксарият ҳолларда узоқ муддатли иситмалашга нисбатан оғирроқ кўринишда кечади).
- Қон томир ичи ва унинг тромбози инфекциялари ✦ Бактерияли эндокардит ✦ Томир протезлари инфекциялари.
- Тарқалган вирусли ва бактериал инфекциялар ✦ Инфекцион моноклеоз ✦ Цитомегал вирусли инфекция, Коксаки вируси келтириб чиқарган ҳолатлар ✦ Гепатит ✦ ОИТ инфекцияси ✦ Хламидиялар келтириб чиқарган инфекциялар (пситтакоз ва/ёки орнитоз) ✦ Токсоплазмоз ✦ Лайм касаллиги ✦ Туляремия ✦ Безгак.
- Сепсис.
- Юқумли касалликни бошдан кечиргандан сўнг юзага келган хавфсиз гипертермия.
- Сурункали чарчоқ (чарчаш/ҳолсизланиш) синдроми.
- Саркоидоз.

- Ним ўткир тиреоидит.
- Тиреотоксикоз.
- Гемолитик касалликлар.
- Жароҳат оқибатида тўқималарнинг зарарланиши ва гематома.
- Томирлар тромбози, ўпка артерияси эмболияси.
- Кавасаки касаллиги.
- Тугунли эритема.
- Дори воситалари таъсирида пайдо бўлган иситмалаш.
- Хавфли нейролептик синдром.
- Аллергик альвеолит. “Фермер ўпкаси”.
- Бириктирувчи тўқима касалликлари ✦ Ревматик полимиалгия, чакка артериити. Ревматоид артрит ✦ СҚВ ✦ Катта ёшдагиларда учрайдиган Стилл касаллиги ✦ Ўткир ревматик иситмалаш ✦ Васкулитлар ✦ Тугунли периартериит ✦ Вегенер гранулематози.
- Ичакнинг яллиғланиш касалликлари ✦ Худудар энтерит (Крон касаллиги) ✦ Носпецифик ярали колит.
- Жигар циррози, алкоголь гепатити.
- Хавфли ўсмалар ✦ Лейкозлар ✦ Буйрак раки (гипернефрома) ✦ Саркомалар ✦ Хожкен касаллиги, бошқа лимфомалар ✦ Ёмон сифатли ўсма метастазлари (буйрак раки, меланома, саркома).

КЕЛИБ ЧИКИШИ НОМАЪЛУМ БЎЛГАН ИСИТМАЛАШ

- Агар тана ҳарорати 38°C дан юқори бўлиб, 2 – 3 ҳафтадан кўпроқ вақт давомида сақланиб турса ва иситмалаш сабаблари, одатдаги текширувлардан кейин ҳам номаълумлигича қолса, ундай ҳолларда “ келиб чиқиши номаълум иситмалаш” диагнози қўйилади.
- Одатда тана ҳароратининг кўтарилишига бирорта жиддий касаллик сабаб бўлади ва уни кўпинча даволаш мумкин. Иситмалаш сабабларини аниқлаш мақсадида беморни шифохонада синчиклаб текширувдан ўтказиш лозим.
- Якуний диагноз – 35% га яқин беморларда – инфекция, 20% беморларда – хавфли ўсмалар, 15 % беморларда – бириктирувчи тўқима касалликлари ва 15 % беморларда – бошқа касалликлардан иборат бўлади. Тахминан 15 % беморларда иситмалаш сабаби аниқланмай қолади.

ЎТКИР РЕВМАТИК ИСИТМАЛАШ

Ўткир ревматик иситмалаш (ЎРИ) – кўпроқ юрак ва бўғимларни шикастловчи, А гуруҳли гемолитик стрептококк чиқарувчи, генетик жиҳатдан ушбу касалликка мойил бўлган кишиларда учрайдиган бириктирувчи тўқиманинг сурункали яллиғланиш касаллиги ҳисобланади.

ХКК-10: 100 – 102 Ўткир ревматик иситмалаш.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯСИ

Касалликнинг тарқалганлиги – (болалар ўртасидаги кўрсаткич) ҳар 1000 болага 0,5 ни (0,5:1000) ва катта ёшдаги аҳолига нисбатан 3:1000 ни ташкил қилади. Ёш даражаси: 7 – 15 ёш. Жинси: устунлиги аниқланмаган.

ПРОФИЛАКТИКАСИ

БИРЛАМЧИ ПРОФИЛАКТИКАСИ

Мақсад: ЎРИ олдини олиш учун стрептококкли инфекцияларга қарши монанд терапия ўтказиш лозим.

β ГЕМОЛИТИК СТРЕПТОКОКК ГУРУҲИГА МАНСУБ МИКРОБЛАР КЕЛТИРИБ ЧИҚАРАДИГАН ЎТКИР ТОНЗИЛИТНИ ДАВОЛАШ

Пенициллин – биринчи навбатдаги дори воситаларга киради.

- Бензатин бензилпенициллин мушак орасига кун давомида юборилади ✦ Катталарга 2,4 млн. бирликда ✦ Тана оғирлиги <25 кг бўлган болаларга 0,375 г/кг. 2 марта ✦ Тана оғирлиги >25 кг. бўлган болаларга кунда икки марта 750 мг.
- Амоксициллин – 10 кун мобайнида тавсия қилинади ✦ Катталарга кунига 3 маҳал 0,5 дан ✦ Болаларга эса кунига 0,375 г. ичиш учун буюрилади.
- Феноксиметилпенициллин – 10 кунга ✦ Катталарга кунига 3 маҳал 0,5г. ✦ Тана оғирлиги >25 кг. бўлган болаларга кунига 3 маҳал 250 мг.дан ичиш учун.

Пенициллинларни кўтара олмайдиган беморларга бошқа дори воситалари қўлланилади.

- Азитромицин ✦ Катта ёшдагилар учун дастлабки кунларда 0,5 г.дан, кейинчалик кунига 0,25 г.дан 6 кун мобайнида ✦ Болаларга эса 12 мг/кг.дан кунига 1 маҳал 5 кун мобайнида ичиш учун тавсия этилади.
- Мидекамицин ✦ Катта ёшдагиларга 0,4 г. кунига 3 маҳал ✦ Болаларга – 50 мг/кг. 2 маҳал 10 кун давомида ичиш учун.
- Рокситромицин ✦ Катталарга 0,3 г.дан кунига 2 маҳал 10 кун ✦ Болаларга – 2 маҳал 5 мг/кг. дан 10 кун давомида.
- Кларитромицин ✦ Катталарга 0,5 г. кунига 2 маҳал ✦ Болаларга 15 мг/кг.дан 2 маҳал 10 кун давомида ичиш учун ёки мушаклар орасига юборилади.
- Спирамицин ✦ Катталарга 3 млн. бирликда кунда 2 маҳал ✦ Болаларга 1,5 млн. бирликда кунда 2 маҳал 10 кун давомида ичиш учун буюрилади ёки мушаклар орасига юборилади.

Пенициллинлар ва макролидларни кўтара олмайдиган беморларга бошқа антибиотиклар қўлланилади.

- Клиндамицин ✦ Катта ёшдагилар учун кунда 0,15x4 маҳал ✦ Болаларга 20 мг/кг/кунда 3 маҳал 10 кун давомида мушаклар орасига.
- Линкомицин ✦ Катта ёшдагиларга 0,5 дан кунда 3 маҳал ✦ Болаларга 30 мг/кг/кунда 3 маҳал 10 кун давомида мушак орасига.

β ГУРУҲИГА МАНСУБ ГЕМОЛИТИК СТРЕПТОКОКК КЕЛТИРИБ ЧИҚАРГАН ҚАЙТАЛАНГАН ТОНЗИЛИТНИ (ТОМОҚДАГИ БОДОМСИМОН БЕЗЛАРНИНГ ЯЛЛИҒЛАНИШИ) ДАВОЛАШ

- Амоксициллин + клавулан кислотаси ✦ Катталарга 1,875 г.дан кунда 3 маҳал ✦ Болаларга 40 мг/кг. 3 маҳал 10 кун давомида ичиш учун.
- Клиндамицин ✦ Катталарга 0,6 г.дан кунда 4 маҳал ✦ Болаларга 20 мг/кг. кунда 3 маҳал 10 кун давомида ичиш учун.

- Линкомицин ✦ Катталарга 1,5 г.дан кунда 3 маҳал ✦ Болаларга 30 мг/кг. кунда 3 маҳал 10 кун давомида ичиш учун.
- Цефуроксим ✦ Катталарга 0,5 г.дан кунда 2 маҳал ✦ Болаларга 20 мг/кг. кунда 2 маҳал 10 кун давомида ичиш учун.

ИККИЛАМЧИ ПРОФИЛАКТИКАСИ

Мақсад: ўткир ревматик иситмалашнинг қайта хуружи ва ревматик юрак нуқсони ривожланиб кетишининг олдини олишдан иборат. ЎРИ нинг этиотроп антистрептококка қарши давоси тугагандан сўнг, дарҳол иккиламчи профилактика буюрилади. Бу профилактиканинг давомийлиги қуйидагича:

- Кардитсиз (полиартрит, хороя) ЎРИ ни ўтказган беморлар учун – 5 йил;
- Кардитли, бирламчи ва иккиламчи ЎРИ ни ўтказганлар учун – бир умр;
Таъсири узайтирилган бензатин бензилпенициллин ЎРИ нинг иккиламчи профилактикасида қўлланиладиган асосий дори воситаси бўлиб, 3 ҳафта давомида 1 мартадан мушак орасига юборилади ва узоқ муддат таъсир этади.

Дозаси:

- Катталарга 2,4 млн. бирликда;
- Болаларга, агар уларнинг тана оғирлиги 25 кг.дан кам бўлса – 600000 бирликда, оғирлиги 25 кг.дан кўп болаларга эса 1,2 млн. бирликда.

РЕВМАТИК ЮРАК НУҚСОНИ БЎЛГАН БЕМОЛДАРДА БАКТЕРИАЛ ЭНДОКАРДИТНИНГ ИККИЛАМЧИ ПРОФИЛАКТИКАСИ

Мақсад: тиббий манипуляцияларни бажариш натижасида юзага келадиган бактериемиянинг олдини олиш.

Оғиз бўшлиғи, қизилўнгач ва нафас йўлларида манипуляция жараёнини амалга оширишда:

- Стандарт тавсия ✦ Катталарга даволаш муолажасидан 1 соат олдин 2 г. амоксициллин ✦ 12 ёшгача бўлган болаларга эса даволаш муолажасидан 1 соат аввал 950 мг/кг. амоксициллин ичиш учун буюрилади.
- Дори ичиш имкони бўлмаган тақдирда ✦ Катталарга вена ёки мушак орасига 2г. ампициллин ✦ 12 ёшгача бўлган болаларга 50 мг/кг. ампициллин даволаш муолажасини бошлашдан 30 минут аввал венага ёки мушак орасига.
- Пенициллинга аллергияси бор беморларга ✦ Катталарга даволаш муолажасидан 1 соат олдин 500 мг. азитромицин ёки 500 мг. кларитромицин ёки 600 мг. клиндамицин ёки 2г. цефалексин ✦ 12 ёшгача бўлган болаларга эса 15 мг/кг. азитромицин ёки 15 мг/кг. кларитромицин ёки 20 мг/кг. клиндамицин ёки 50 мг/кг. цефалексин ичиш учун буюрилади.
- Пенициллинга аллергияси бор ва уни қабул қила олмайдиган беморларга ✦ Катталарга 600 мг. клиндамицин ёки 1г. цефазолин мушак орасига ёки венага ✦ 12 ёшгача бўлган болаларга эса 20 мг/кг. клиндамицин мушак орасига ёки 25 мг/кг. цефазолин мушак орасига ёки венага даволаш муолажасидан 30 минут олдин юборилади.

Ошқозон – ичак ва уrogenитал йўлларида манипуляция жараёнини амалга оширишда

- Стандарт тавсия ✦ Катталарга: даволаш муолажасидан 1 соат олдин 2г. амоксициллин ичиш учун буюрилади; 2г. ампициллин тери остига ёки венага

юборилади ва бу жараён даволаш муолажасидан ярим соат олдин тугатилиши керак ✦ 12 ёшгача бўлган болаларга: даволаш муолажасидан 1 соат олдин 50 мг/кг. амоксициллин ичиш учун буюрилади; 50 мг/кг. ампициллин тери остига ёки венага қилиниб, даволаш муолажасидан ярим соат олдин тугатилади.

- Пенициллинга аллергияси бор бўлган беморларга ✦ Катталарга: 1г. ванкомицин венага 1 – 2 соат мобайнида қилиниб, даволаш муолажасидан ярим соат олдин тугатилиши керак ✦ 12 ёшгача бўлган болаларнинг венасига 20 мг/кг. ванкомицин 1 – 2 соат мобайнида юборилиб, даволаш муолажасидан ярим соат олдин тугатилади.

ДИАГНОЗИ

АНАМНЕЗ

Ўткир ревматик иситмалаш ангинадан сўнг 2 – 3 ҳафта ўтгач кузатилади. Бемор шикоятлари: йирик бўғимлардаги оғриқлар, ревмокардит зўрайганда юрак соҳасида оғриқлар, юракнинг тез уриши, нафас қисиши.

ФИЗИКАЛ ТЕКШИРУВ

- Ҳарорат одатда субфебрилитетдан юқори даражадаги (гоҳ кўтарилиб, гоҳ пасайиб туради) иситмалашгача бўлади.

- Терини текшириш ✦ Ҳалқасимон эритема (одамнинг юзидан ташқари тана ва қўл-оёқларида қичимайдиган, тери юзасидан кўтарилиб турмайдиган, ўзидан сўнг из қолдирмайдиган оч-пушти ҳалқасимон тошмалар пайдо бўлиши) ✦ Тери остидаги ревматик тугунчалар (оёқ, тизза, тирсак бўғимлари ёки энса суяги соҳасидаги пайлар ёпишган жойларда майда тугунчалар пайдо бўлиши).

Ҳар иккаласи ревматизмга хос бўлса ҳам, кам учрайдиган белги ҳисобланади. 1 – ЎРИ 14 – 17 % ; 2 – ЎРИ 1 – 3 % ҳолларда кузатилади.

- Бўғимларни текшириш ✦ Тизза, тирсак, биллак, болдир ва товон суяқларини бирлаштирувчи бўғимлар кўпроқ шикастланади ✦ Оғриқлар доимий эмас ✦ Яллиғланиш жараёни кўчиб юрувчи характерга эга ва ҳаракатчанликни чеклаб қўяди ✦ Бўғим синдроми НЯҚВ таъсирида тезда бартараф этилади; деформациялар ривожланмайди.

- Юрак аускультацияси (беморда қайси клапан шикастланишига қараб турли шовқинлар эшитилади).

- ◆ Митрал регургитацияни ифодаловчи систолик шовқин. Қуйидаги таърифга эга ✦ Табиатига кўра узоқ муддатли, пуфловчан ✦ Биринчи тонга алоқадор ✦ Систоланинг кўп қисмини эгаллайди ✦ Юракнинг чўққисида яхши эшитилади, чап қўлтиқ ости соҳасига узатилади.

- ◆ Митрал стенозни ифодаловчи мезодиастолик шовқин. Қуйидаги таърифга эга ✦ Бемор чапга ёнбошлаган ҳолатда нафас тутиб турилганда юракнинг чўққи қисми эшитиб кўрилганда яхши эшитилади ✦ Кўпинча учинчи тондан кейин келади.

- ◆ Аортал регургитацияни ифодаловчи протодиастолик шовқин. Қуйидагича бўлади ✦ Бемор олдинга энгаштирилиб чуқур нафас чиқаргандан сўнг, тўшнинг чап чеккаси эшитиб кўрилади ✦ Пуфловчи, пасайиб борадиган характерга эга ✦ Дарҳол иккинчи тондан сўнг бошланади ✦ Ревмокардит пайтида протодиастолик

шовқин систолик шовқин билан қўшилиб кетади, бунга сабаб аортал клапаннинг яққа ҳолдаги шикастланиши ревматизмга хос эмас.

◆ Асаб тизими текширилганда 6 – 30 % ҳолларда кичик хорей белгилари аниқланади. ЎРИ га чалинган 5-7% беморларда ушбу асаб тизимидаги ўзгариш касалликнинг ягона белгиси бўлиши мумкин.

ЛАБОРАТОРИЯ ТЕКШИРУВЛАРИ

- Қоннинг умумий таҳлили: лейкоцитоз, ЭЧТ кўтарилиши.
- СРО концентрациясининг ошиши.
- Бактериологик текширувлар: β – гемолитик стрептококкни томоқ суртмасида аниқлаш ўткир оғир жараёндан ва уни ташиб юрувчи борлигида далолат беради.
- Серологик текширувлар: антистрептолизин О, β антигиалуронидаза ва антидезоксирибонуклеаза титрларининг ошиши.

ИНСТРУМЕНТАЛ ТЕКШИРУВЛАР

- ЭКГ: ритм ва ўтказувчанликнинг бузилиши миокардитни билдиради.
- ЭхоКГ клапанлардаги ўзгариш ва перикардитни аниқлашда муҳим ҳисобланади.

ДИАГНОСТИК МЕЗОНЛАР

1991 йилда Америка кардиологлар ассоциацияси томонидан қайта кўриб чиқилган А.А. Кисел ва Т.Д.Жонснинг диагностик мезонлари.

Катта мезонлар • Кардит • Полиартрит • Хорей • Ҳалқасимон эритема • Тери остидаги ревматик тугунлар.

Кичик мезонлар • Клиник: артралгиялар, иситмалаш • Лаборатория маълумотлари: ЭЧТ ошиши, СРО концентрациясининг кўтарилиши • ЭКГ да PQ интервалининг узайиши.

Илгари стрептококк инфекциясини ўтказганлигини тасдиқловчи маълумотлар • А гуруҳига мансуб β – гемолитик стрептококкни томоқ суртмаси орқали текширишнинг мусбат натижалари ёки Аг А гуруҳидаги стрептококкни тез аниқлашнинг мусбат синамаси • Стрептококка қарши АТ титри ошган ёки ошаётганлиги.

Илгари β – гемолитик стрептококк инфекцияси мавжудлигини тасдиқловчи иккита катта ёки битта катта ва иккита кичик мезонларнинг биргаликда келиши, ЎРИ мавжудлиги эҳтимолдан ҳоли эмаслигини билдиради.

ДИФФЕРЕНЦИАЛ ДИАГНОСТИКАСИ

ЎРИ бўғим синдроми юрак клапанлари шикастланиши билан қўшилиб келадиган ягона касаллик эмас. Шу сабабли бошқа патологик ҳолатларни ҳам эътиборга олиш керак бўлади.

- Бактериал эндокардит. Унинг этиологиясида стрептококкдан ташқари бошқа микроорганизмлар ҳам катта аҳамиятга эга. Уларни аниқлаш мақсадида қонни такрорий бактериологик экиш керак бўлади.
- Реактив артрит болаларда бурун-томоқ инфекциясидан сўнг юракни шикастламаган ҳолда яна қайталаши мумкин. Тўғри диагноз қўйиш учун беморни кузатиб туриш зарур.
- СҚВ. Унда кардит ва полиартралгия билан бир қаторда ушбу касалликка хос бўлган бошқа белгилар ҳам мавжуд бўлади.

- Анкилозловчи спондилоартрит ҳам баъзан митрал ёки аортал регургитация белгилари билан биргаликда кечиши мумкин, бироқ бу босқичда албатта сакроилеит аломатлари кузатилади.
- Стрептококк инфекцияси бўлмаган тақдирда болаларда миокардит кўпинча вирус таъсиридан келиб чиқади (Коксаки вируси).
- Митрал регургитацияни вальвулит эмас, балки бўғимларнинг гипермобиллик белгиси билан бирга қўшилиб келувчи митрал клапан пролапси ҳам юзага келтириши мумкинлигини унутмаслик лозим.
- Лайм касаллиги. Бемор анамнезида – кана чаққан. Қон таркибида антиборрелиозга қарши АТ мавжудлиги Лайм касаллигининг серологик исботи ҳисобланади.

ДАВОЛАШ

ДАВОЛАШДАН МАҚСАД

- β – гемолитик стрептококк эрадикацияси.
- Ревматик жараён фаоллигини тўхтатиш.
- Юрак пороги юзага келишини олдини олиш.

Шифохонага ётқизишга кўрсатма. Барча ЎРИ га чалинган беморлар шифохонага ётқизилади.

ДОРИЛАРСИЗ ДАВОЛАШ

Тартиб. 2 – 3 ҳафта тушакда ётиш тавсия этилади.

Парҳез, ош тузи ва углеводларни чеклаган ҳолда витаминлар ва оқларга бой парҳез таомлардан истеъмол қилиш.

Физиотерапевтик даво чоралари қўлланилмайди.

ДОРИЛАР БИЛАН ДАВОЛАШ

Этиотроп (антистрептококк) даволаш

Бензилпенициллин катта ёшдагилар ва ўсмирларга, 400000-1000000 бирликда, болаларга 100000-150000 бирликда кунига 4 маҳал мушак орасига 10 кун давомида юборилади. Кейинчалик иккиламчи профилактика сифатида узоқ таъсир этувчи пенициллин дори воситаларидан бициллин қўллашга ўтилади.

Пенициллинларга аллергия кузатилганда макролидлар буюрилади:

- Рокситромицин – болаларга 5-8 мг/кг. бир кунда, катталарга – бир кунда икки маҳал 150 мг.дан ичиш учун;
- Кларитромицин - болаларга 7,5 мг/кг. бир кунда, катталарга – бир кунда икки маҳал 250 мг.дан ичиш учун.

Патогенетик (яллиғланишга қарши) даволаш

Глюкокортикоидлар қуйидаги ҳолларда қўлланилади: касаллик оғир кечганда, аниқ юзага келган кардит ҳамда II ва III даражали фаолликдаги касаллик белгилари борлиги аниқланганда. Преднизалон катталар ва ўсмирларга бир кунда 20 мг. қўлланилади; болаларга 0,7-0,8 мг/кг. эрталаб овқатдан кейин бир марта ичиш учун тавсия этилиб, бу жараён терапевтик самарага эришилгунга қадар (ўрта ҳисобда 2 ҳафта мобайнида) давом эттирилади. Кейин дори дозаси аста – секин камайтирилиб (ҳар 5-7 кунда 2,5 мг.га), бутунлай тўхтатилади. Даволаш курсининг умумий муддати - 1,5-2 ой.

• **НЯКДВ** куйидаги ҳолларда буюрилади: енгил ревмокардит ва артритларда, касалликнинг минимал фаоллигида, бемордаги юқори фаоллик пасайиб, ГКС қабул қилиш тўхтатилганда, юракнинг ревматик нуқсони оқибатида ЎРИ қайталанганда. Диклофенак катта ёшдагилар ва ўсмирларга куйидагича буюрилади: 25-30 мг., болаларга – 0,7-1,0 мг/кг. кунига 3 маҳал. Даволаш курси яллиғланиш фаоллик кўрсаткичи меъёрига келгунга (ўрта ҳисобда 1,5-2 ой давомида) давом эттирилади.

ХИРУРГИК ДАВОЛАШ

Ревматик юрак нуқсонини хирургик даволаш – бу ўткир ревматик иситмалашнинг давом этишини олдини олиш ҳисобланади ва ихтисослаштирилган клиникаларда амалга оширилади. Шунинг учун юрак нуқсони аниқланганда умумий амалиёт врачлари уларни кўкрак хирургияси бўлимига маслаҳат учун юбориши зарур.

БЕМОРГА ЎРГАТИШ

Беморларга узок муддатли бициллин ҳамда бактериологик эндокардитнинг иккиламчи бошқа профилактикалари тўғрисида тушунтириш ишлари олиб борилади.

ЛЕЙКОЗЛАР

Лейкозлар (лейкемиялар) **суяк илигидаги меъёр қон ишлаб чиқариш жараёнининг** камроқ дифференциялашган ва функционал жиҳатдан фаол бўлмаган ҳужайралардан ташкил топган клонал пролифератлар билан алмашинуви билан характерланади.

Касалликнинг кечишига кўра лейкозлар анъанавий тарзда ўткир ва сурункали, хавфли ҳужайралар морфологиясига кўра эса - миело- ва лимфолейкозларга бўлинади.

- Ўткир лейкоз даволанмаса бир неча ҳафта ва ойлар ичида ўлим билан тугаши мумкин.
- Сурункали лейкозда эса беморлар бир неча ой ва йилларгача яшашлари мумкин. Сурункали лейкозлар баъзан бедаво ўткир шаклларга (бласт кризларга) айланади.

Умумий амалиёт врачининг вазифаси ушбу касалликка шубҳа бўлганда, беморни тезликда махсус гематологик бўлим ёки марказга юборишдан иборатдир. Чунки фақат ихтисослаштирилган бўлимларда уларга тўғри диагноз қўйиб, муваффақиятли даволаш мумкин.

ХКК-10 • **С91** Лимфолейкоз (ўсманинг табиати коди билан бирга М982, М9940-М9941 морфологик кодларни ўз ичига олган) • **С92** Миелолейкоз (лейкоз: (гранулоцитар лейкоз, миелоген лейкоз), морфологик кодлар М986-М988, М9930 ўсманинг табиати кодини ҳам ўз ичига олган) • **С93** Моноцитар лейкоз (ўсманинг табиати коди билан бирга морфологик коди М989 бўлган моноцитонид лейкозни ўз ичига олган) • **С94** Аниқланган ҳужайра типининг бошқа лейкози (куйидагиларни ўз ичига олган: морфологик кодлар М984, М9850, М9900, М9910, М9931-М9932 ўсма табиати коди билан); чиқарилган: лейкемик ретикулоэндотелиоз (С91.4),

плазма хужайрали лейкоз (C90.1) • **C95** Хужайра типи аниқланмаган лейкоз (қуйидагиларни ўз ичига олган: морфологик коди M980 ўсманинг табиати коди билан бирга) • **C96** лимфоид, қон яратувчи ва уларга яқин тўқималарда аниқланмаган бошқа хавфли ўсмалар.

ЎТКИР ЛИМФОБЛАСТ ЛЕЙКОЗ

Ўткир лимфобласт лейкоз (ЎЛЛ) – қон илигининг хавфли касаллиги бўлиб, унда лимфоцитопоз илк ўтмишдошларининг клонал кўпайиши содир бўлиб, улар меъёр гемопозтик хужайралар ўрнини эгаллайди, бу эса оқибатда анемия, тромбоцитопения ва қон таркибида нейтрофиллар миқдорининг камайишига олиб келади.

Статистик маълумотлар. Ҳар йили 1 млн. аҳоли орасида 30 тага яқин бемор рўйхатга олинади. Барча лейкоз касалликларининг 90 % га ЎЛЛ ташкил қилади. Касалликнинг ривожланиш даври 2-5 ёшдаги болаларга тўғри келади. Катта ёшдагиларда учраши анча кам бўлишига қарамасдан (йилига ҳар миллион аҳолига касалликнинг учта янги ҳодисаси) 40 ёшдан кейин аниқланиши кўпайиб боради.

Хавфли омиллар. Ўткир лейкозларга олиб келувчи хавфли омилларга ионлашган нурланиш, айрим кимёвий (шунингдек дори) моддалар таъсири (бензол, нефтни ҳайдаш маҳсулотлари, цитостатиклар) киради. Цитостатиклар билан даволанган беморлар орасида ўткир лейкозларнинг пайдо бўлиш эҳтимоли юзлаб марта ошади.

КЛИНИК МАНЗАРАСИ

Барча лейкоз турларининг клиник манзараси аксарият ҳолларда бир хил • Баъзан касаллик тўсатдан бошланади. Шифокорга мурожаат қилганда беморнинг оғир ҳолати интоксикациянинг мавжудлиги, геморрагик синдром, (тромбоцитопения натижасида), нафас етишмаслиги (ички кўкрак лимфа тугунларининг катталашуви натижасида нафас йўллариининг боиши) билан боғлиқ бўлиши мумкин • Айрим ҳолларда касалликнинг аста - секин ривожланиш эҳтимоли ҳам бор. Улар иштаҳа йўқлигига, меҳнатга лаёқатнинг пасайганлигига, суяк ва бўғимлардаги оғриқларга, бўйин ҳамда қўлтиқ ости соҳасида шиш борлигига шикоят қиладилар.

Беморларда қуйидаги суяк кўмиги етишмовчилиги ва анемик синдромлар кузатилади

- **Анемик синдром:** рангпарлик (оқариб кетиш), нафас қисиши, юрак уриши, уйқучанлик • Клиник манзарасида **инфекцияларга мойиллик** (бактериал, замбуруғли ва вирусли) кузатилади. Унда енгил инфекция шакллари – кандидоз, стоматит, гингивит, оддий герпес вируси келтириб чиқарган шиллиқ парданинг шикастланишидан тортиб, оғир умумий жараёнлар (пневмония, сепсис) ҳам учраши мумкин • **Геморрагик синдром.** Кўздан кечириш пайтида терида петехия ва экхимозлар аниқланади (ўз-ўзидан пайдо бўлган, уколдан кейин, механик ишқаланган жойларда). Бурундан кучли ва ички аъзолардан оғир қон кетишлар эҳтимоли бор (метроррагия, ошқозон-ичакдан қон кетиши, мияга қон қуйилиши).

Специфик белгилар • **Интоксикация:** иситмалаш, тана оғирлигининг камайиши, иштаҳа йўқлиги, ҳолсизлик, кўп терлаш • **Суяклардаги оғриқлар** (айниқса

найсимон суяклар ва умуртка поғонасида), артралгия ● **Лимфаденопатия.** Ҳар қандай лимфа тугунларининг катталашиси. Улар ҳаддан ташқари кўп сонли, зич, эгилувчан, думалок, бир-бири билан ёпишган, турли ўлчамларда (1 дан 8 см. гача) бўлиши ва пайпаслаганда оғримаслиги мумкин. Лимфа тугунларининг катталашиси ва лимфоид аъзо сифатида чувалчангсимон ўсимтанинг гипертрофияси қорин соҳасида оғриқ бериши, катталашган ички кўкрак лимфа тугунлари кўкс оралиғининг қишига олиб келиш эҳтимоли мавжуд ● **Жигар ва талоқ** катталашади ● **Нейролейкемия.** ЎЛЛ да кўп ҳолларда МНТ нинг шикастланиши кузатилади ва касаллик прогнозини сезиларли даражада оғирлаштиради. Нейролейкемиянинг пайдо бўлиши лейкоз хужайраларининг бош ва орқа мия пардаси метастазига ёки мия моддасига ҳам ўтишига сабаб бўлади. Неврологик статусда турли оғирликдаги белгилар – енгил умумий мия белгилари (бош оғриши)дан ўчоқли зарарланишлар (эс – хушнинг, кўришнинг бузилиши, ҳаракатлар дискоординацияси, дисфазия)гача бўлган ҳолатлар кузатилади ● **Тери лейкоидлари** (специфик тугунчалар) ● Тимус гипертрофияси кўкрак қафаси оралиғидаги аъзоларнинг сиқилишини келтириб чиқариши мумкин.

ЛАБОРАТОР ДИАГНОСТИКАСИ

- **Қон таҳлили.** Клиник белгилари ва периферик қонда қуйидаги ўзгаришлар мавжуд бўлганда лейкоз борлиги гумон қилинади: нормохром нормоцитар анемия; лейкоцитлар сони турлича – паст (5×10^9 л.дан кам), меъёр (5×10^9 л.дан 20×10^9 л.гача), кўпайган (20×10^9 л.дан кўп, айрим ҳолларда 200×10^9 л.гача етиши) бўлиши мумкин; нейтропения (лейкоцитларнинг умумий сонига боғлиқ бўлмайди); мутлок лимфоцитоз; тромбоцитопения (деярли ҳар доим бўлади); «лейкемик криз» - оралиқ шакллари бўлмаган ҳолда бластларнинг етилган шакллари мавжудлиги; ОМЛ да азурофил доначалари ва Ауэр таёқчаларини топиш мумкин.

- **Суяк илиги пункцияси** – лейкозларда асосий текшириш усулидир. Ундан лейкоз турларини аниқлаш (морфологик, иммунофенотипик, цитогенетик) мақсадида фойдаланилади.

- **Ўткир лейкозларда миелограмма** (суяк илигининг барча хужайра шакллари миқдорини аниқлаш) суяк илигининг барча бласт хужайралари миқдорининг 30% дан кўп, баъзан тотал бластозгача кўпайиши; бластлар морфологиясининг лейкоз турига қараб турлича бўлиши; оралиқ шаклларнинг йириклашуви; лимфоцитоз; қон яратувчи қизил куртак фаолиятининг бузилиши (ўткир эритромиелоз бундан мустасно); Мегакариоцитларнинг йўқлиги ёки улар миқдорининг (ўткир мегакариобласт лейкоздан ташқари) камлиги. **Дифференциал диагностика:** инфекцион моноклеоз, ОВИ – инфекцияси, панцитопения (апластик анемияда асосий лаборатория белгиси), лейкомоид реакциялар, лейкоцитар формуланинг чапга жиши билан лейкоцитлар сонининг сезиларли даражада ортиши.

Диагноз иликда бласт хужайралар мавжудлиги билан тасдиқланади.

Даволаш фақат ихтисослашган гематологик муассасаларда амалга оширилади. Шунинг учун умумий амалиёт врачлари ушбу касалликка шубҳа бўлган беморни зудлик билан гематолог маслаҳатига юбориши лозим.

- **Специфик кимётерапия** касалликда ремиссиясига эришиш ва уни мустаҳкамлашга йўналтирилган.
- ХКК-10 • С91.0** Ўткир лимфобласт лейкоз.

ЎТКИР МИЕЛОБЛАСТ ЛЕЙКОЗ

Ўткир миелобласт лейкоз (ЎМЛ) кўпинча катталарда учрайди. Ҳар йили 1 млн. аҳоли орасида 30 га яқин янги касаллик ҳоллари рўйхатга олинади.

Клиник манзараси. ЎМЛ илик бласт хужайралари инфильтрацияси ва қон яратилиш куртакларининг эзилиш даражаси билан аниқланади.

Барча лейкоз турларининг клиник кўриниши аксарият ҳолларда бир хил • Баъзан касаллик тўсатдан бошланиши мумкин. Шифокорга мурожаат қилганда беморнинг оғир ҳолати интоксикациянинг мавжудлиги, геморрагик синдром, (тромбоцитопения натижасида), нафас етишмаслиги (ички кўкрак лимфа тугунларининг катталашуви натижасида нафас йўллариининг боиши) билан боғлиқ бўлиши мумкин • Айрим ҳолларда касалликнинг аста - секин ривожланиш эҳтимоли ҳам бор. Улар иштаҳа йўқлигига, меҳнатга лаёқатнинг пасайганлигига, суяк ва бўғимлардаги оғриқларга, бўйин ҳамда кўлтиқ ости соҳасида шиш борлигига шикоят қиладилар.

ЛАБОРАТОР ДИАГНОСТИКАСИ

- **Қон таҳлили.** Клиник белгилари ва периферик қонда қуйидаги ўзгаришлар мавжуд бўлганда лейкоз борлиги гумон қилинади: нормохром нормоцитар анемия; лейкоцитлар сони турлича – паст (5×10^9 л. дан кам), меъёр (5×10^9 л.дан 20×10^9 л.гача), кўпайган (20×10^9 л.дан кўп, айрим ҳолларда 200×10^9 л.гача етиши) бўлиши мумкин; нейтропения (лейкоцитларнинг умумий сонига боғлиқ бўлмади); мутлоқ лимфоцитоз; тромбоцитопения (деярли ҳар доим бўлади); «лейкемик криз» - оралик шакллари бўлмаган ҳолда бластларнинг етилган шакллари мавжудлиги; ОМЛ да азурофил доначалари ва Ауэр таёқчаларини топиш мумкин.

- **Суяк илиги пункцияси** – лейкозларда асосий текшириш усулидир. Ундан лейкоз турларини аниқлаш (морфологик, иммунофенотипик, цитогенетик) мақсадида фойдаланилади.

Ўткир лейкозларда миелограмма (суяк илигининг барча хужайра шакллари миқдорини аниқлаш) суяк илигининг барча бласт хужайралари миқдорининг 30% дан кўп, баъзан тотал бластозагача кўпайиши; бластлар морфологиясининг лейкоз турига қараб турлича бўлиши; оралик шаклларнинг йириклашуви; лимфоцитоз; қон яратувчи қизил куртак фаолиятининг бузилиши (ўткир эритромиелоз бундан мустасно); Мегакарицитларнинг йўқлиги ёки улар миқдорининг (ўткир мегакариобласт лейкоздан ташқари) камлиги. **Дифференциал диагностика:** инфекцион моноклеоз, ОИВ – инфекцияси, панцитопения (апластик анемияда асосий лаборатория белгиси), лейкомоид реакциялар, лейкоцитар формуланинг чапга жиши билан лейкоцитлар сонининг сезиларли даражада ортиши.

Диагнози. Иликда бласт хужайралар борлиги диагнозни тасдиқлайди. Лейкоз турини аниқлаш учун гистокимёвий, иммунологик ва цитогенетик текшириш

усуллари қўлланилади. **Даволаш** фақат ихтисослашган гематологик муассасаларда амалга оширилади. **Прогнози.** ЎМЛнинг кўпчилик турларида тўлик ремиссия 60 ёшгача бўлган 50% ва 60 дан ошган 10% беморларда кузатилади.

ХКК-10 • С92.0 Ўткир миелоид лейкоз.

СУРУНКАЛИ МИЕЛОЛЕЙКОЗ

Сурункали миелоид лейкоз (СМЛ) гранулоцитларнинг иликдаги ўтмишдошлари билан биргаликда ортикча ҳо бўлиши ва қонда лейкоцитлар микдорининг ошиши билан характерланади. Ушбу касалликда деярли барча ҳолатларда эрта ёки кечроқ беморларда бласт кризлари кузатилади.

Статистик маълумотлар. СМЛнинг сони – ҳар 100000 аҳолига 1,3 га тенг (катта ёшдаги беморларда учрайдиган барча лейкозларнинг 20% га яқини). Кўпинча касаллик ҳаётнинг тўртинчи ва бешинчи ўн йилликларида бошланади ва ёшроқ беморларда анча оғир кечади. Эркақлар аёлларга нисбатан касалликка кўпроқ чалинадилар (1,7;1,0).

Клиник манзараси • Пролифератив белгилар: спленомегалия, суяк – бўғим синдроми (оссалгия, артралгия), зўрайиш даврида (бласт кризи) терида лейкомик инфилтратлар пайдо бўлиши • Интоксикация белгилари ✦ Қувватсизлик ✦ Тана оғирлигининг камайиши ✦ Геморрагик белгилар ✦ Йирингли-яллиғланиш асоратлари ✦ Камқонлик белгилари ✦ Гиперурикемия ✦ Гиперкалиемиа ✦ Гиперфосфатемия ✦ Метаболик ацидоз.

Диагностикаси. Касалликка гумон туғдирувчи белгилар – гиперлейкоцитоз ва спленомегалия. Периферик қон суртмаларида етилган гранулоцитларнинг устунлиги, эозинофилия, базофилия (эозинофил-базофил ассоциацияси); енгил даражадаги анемия; сурункали босқичда тромбоцитоз. Диагнозни қуйидаги белгилар тасдиқлайди: Касалликнинг дастлабки босқичида миелоид гиперплазия ва бласт кризи даврида бластоз (миелограмма текширилганда), иликнинг ўтмишдош-хужайраларида аномал маркёр-хромосомаларнинг (“филадельфия хромосомалари”) борлиги.

Даволаш фақат ихтисослашган гематологик муассасаларда амалга оширилади. Миелодепрессив терапия, тирозинкиназа ингибиторлари, интерферонлар, илик трансплантацияси қўлланилади.

Прогнози. 10 йил аввал СМЛ билан оғриган беморларни умри ўрта ҳисобда 3-4 йилни ташкил этган. Замонавий даволаш усуллари қўллаш прогнозни анча яхшилади. Бемор ихтисослашган клиникада даволаниб бўлгандан сўнг доимий равишда гематолог маслаҳатлари асосида умумий амалиёт врач кузатувида бўлиши лозим.

ХКК-10. С92.1 Сурункали миелоид лейкоз.

ЎТКИР ЛЕЙКОЗ

Ўткир лейкоз – қон яратувчи тизимнинг оғир касаллиги ҳисобланиб унинг морфологик асоси – бласт ҳужайралари ҳисобланади. Эркалар орасида 100000 кишидан 13,5 ва аёллар орасида ҳар 100000 кишидан 7,7 ҳолларда кузатилади.

Босқичлари • Бирламчи-фаол босқич • Ремиссия (даволаганда) – тўлиқ клиник-гематологик ✦ Ҳужайралар мейёрда бўлганда бластлар миқдори 5%дан кам ✦ Клиник кўринишда пролифератив синдром мавжуд эмас ✦ Қайталаниш (эрта ва кечки) кузатилиши мумкин ✦ Алоҳида кўмик синдроми – илик таркибида бластлар миқдори 25 %дан кўпроқ ✦ Иликка алоқадор бўлмаган ✦ Нейролейкоз (неврологик белгилар, 10 ҳужайрадан кўпроқ цитоз, ликворда бластлар) ✦ Текстикуляр (бир ёки иккита тухумчалар ўлчамининг катталашуви, бластлар борлиги цитологик ва гистологик текширувлар натижасида тасдиқланган) ✦ Аралаш • Терминал босқич (даволаш ўтказилмаганда ёки ўтказилаётган давога чидамлилиқда).

Клиник манзараси иликнинг бласт ҳужайралар томонидан инфилтрацияланиш ва қон яратувчи куртакларнинг сусайиши даражаси билан белгиланади • Иликда қон яратилишининг пасайиб кетиши ✦ Анемия белгилари (миелофтиз анемия) ✦ Геморрагик белгилар (тромбоцитопения оқибатида тери геморрагиялари – петехиялар, экхимозлар қайд этилади; шиллик пардалардан қон оқиши – бурундан, ички аъзолардан). ✦ Инфекциялар (лейкоцитлар функциясининг бузилиши) • Лимфопрлифератив белгилар ✦ Гепато-спленомегалия ✦ Лимфа тугунларининг катталашуви • Гиперпластик белгилар ✦ Суяклардаги оғриклар ✦ Тери (лейкемидлар), мия пардалари (нейролейкоз) ва ички аъзоларнинг шикастланиши • Интоксикация белгилари ✦ Тана оғирлигининг камайиши ✦ Иситмалаш ✦ Гипергидроз ✦ Кучли ҳолсизланиш.

Ўткир лейкоз **диагнози** иликда бласт ҳужайралар борлиги билан тасдиқланади.

Лаборатория текширувлари • Периферик қон таркибида лейкоцитлар даражаси аниқ лейкопениедан ($2,0 \times 10^9/\text{л.}$) гиперлейкоцитозгача ўзгариб туриши мумкин; анемия, тромбоцитопения; қон таркибида бласт ҳужайраларнинг тотал бластозгача мавжудлиги • Ҳужайралар ҳаёт давомийлиги камайиши оқибатида юзага келган гиперурикемия • Гипофибриногенемия ва унга йўлдош бўлган томирлар ичида қон ивиши бузилиши оқибатида фибринни емирувчи маҳсулот миқдорининг ошиши. Ўткир лейкозга шубҳа бўлганда беморлар ихтисослашган гематологик клиникаларга ётқизиладилар ва у ерда тегишли диагноз қўйиш ҳамда даволаш чора – тадбирлари ўтказилади.

Даволаш. Комплекс даволашдан мақсад – тўлиқ ремиссияга эришишдир. Ҳозирги вақтда гематологик марказларда кимётерапиянинг поликимётерапия тамойилларига асосланган ва даволаш самарадорлигини оширувчи турли маълумотлардан фойдаланилмоқда.

• Кимётерапия бир неча босқичлардан иборат ✦ Ремиссия индукцияси ✦ ЎЛЛ да қўлланиладиган усуллардан бири: ҳар ҳафтада вена ичига винкрестин юборилади, ҳар куни преднизолон ичиш учун буюрилади, даунорубицин ва аспарагиназ дори воситалари 1 – 2 ой давомида узлуксиз равишда ✦ ЎМЛ пайтида – цитарабин аралашмаси вена ичига томчилаб ёки тери остига юборилади, даунорубицин венага, баъзан тиогуанин билан бирга. Қолган лейкоз ҳужайраларини емирувчи,

янада самаралироқ бўлган постиндукция кимётерапияси ремиссия давомийлигини оширади ✦ Ремиссия консолидацияси: беморда ЎЛЛ аниқланганда кимётерапия тизимини давом эттириш ва нейролейкоз профилактикаси (ЎЛЛ да метотрексатни нур терапияси билан биргаликда бош мияга орқа мияни ҳам қамраб олган ҳолда эндолюмбал юбориш (C₁ – C₂) ✦ Қувватловчи терапия: Ремиссия реиндукциясининг даврий курслари.

Прогнози • Ўткир лимфолейкоз билан оғриган болаларда касалликни даволашдан сўнг оқибати кўп ҳолларда яхши: 95 % ва ундан ҳам кўпроқ бемор болаларда даволашдан сўнг тўлиқ ремиссия бошланади. 70-80 % ҳолларда 5 йил мобайнида касаллик аломатлари йўқолгани сабабли бемор даволанган ҳисобланади. Касаллик қайталаниши кузатилганда аксарият ҳолларда юзага келганда иккинчи тўлиқ ремиссияга эришиш мумкин. Улар 35-65 % ҳолларда узок вақт яшаб кетиш эҳтимоли бўлган илик трансплантацияси ўтказиладиган беморлардир .

ХКК-10 • С91.0 Ўткир лимфобласт лейкоз • **С92** Миелоид лейкоз (миелолейкоз) • **С93.0** Ўткир моноцитар лейкоз.

ЛИМФОГРАНУЛЕМАТОЗ

Лимфогранулематоз (Хожкен касаллиги) - ўсма ҳужайраларининг лимфоретикуляр тизимдан келиб чиққан лимфатик тугунларнинг бирламчи шикастланиши билан кечадиган локал ёки диссеминацияланган пролиферациясидир.

2001 йил маълумотларига кўра 100.000 аҳолидан 2,2 киши ушбу хасталик билан оғриган.

Касаллик 15-30 ёшли кишиларда кўпроқ учраб, аёл ва эркакларда бир хилда кузатилади. Гистологик нодуляр склероз кўринишда бўлиб, нисбатан яхши кечади. Катта ёшдагиларда 50 ёшдан сўнг кўпроқ кузатилади ва аксарият ҳолларда эркаклар хасталанишади. Гистологик жиҳатидан аралаш-тўқима варианты кўпроқ кузатилади.

Касалликнинг **этиологияси** номаълум бўлиб, унга ирсий мойиллик сабаб бўлади деган назария (бир тухумли эгизаклардан бири касалланганда иккинчисида ҳам лимфогранулематознинг ривожланиш хавфи ошади) мавжуд. Хасталанишнинг маълум бир минтақада ва маълум вақтда учраши, касалликнинг келиб чиқишининг атроф – муҳит омилларига ҳам боғлиқ бўлиши мумкинлигини кўрсатади. Лимфогранулематознинг муайян қисмида Эпштейн-Барр вируси иштирок этиб, унинг нуклеотид кетма-кетлигини аралаш-тўқима варианты билан оғриган касалларнинг 60% да ва нодуляр склероз ва лимфоид ҳолдан тойган беморларнинг 30% да борлиги аниқланган. Лимфогранулематоз ривожланиш хавфи иммун танқислиги мавжуд беморларда ва аутоиммун касалликларда юқоридир.

Клиник манзараси. Лимфогранулематоз жараённинг бир лимфатик тугунлар гуруҳидан иккинчисига тарқалиши билан ажралиб туради ва клиник кечишида IV босқич фарқланади: ✦ I босқич – лимфа тугунларнинг бир гуруҳи ёки битта экстранодуляр аъзонинг локал шикастланиши ✦ II босқич – диафрагманинг бир томонида икки ва ундан ортиқ лимфа тугунларининг зарарланиши ✦ III босқич – диафрагманинг иккала томонида ҳам икки ва ундан ортиқ лимфа тугунларининг

шикастланишиланиши ✦ III₁ босқич – қорин бўшлиғининг юқори қисмидаги алоҳида лимфоид аъзоларнинг (талок, жигар дарвозаси лимфа тугунлари) шикастланиши ✦ III₂ босқич – қорин бўшлиғининг пастки ярмидаги лимфа тугунлари (парааортал, ёнбош, қатқорин) шикастланиши; шунингдек талок, қорин, жигар дарвозаси лимфа тугунлари шикастланиши мумкин ✦ IV босқич – патологик жараённинг экстранодал тарқалиши (масалан, суяк илиги, ўпка ва жигарнинг шикастланиши). Барча босқичлар А (белгисиз) ва В (тана вазнининг 70 % га камайиши, 38⁰ С дан юқори иситмалаш; тунги терлаш) турларга бўлинади.

- Касаллик босқичини аниқлаш қуйидаги тадбирларни ўз ичига олади ✦ Максимал анамнез тўплаш билан олиб бориладиган врач кўриги ✦ Гаптоглобин концентрациясини аниқлаш ✦ Кўкрак қафаси аъзоларини рентгенологик текшириш ✦ Кўкрак қафаси аъзолари, қорин ва думғазанинг КТ си ✦ Суяк илиги трепанобиопсияси.

- Лимфогранулематоз билан оғриган беморларда одатда лимфа тугунлари катталашади (зич жойидан жийдиган, пайпаслаганда оғриксиз). Одатда беморларнинг ярмида дастлаб бўйин ёки ўмров усти тугунлари шикастланади. Айрим ҳолларда хасталик ўчоғи кўкс оралиғининг лимфатик тугунларида жойлашади ва уни кўкрак қафаси аъзоларининг рентген ёки КТ текшируви ўтказишда тасодифан аниқланади.

Лаборатория текширувлари • Қоннинг умумий таҳлили (лейкоцитлар формуласини аниқлаш билан) – нейтрофил лейкоцитоз (беморларнинг тахминан 50 % да), лимфопения, эозинофилия (70 %), мўътадил нормохром нормоцитар камқонлик, ЭЧТ нинг ошиши, кеч босқичларида – панцитопения бўлиши мумкин • Қоннинг биокимёвий таҳлилида (α – глобулинлар ва гаптоглобиннинг ошиши).

Махсус текширувлар • Лимфатик тугунлар биопсияси • Кўкрак қафаси аъзолари рентгенографияси ва КТ • Қорин ва думғазанинг КТ ва ультратовуш текшируви • Диагностик лапаротомия (лимфатик тугунлар ёки жигар биопияси гистологик текширув учун) касаллик босқичларини аниқлаш ва диагноз қўйиш мақсадида.

Дифференциал диагностикаси • Лимфагранулематозга алоқадор бўлмаган лимфомалар • Лимфатик тугунларнинг бошқа йирик ўсмалар метастазлари билан ўтказилади.

Касалликни даволаш ихтисослаштирилган махсус бўлимларда олиб борилади. Унинг прогнози қайси босқичда аниқланиб, даво чоралари кўрилишига боғлиқ. Ўртача 55 – 60 % беморлар 5 йилдан кўпроқ умр кўрадилар.

ХКК – 10 • С81 Ходжкен касаллиги (лимфогранулематоз)

ОДАМ ИММУНТАНҚИСЛИГИ ВИРУСИ – ИНФЕКЦИЯСИ ВА ОРТТИРИЛГАН ИММУНТАНҚИСЛИГИ СИНДРОМИ

ОИВ – инфекцияси (ОИВ) – антропоноз вирусли инфекция бўлиб, унга иммун танқислигининг секин – аста зўрайиб бориши ва бунинг натижасида иккиламчи юқумли касалликлар ҳамда ўсмалар ривожланиши ҳамда бемор ўлими билан тугаши хосдир. Касалликнинг сўнгги босқичида иммун тизимида мутлақо орқага

қайтмас ўзгаришлар содир бўлиб, орттирилган иммун танқислиги синдроми (ОИТС) номи билан маълум. **Учраши:** ҳозирги пайтда ОИВ – инфекция билан оғриш пандемия характерини касб этиб, бу муаммо глобал фалокат даражасига етмоқда. Айрим маълумотларга кўра ер курраси аҳолисининг ҳар 100 тадан битта катта ёшлиси ОИВ – инфекцияни юқтирган. БМТнинг ОИТС тўғрисидаги ахборотларида инфекция 2000 йил бошига келиб 16,3 миллион инсон умрига зомин бўлган. Яна 33,6 миллион киши ОИВ ни юқтирган. Биргина 1999 йилда уни юқтирганлар сони 5,6 миллион кишига етган. Бутун дунёда, шу жумладан Ўзбекистонда ҳам ушбу касалликка чалиниш ҳоллари кўпаймоқда. Шунинг учун ҳам умумий амалиёт врачлари ОИВ – инфекцияси тўғрисида тўлиқ маълумотга эга бўлиши лозим.

Этиологияси. Кўзгатувчиси – *Retroviridae* оиласидаги вирус бўлиб, 56⁰ С да 30 минут ичида ўлади, аммо паст ҳароратга чидамли: Этанол, эфир, ацетон ва оддий дезинфекцияловчи воситалар таъсирида нобуд бўлади. Қонда ва бошқа биологик муҳитларда оддий шароитда бир неча кун давомида тирик қолади. Вируснинг 2 тури маълум • ОИВ – 1 Шимолий ва Жанубий Америка, Европа, Осиё, Марказий, Жанубий ва Шарқий Африкада тарқалган • ОИВ – 2 касаллик кўзгатувчанлиги пастроқ бўлган вирус; кам ҳолларда ОИТСнинг типик намоён бўлишига олиб келади; касалликнинг асосий кўзгатувчиси Ғарбий Африкада кенг тарқалган.

Эпидемиологияси. Юқиш манбаи – юқумли жараёнининг ҳар қандай босқичидаги бемор одам. Вирус қондан, спермадан, қин суюқлигидан, она сутидан (бу суюқликлар вируснинг ўтиш йўлини белгилайди), тупукдан юқади. Жинсий, парентерал, трансплацентар, она сути ўтиш йўллари бўлиб хизмат қилади. **Хавф гуруҳи** • Гомосексуал ва бисексуал эркаклар, фоҳишалар (43 %) • Вена орқали наркотик қабул қилувчи гиёҳвандлар (31 %) • Гетеросексуаллар (10 %) • Трансплантация қилинадиган аъзолар, қон ва унинг бошқа таркибий қисмлари, реципиентлар (2 %) • Гемофлияга чалинган беморлар (1 %).

Охирги вақтларда айниқса фоҳишалар орасида ОИВ – инфекциясига чалинганлар сони кескин ортиб бораётганлиги кузатилмоқда.

Классификацияси • I босқич – инкубация даври • II босқич – дастлабки аломатлар босқичи ✦ А фазаси – ўткир инфекция даври (мононуклеозсимон синдром) ✦ Б фазаси – белгисиз (латент) даври ✦ В фазаси – оғир, йириклашган лимфаденопатия даври • III босқич – иккиламчи касалликлар кўшилган босқич. Клиник белгиларига кўра қуйидаги босқичларга бўлинади ✦ А – тана вазнининг 10 % гача камайиши, тери устки қатламлари ва шиллик пардаларнинг замбуруғ, бактериал ёки вирус таъсирида шикастланиши ✦ Б – тана вазнининг 10 % дан кўп камайиши, тери ва шиллик пардаларнинг ёки ички аъзоларнинг қайталанувчи ва барқарор замбуруғли, бактериал ва/ёки вирусли шикастланиши, бир ойдан ортиқ сабабсиз ич кетиши ва иситмалаш, қайталанувчи ўраб олувчи темиртки, ўпка и, чегараланган Капоши саркомаси ✦ В – кахексия, ҳар хил этиологияли тарқалган инфекциялар, ўпкадан бошқа аъзоларнинг ҳам и, атипик микобактериоз, пневмоцист пневмония, қизилўнгач кандидози, марказий асаб тизими шикастланиши • IV – терминал босқич.

ПАТОГЕНЕЗИ

Касалликнинг патогенези мураккаб бўлиб, вирус таъсирида инсон организмида чуқур иммун ўзгаришлар содир бўлади.

КЛИНИК МАНЗАРАСИ

Инкубация даври (I – босқич) 2 – 6 ҳафтадан бир неча ойгача (аксарият ҳолларда) баъзан эса бир неча йил давом этади. Беморда касаллик белгилари кузатилмайди.

Илк белгилар даври (II босқичи) – касаллик белгиларининг тўлқинсимон клиник намоён бўла бориши • Ўткир инфекциянинг бошланғич А фазаси ✦ 15 % ҳолларда моноклеозсимон белгилар (ўткир ретровирус синдроми) ривожланиши: тана ҳарорати $38^{\circ} - 39^{\circ} \text{C}$ гача кўтарилади, тарқалган периферик лимфаденопатия кузатилади, фарингит ҳолати (томоқ оғриши, ютишда катарал ўзгаришлар), экзантема (эритематоз доғлар занжири юз ва танада, баъзида кафт ва товон соҳасидаги бармоқларда) ва қонда атипик моноклеарлар пайдо бўлади ✦ Бир вақтнинг ўзида оғиз бўшлиғи шикастланишлари – афтоз стоматит, эзофагит, жинсий аъзолар шиллиқ пардаларида яралар. Беморни бош оғриғи, миалгия ва артралгия, диспептик ҳолатлар (кўнгил айниши, қайт қилиш, ич кетиши) безовта қилиши мумкин ✦ Айрим беморларда тил оқариши, гепатоспленомегалия аниқланади. Оз ҳолларда А фазада тана вазни камайиши қайд этилади, неврологик бузилишлар: асептик менингит, менингоэнцефалит, нейро- ёки радикулопатия, невритлар ва парез каби ўзгаришлар кузатилади. ОИВ сабабли ўткир ёки нимўткир энцефалит юзага келиши мумкин. А фаза бир неча кундан 3 – 4 ҳафтагача давом этади • Клиник белгилар камайиши ёки йўқолиши билан (латент) Б фаза бошланади. У бир неча ойдан бир неча йилгача давом этиши мумкин. Бу фазада ҳали кўзга кўринарли иммун танқислиги кузатилмайди, диагнозни фақат лаборатория текширувида специфик Аг ёки АТ вирусларини аниқлаб қўйиш мумкин • Тарқалган лимфоденопатия – В фаза, касалликнинг қолган барча босқичларида сақланиб қолади. Тананинг юқори қисм (диафрагмадан юқорида) аъзоларидан камида учтасида лимфатик тугунлар шикастланган ҳолдагина ОИВга гумон қилиш мумкин. Катта ёшли беморларда лимфатик тугунлар диаметри камида 1 см., лимфаденопатия пайдо бўлиш давомийлиги эса 2 ойдан ортиқ бўлиши керак • Кўпчиликда илк клиник белгилар кузатилмай, ОИВ – инфекцияси иккиламчи касалликлар қўшилган даврига қадар латент кечади. II босқичнинг умумий давомийлиги 2 – 3 ойдан 8 – 10 йилгачадир.

Иккиламчи касалликлар даври (III) иммун танқислигининг ошиши, натижада инфекциялар ривожланиши ва айрим онкологик касалликлар пайдо бўлиши билан характерланади • А фазаси – озиш (вазнинг 10% гача), тери устки қатламлари ва шиллиқ пардаларнинг замбуруғ, бактериал ва/ёки вирус таъсирида зарарланиши (оддий ва ўраб олувчи герпес, себореяли дерматит, терининг йирингли шикастланиши, афтоз стоматит, кандидоз, тирноқларнинг замбуруғли шикастланиши ва бошқалар) кузатилиди • Б фазасида вазни йўқотиш 10% дан ошади, тери ва шиллиқ пардалардаги ўзгаришлар қайталанувчи ва барқарор бўлади. “Сабабсиз” ич кетиши қўшилиб, кунида 3 ва ундан кўпроқ марта ҳожатга чиқилади ва/ёки 1 ойдан ортиқ иситмалаш бўлади. Диарея этиологик жиҳатдан кўпроқ криптоспоридия ёки инсон учун унчалик патоген бўлмаган оддий микроблар билан боғлиқ. Бундан ташқари, беморда ўпка и, қайталанувчи ўраб

оладиган темирлатки, чегараланган Капоши саркомаси аниқланиши мумкин • В фазаси: кахексия, онкологик жараёнлар ривож (Капоши дессиминацияланган саркомаси, хавфли лимфомалар), марказий асаб тизими шикастланишлари (деменция, энцефалит, периферик полиневропатия ва бошқалар) кўшилади. Этиологияси бўйича ғоят турлича бўлган инфекциялар авж олиб кетади ва аксарият ҳолларда аралаш кўринишда кечади.

Терминал давр – бемор ўлимигача давом этади.

ОИВ – инфекция ва ОИТСга шубҳа бўлганда умумий амалиёт врачлари беморларни зудлик билан тегишли ихтисослаштирилган тиббиёт муассасасига юбориши лозим.

Ёндош касалликлар • Захм ОИВ инфицирланганларда оғирроқ кечади • касаллигига чалинган беморлар ОИВга текширилади ёки бундай имконият бўлмаганда ОИВ инфицирланган беморларда ни даволаш усули бўйича комплекс даволанади.

ТЕКШИРИШ УСУЛЛАРИ. Диагностика алгоритми: ИФА (ОИВга бирламчи АТ ажратиш мусбат) натижасида - иммуноблоттинг ташхисни тасдиқлаш учун. Иммуноблоттинг манфий натижасида қонни ПЗР усули бўйича реплицирланган вирусни аниқлаш мақсадга мувофиқ.

• Қаттиқ фазали ИФА ОИВга антителаларни аниқлайди.

✦ ИФА усулида АТ қонда зарарланган вақтдан тахминан 2 ойдан кейин аниқланади.

✦ Антигенемияни модифицирланган иммунофермент синамаси ёрдамида қон зардобидида р 24 А₂ аниқланади, кислота билан ишлов қилинганда иммунокомплекс парчаланиб Аг ажралиб чиқади.

• Вестерн – блоттинг (иммуноблоттинг) ОИВ – инфекциясини тасдиқлаш учун қўлланилади. Бу усул ёрдамида қон зардобидидаги специфик АТ аниқланади ва тасдиқловчи синама бўлиб ҳисобланади. Натижалар р 24, р 31, гр 41, гр 120 га АТ аниқлангандан сўнг мусбат саналади.

✦ Учта гуруҳдан 2 та антигенли реакция тавсия этилади. Р24, гр 41, гр 120/160 ноаниқ натижаларда тажриба 3 ва 6 ой ўтгач қайтарилади. р 24га қарши АТ юқтирилгандан 6 хафта ўтгач пайдо бўлади (р 120 ва гр 41 га қарши АТ олдинроқ топилади). АТ инфекциянинг бирламчи кўринишларида одатда йўқ бўлганлиги сабабли хавфлилиги юқори бўлган гуруҳга мансуб серонегатив беморлар 6 хафта ўтгач синамадан қайта ўтишлари зарур. Камдан кам ҳолатларда сероковерсия 1 йил ва ундан кўпроқ вақт ўтгач ривожланиши мумкин. р24 Аг синамаси 4-6 ойлик касаллик юқган 85-95% болаларда мусбат бўлади. Камроқ ҳолларда 4 ойдан кичик болаларда ҳам Аг топилади.

✦ ОИВ инфекциясининг охириги босқичларида серологик текширув натижалари ёлғон манфий бўлиши мумкин, бу АТ титрининг пасайиши ва сезгир иммунокомпитент хужайраларнинг умумий камайиши сабабли кўзгатувчининг бир қанча кичик популяцияларини шаклланиш даражаси ҳисобига бўлиши мумкин.

✦ АТ аниқлаш усули янги туғилган чақалоқларда ОИВ инфекциясининг диагностикасида яроқсиз ҳисобланади чунки она IgGси бола зардобидида бир ёшгача ва ундан кўпроқ бўлади.

● Муқобил текширув усуллари:

- ✦ Виремия ҳужайра култураси (экмасини) *in vitro* ва ПЗР усулида бемор қонида аниқланади.
- ✦ Вирусни *in vitro* ажратиш ва ПЗР генетик қўзғатувчиларини аниқлаш. Натижалар 35-55 % инфицирланган ёши бир хафталикдан кам бўлган чакалоқларда мусбат бўлади ва 90-100% 3-6 ойлик болаларда кузатилади.
- CD-4 лимфоцитлар миқдори камайишини аниқлаш.
- ✦ Лейкоцитлар фаоллик маркерини аниқлаш, масалан Т лимфоцитлар фаоллашганда ажраладиган (β_2 микроглобулин, ИЛ-2 эрийдиган рецептори, эрийдиган CD-8) ва моноцитлар фаоллашганда ажраладиган молекулар (неоптерин).
- ✦ β_2 миоглобулин ва миоптерин миқдорини доимий ошиб бориши симптоматик инфекцияни кучсиз ривожланишига хосдир. CD-4 ҳужайраларини миқдорини ва β_2 микроглобулин ёки неоптерин миқдорининг ошиши ёки CD4⁺ ҳужайралари камайиши ва Ag p24 нинг аниқланиши ОИТС ривожланишини башорат қилишга ёрдам беради.
- Токсоплазмозга серологик текшириш. 80% ҳолларда CD4⁺ ҳужайраларини 100/мкл. ва ундан кам миқдоригача камайгандан сўнг токсоплазмоз ривожланади.
- ОИВ мусбат аёлларда анал тешиги атрофидаги териси биопсияси, чунки улар ОИВ инфекция ривожланишига кўпроқ мойилдирлар.

ДАВОЛАШ

Олиб бориш тамойили

- Имкон борича олдин ўтказилган касалликлар ва уларни ривожланганлиги тўғрисида кўпроқ маълумот йиғиш.
- Беморнинг ҳар бир аъзо ва тизимларини чуқурроқ текшириш, бунда сабабсиз узоқ вақт иситмалаш, ич кетиш, тана вазнининг камайиши, аденопатия, оғиз бўшлиғида яралар, дисфагия, йўтал, нафас олиш сонининг кўпайиши, ҳаракатда ҳансираш, теридаги тошмалар, синуситлар мавжудлигига эътибор бериш.
- Текширишлар сони беморнинг клиник кўриниши, руҳий ҳолати ҳамда иммун тизим функцияси ва дори воситаларининг салбий таъсирларини назорат қилиш заруриятига кўра аниқланади.
- Беморнинг врачга кейинги ташрифи вақтида барча аъзолар тўлиқ ва синчиклаб физикал текширувдан ўтказилади.
- Т-хелперлар миқдори касаллик босқичига қараб ҳар 3-6 ойда кузатиб борилади.
- Қўзғатувчининг репродукция фаоллиги сифатли ПЗР орқали аниқланади.
- ОИВ инфицирланган аёлларда бачадон бўйни раки ривожланиш хавфи ошиши кузатилади. Ҳар 6 ойда ёки ундан тезроқ Папаниколау буйича суртмалар олиш зарур.

Этиотроп даволаш ● Тез ривожланувчи резистентликни олдини олиш учун бир вақтда иккитадан кам бўлмаган дори қўлланилади. Дори воситаларини кўплаб ножўя таъсирларини ҳисобга олиш лозим.

- ОИВ қайта транскриптаза ингибиторлари ♦ Зидовудин 500-1500 мг/кунда 4-6 марта. CD-4⁺ ҳужайраларини >500/мкл.; ҳомиладор ОИВ серопозитив аёлларга (ҳомиладорликнинг 14 ва 34 чи хафтаси орасида), ОИВ билан зарарланган

одамларга (масалан игна билан укол қилинганда), ОИВ инфицирланган оналардан туғилган 6 ҳафтагача бўлган болаларга тавсия этилади. Кучли нейтропенияда, Нв концентрацияси пасайганда қарши кўрсатма ҳисобланади. Даволашнинг биринчи 3 ой давомида ҳар икки ҳафтада қонни текшириш тавсия этилади, сўнгра бир ойда бир марта текшириш лозим.

◆ Залцитабин бир кунда 3 марта 0,75 мг.дан; касалликнинг охирги босқичларида тавсия этилади. (Зидовудин самарасиз ёки кўтара олмаганда монотерапия ёхуд зидовудин билан биргаликда). Ножўя таъсири ривожланганда (анемия ва нейтропенияда) дори воситаси берилмайди ёки даволаш схемаси ўзгартирилади. Переферик невропатияда, панкреатит, сурункали юрак етишмовчилиги, кардиомиопатияларда ўта эҳтиёткорлик билан қўлланилади. Даволаш давомида қоннинг умумий таҳлили ва биохимик текширувлари тавсия этилади ◆ Диданозин ҳар 12 соатда овқатдан 30 минут олдин 125-200 мг.дан берилади. Азидотимидин билан биргаликда самарали. Ножўя таъсири: панкреатит, кўнгил айниши, қайд қилиш, қориндаги оғриқлар, диспепсия, переферик невропатия ва бошқалар. Панкреатит белгилари юзага келганда даволанишни тўхтатиш лозим. Анамнезида панкреатит бўлганда, спиртли ичимликлар суистеъмол қилинганда, буйрак функцияси бузилганда эҳтиётлик билан қўлланилади. Таркибида магний ёки алюминий бўлган антацидлар ножўя таъсирни кучайтиради. Тетрациклин билан бир вақтда бериш тавсия этилмайди.

● Протеаза ингибиторлари (қайта транскриптаза ингибиторлари билан қўлланилганда самарали) ◆ Саквинавир кунда 3 марта 600 мг.дан. 13 ёшгача бўлган болаларга тавсия этилмайди. Ножўя таъсирлари: бош оғриғи, миалгия, тошмалар, қичишиш, оғиз бушлиғи шиллик қавати яралари, кўнгил айниш, ич кетиш ва бошқалар. Жигар ва буйрак зарарланганда эҳтиётлик билан қўлланилади. Зардобда дори концентрациясини кетоконазол оширади, рифампицин эса пасайтиради ◆ Индинавир кунда 800 мг.дан 3 маҳал берилади. Жигар етишмовчилигида, нефролитиазда кетоконазол билан биргаликда кунда 600 мг.дан уч маҳал буюрилади, болаларга тавсия этилмайди. Дори воситаси ичилганда кунда 1,5 л.дан кам бўлмаган суюқлик ичиб туриш лозим. Нефролитиаз белгилари пайдо бўлишини текшириб туриш зарур.

Ко-тримоксазол, флукозанозол, изониазид, кларитромицин, перорал контрацептивлар билан бирга қўлланилиши мумкин. Рифампицин билан бирга тавсия этилмайди.

Оппортунистик инфекциялар профилактикаси

● Зотилжамлар, *Pneumocystis carinii* билан чақирилган, – анамнезда пневмоцистоз бўлган барча беморларга; $CD4^+$ ҳужайралар $< 200/\text{мм}^3$ (катталарда) ёки ноаниқ генезли иситмалашда ва кандидозда ◆ Танлов воситаси – ко-тримоксазол (18,75 – 25 мг/кг. сульфаметоксазол, 3,75-5 мг/кг. триметопримлардан ҳар 6 соатда) зидовудин билан бирга қўлланганда доим қонни текшириш зарур ◆ Бемор ко-тримоксазолни кўтара олмаганда ёки резистентликда – дапсон, ичишга.

● Зотилжамлар *Streptococcus pneumoniae* билан чақирилганда – пневмококкли зардоб (пневмо 23) ҳар 5 йилда.

● Гриппли инфекцияда А ва В тур вируслар билан чақирилганлари – гриппга қарши ҳар йилги эмлаш.

- Криптококкли менингит – касалликнинг фаол турини даволаш учун амфотерицин В, бирламчи профилактикаси ёки рецидивларини олдини олиш учун флуконазол.
- Церебрал токсоплазмоз – пириметамин ва сульфадиазин натрий (ёки клиндамицин); бирламчи профилактика учун ко-тримоксазол.
- Микобактерияли инфекцияда ♦ *Mycobacterium tuberculosis* билан чақирилган инфекция, – изониазид бир йил давомида ҳар кун ♦ *Mycobacterium avium-intracellulare* билан чақирилган инфекцияда, – рифампицин (ОИТС белгилари бўлган ёки CD4⁺-ҳужайралар < 200/мм.³ дан камайган беморларда).
- ЦМВ – хориоретинитда – ганцикловир.
- Болалардаги бактерияли ва вирусли суперинфекцияларда – ойига бир марта в/и иммуноглобулин (этиотроп терапия олмайдиган, инфицирланган болаларга).

Кечиши ва прогнози. Белгиларсиз даврдан сўнг 80-100% беморларда симптоматик ОИВ инфекция ривожланади, 50-100% га яқин беморлар яққол клиник ОИТС ривожланишига маҳкумдирлар. ОИВ инфекцияни ОИТСга ўтгандан сўнг ҳаёт давомийлиги 2-3 йилдан ошмайди. CD4⁺- лимфоцитлар миқдори 200/мкл. дан камаймагунча ОИТС (оппортунистик инфекциялар ҳам) кўпинча ривожланмайди. ОИВ инфекцияда Т-хелперлар сони 50-80/мкл/йил тезлик билан камаяди, айниқса 200/мкл. га етганда улар сони жуда тез пасаяди.

Профилактикаси ● Жамиятни никоҳсиз жинсий алоқалар, фоҳишабозлик, гомосексуализмга бўлган муносабатини ўзгартириш ● Ёшларда ахлоқ, маъсулият ва гигиеник кўникмаларни шакллантирилиши ● Аҳолига тўғри жинсий муносабатларни ўргатиш: жинсий шериклар сонини чегаралаш ва презервативлардан фойдаланиш ● Тиббий муассасаларда шприцларни, игналарни ва қолган асбобларни ишлатиш қодалари ва стерилизацияни тўғри бажариш ● Гиёҳвандликка қарши курашиш. Гиёҳвандлик воситаларини в/и қабул қилувчи наркоманлар қайта аниқланган ОИВ инфицирланганлар орасида асосий қисмни ташкил этади ● ОИВ – инфекцияси ва ОИТС олдини олишда умумий амалиёт врачлари фаолияти алоҳида ўрин тутишини унутмаслигимиз лозим.

ХКК-10 ● **B20** ОИВ келтириб чиқарган, юқумли ва паразитар касалликлар кўринишида кечувчи касаллик ● **B21** ОИВ келтириб чиқарган, ёмон сифатли ўсмалар кўринишида кечувчи касаллик ● **B22** ОИВ келтириб чиқарган, бошқа аниқланган хасталиклар кўринишида кечувчи касаллик ● **B23** ОИВ келтириб чиқарган, бошқа ҳолатлар кўринишида кечувчи касаллик ● **B24** ОИВ келтириб чиқарган, аниқ бўлмаган касаллик.

СИЙДИК ЧИҚАРИШНИНГ БУЗИЛИШИ

СИЙДИКНИНГ СУСТ ОҚИШИ

ЭТИОЛОГИЯСИ

- 60 ёшдан ошган эркекларда энг кўп учраш сабаблари – простата безининг катталашуви (гиперплазия ёки рак).
- Сийдик йўли стриктураси (камдан – кам ҳолларда).
- Қовуқ нейроген дисфункцияси сабабли сийдик ҳайдовчи мушаклар фаоллигининг пасайиши – орқа мия жароҳати ёки бошқа патологияси сабабли, диабет натижасидаги невропатияларда ёки ангиопатия.

ТЕКШИРУВЛАР

- Простата безини пайпаслаш (ректал).
- Сийдик тутилишини аниқлаш учун қовуқни пайпаслаш ва перкуссия қилиш (қовуқ катталашуви).
- Қолдиқ сийдик миқдорини аниқлаш: сийдик чиқаргандан сўнг УТТ (ёки бир марталик катетеризация).
- Агар қовуқни катетерлаш қийин кечса, сийдик йўли стриктураси борлиги эҳтимолдан ҳоли эмас.
- Урофлоуметрия – шифохона ёки амбулатория шароитида ўтказиш мумкин. Сийдик оқимининг ҳажмий тезлиги дастлабки тез тиббий ёрдам кўрсатилган пайтда биринчи 100 мл. сийдикни чиқаришга кетган вақтни ўлчаш орқали сон жиҳатдан аниқланади.
 - ✦ 12 секунддан камроқ – сийдикнинг меъёр оқими.
 - ✦ 12 – 16 секунд – сийдикнинг патологик оқими.
 - ✦ 16 секунддан юқори – аниқ ифодаланган патология (простата безининг гиперплазиясида – хирургик йўли билан даволашга юбориш керак).
- Шунингдек сийдикнинг умумий таҳлили ўтказилиб, қон таркибида глюкоза миқдорини аниқлаш. Соматик касалликни олдини олиш мақсадида кардиолог ва невролог билан маслаҳатлашиш лозим.

СИЙДИК ТУТИЛИШИ

АСОСИЙ ҚОИДАЛАР

- Беморда ўткир симптоматик сийдик тутилиш ҳолати содир бўлганда уни дарҳол (шифохонада) даволаш керак.
- Сийдик кўп миқдорда тутилиб қолганда (700 мл.дан кўпроқ) доимий катетер ўрнатиш, қовуқни такрорий катетеризация ва цистостомия қилиш.
- Беморлар қабул қилаётган дори воситаларни сийдик тутилишининг (потенциал) сабаби сифатида қараш лозим (холино блокаторлар).

КЛИНИК МАНЗАРАСИ

- Қориннинг пастки қисмида оғриқ (кўпинча секин ривожланаётган сийдик тутилишида кўзга ташланмайди).
- Парадоксал ишурия ёки сийдик чиқаришнинг тезлашуви.
- Пайпаслаш ва перкуссия пайтида қовуқнинг катталашганини аниқлаш.

ЭТИОЛОГИЯСИ

- Простата безининг гиперплазияси (бемор ёши, ректал текширув, УТТ), простата раки.
- Хирургик операциядан кейинги ҳолат.
- Уретра стриктураси.
- Уретра шиллиқ пардасининг тушиши ёки аёлларда бачадон пролапси.
- Нейроген сабаблар (орқа мия жароҳати/шикастланиши, умуртқа поғонаси чурраси, тарқоқ склероз, қандли диабет, невропатия, алкоголь ёки захарли моддалар келтириб чиқарган невропатия).
- Функционал сабаблар (оғриқ, безовталаниш, атроф-муҳитнинг паст ҳарорати).
- Дори воситалари (адреномиметиклар, антихолинергик препаратлар, трициклик антидепрессантлар).

ДАВОЛАШ

- Ўткир ҳолларда умумий амалиёт врачлари тез ва бирламчи ёрдам кўрсатиб, қолган муолажаларни уролог билан ҳамкорликда олиб боради.
- Мабодо физикал текширув пайтида қовуқ катталашуви кўзга ташланмаса, даволашдан олдин ундаги сийдик ҳажмини баҳолаш учун УТТ ўтказиш зарур (агар уни шошилиш ўтказиш имконияти бўлса).
- Бир марталик катетеризация қуйидаги ҳолларда қилинади:
 - ✦ Кам миқдордаги сийдик тутилиб қолганда.
 - ✦ Сийдик тутилиши операциядан кейинги даврда юз берган, охириги марта сийдик чиқарилгандан сўнг 6 соат вақт ўтган ва сийдик ҳайдовчи дориларсиз усуллар, шунингдек, аналгезия воситаларини қўлланишга қарамай бемор сийдик чиқара олмаётган бўлса.
- Қовуқ цистостомияси илк чора сифатида қуйидаги ҳолларда тавсия этилади:
 - ✦ Кўп миқдорда сийдик тутилиб қолиши (УТТ маълумотига кўра 700 мл.дан ортиқ ёки физикал текширув пайтида қовуқ шиши киндиккача бориб қолса);
 - ✦ Бемордаги уретра стриктураси.
 - ✦ Катталашган простата беши катетеризацияда илгари қийинчилик келтириб чиқарган бўлса.
- Бемор ўзи мустақил қайта сийдик ажратганда ва қолдиқ сийдик миқдори 200 мл.дан кам бўлган тақдирда цистостом катетер олиб ташланиши лозим.
- Катетеризация учун анатомик тўсиқлар бўлмаганда доимий икон катетер ўрнатиб кўп миқдорда сийдик тутилиб қолишини даволаш мумкин. Бундай катетерни 3 кун давомида олиб ташлашга ҳаракат қилиш лозим.
- Бутун сийдик ҳажмини бирданига чиқариш керак. Қовуқнинг ортиқча чўзилиши оқибатида келиб чиққан шиллиқ парданинг майда узилишлари туфайли сийдикнинг сўнгги қисмида қон аралашмаси бўлиши мумкин.

ДОРИЛАР БИЛАН ДАВОЛАШ

- Уролог белгилайди.
- Операциядан кейинги даврда сийдик тутилиб қолганда холинергик препаратлар қисқа даволаш курсида фойдали бўлиши мумкин (масалан, карбахол 2 мг.дан кунига 3 маҳал).

- Простата беги гиперплазияси оқибатида сийдик тутилиши юз берганда тамсулозин кўллаш мумкин. Даволаш қолдиқ сийдик ҳажми ва касалликнинг асосий белгилари динамикасини диққат билан назорат қилишни талаб этади.

- Уросептиклар 5 – 7 кунлик курслар билан.

Хирургик даволашга кўрсатмаларни уролог ҳал қилиши керак.

КЕЙИНГИ ТЕКШИРУВЛАР

- Ҳамма беморларда сийдик таҳлилини ўтказиш зарур.

- Агар сийдик тутилиши биринчи марта содир бўлиб, хавф омиллари мавжуд бўлса, масалан алкоголь таъсири, атроф муҳитнинг паст ҳарорати, бемор операциядан кейинги даврни бошидан кечираётганлиги ёки ўткир касаллик пайтида тўшакда ётган бўлса, у ҳолда бошқа текширувлар ўтказилмайди.

- Ҳеч қандай сабабсиз сийдик тутилганда ва сийдик тутилишининг қайта такрорланиш ҳолатларида кейинги лаборатория кўрсаткичларини аниқлашга кўрсатмалар: зардоб креатинини даражаси, қонда глюкоза. Агар креатининнинг кўпайиши сийдик тутилишига боғлиқ бўлса, у бартараф қилингандан сўнг тез меъёрга келади (2 – 3 кун давомида).

- Мутахассис маслаҳати (цистоскопия, хирургик операцияга кўрсатмалар) сийдик кўп маротаба тутилганда керак бўлади.

ЭСЛАТМА

Беморда фақат сийдик тутилиши бўлганда анурия тўғрисида ҳам ўйлаш керак.

КЕКСА ЁШДАГИ БЕМОРЛАРДА СИЙДИК ЙЎЛЛАРИ ИНФЕКЦИЯСИ

АСОСИЙ ҚОИДАЛАР

- Умумий монанд даволашни таъминлаш.

- Сийдик тутолмасликнинг олдини олиш.

- Сийдик йўллари обструкциясида (простата беги гипертрофиясида) қолдиқ сийдик миқдорини аниқлаб диагноз қўйиш.

- Белгиларсиз кечадиган инфекцияларни бемор хавф гуруҳларидан бирига киритилганда даволаш.

СТАТИСТИК МАЪЛУМОТЛАР

- Кекса ёшдаги беморларда сийдик йўллари инфекцияси 5 – 6% эркакларда ва 15 – 30% аёлларда кузатилади.

- Хавф омиллари:

- ✦ Сийдик чиқишининг бузилиши (эркакларда простата беги гипертрофияси, аёлларда ички жинсий аъзоларнинг пастга тушиши).

- ✦ Қандли диабети бўлган беморлардаги нейроген қовук.

- ✦ Шахсий гигиена қоидаларига риоя қилмаслик.

- ✦ Такрорий антибактериал терапия курслари.

- ✦ Шиллиқ пардаларнинг осон зарарланиши.

КЛИНИК МАНЗАРАСИ

- Аксарият ҳолларда специфик бўлмаган ўзгаришлар: мўлжал олиш бузилиши, бош айланиши, кўнгил айнаши, қониқарсиз умумий ҳолат, бошқа мавжуд касалликларнинг (қандли диабет, юрак хасталиклари) зўрайиши.
- 40 % ҳолларда сийдик йўллари зарарланишининг яққол белгилари: дизурия, поллакиурия.
- Кўпинча сийдикни тута олмаслик ҳолати.

ТЕКШИРУВ

- Аёлларда тез – диагностика учун индикатор қоғозлар қўллаш ва бактериологик текширув ўтказиш кифоя. Антибиотикларга микрофлора сезувчанлигини аниқлаш даволашдан сўнг инфекция қайталанган тақдирда ўтказилади.
- Иситма билан ўтадиган инфекцияларда қон зардобида С – реактив оқ микдорини аниқлаш керак.
- Эркакларда простата безини пайпаслаб кўриш, қолдиқ сийдик микдорини ўлчаш ҳамда қон зардобида ПСА ва креатинин концентрациясини аниқлаш лозим.

ДАВОЛАШ

- Белгисиз бактериурияда ҳар доим ҳам даво қилинавермайди. Даволашга оид кўрсатмалар қуйидагилар:
 - ✦ Қандли диабет;
 - ✦ Сийдик йўллари тузилиши аномалияси;
 - ✦ Қолдиқ сийдик борлиги.
- Илк бор аниқланган бактериурияда антибактериал терапия курси юқорида санаб ўтилганлардан ташқари, беморларнинг бошқа гуруҳларида ҳам ўтказилиши мумкин.
- “Зарбали” қисқа муддатли терапия буюрилмайди.
- Клиник аломатлари енгил инфекцияларда: триметоприм 160 мг.дан кунига 2 маҳал 5 кун давомида ёки 300 мг.дан бир марта 5 кун давомида, нитрофурантоин 75 мг.дан кунига 2 маҳал 5 кун давомида (агар буйраклар фаолияти бузилмаган бўлса, уни буюриш мумкин), цинноксацин 500 мг.дан кунига 2 маҳал 5 кун давомида тайинланади.
- Аниқ клиник белгилари бўлган инфекцияларда (иситмалаш, беморнинг оғир умумий ҳолати, С – реактив оқ даражасининг юқорилиги) цефалоспоринлар (масалан, цефуроксим венага юборилади), ко – тримоксазол, хинолонлар буюрилади.

ПРОФИЛАКТИКАСИ

- Аёлларга маҳаллий ҳамда умумий терапия кўринишидаги эстрогенлар буюрилиши мумкин.
- Шунингдек простата беши ва гинекологик касалликларга эътиборни қаратиш ҳамда олдини олиш.
- Имкон қадар қовуқ катетеризациясини ўтказмаслик.
- Қандли диабетли беморларни доимий назорат қилиш.
- Умумий профилактик чоралар – ёш беморларга ҳам тааллуқли:
 - ✦ Бошқа касалликлар туфайли монелик бўлмаганда (кунига 2 л.дан кўпроқ калориясиз суюқлик) диурезни кучайтириш.

- ✦ Кундузи тез – тез 3 соат оралиғида сийиш.
- ✦ Шахсий гигиенага риоя қилиш.
- ✦ Беморнинг илтимосига кўра посткоитал профилактик восита сифатида 160 мг.дан триметоприм тайинлаш мумкин.

СИЙДИК ЧИҚАРИШ ТИЗИМИ ИНФЕКЦИЯЛАРИНИ ДАВОЛАШ

АСОСИЙ ҚОИДАЛАР

- Даволаш аниқланган инфекция турига мувофиқ олиб борилиши керак.
- Сийдик чиқаришнинг обструктив бузилиши гумон қилинганда сийдик тизими инфекциясининг биринчи намоён бўлишидан кейин уролог маслаҳати зарур.
- Асоратсиз циститнинг клиник белгилари билан илк бор мурожаат қилган аёлларни фақат анамнез асосида, лаборатория текширувларисиз даволаш мумкин.

СИЙДИК ТИЗИМИ ИНФЕКЦИЯЛАРИНИНГ НАМОЁН БЎЛИШИ

- Сурункали яширин бактериурия.
- Аёл уретраси синдроми.
- Сийдик чиқариш тизимининг ўткир инфекцияси: даволаш жойи – амбулатория шароитида ёки шифохонада.
- Ўткир пиелонефрит.
- Сийдик йўллариининг қайта инфекцияси.
- Сурункали пиелонефрит.
- Махсус гуруҳлар: болалар, ҳомиладор ёки эмизикли аёллар, кексалар, простатитга учраган эркеклар.

СУРУНКАЛИ ЯШИРИН БАКТЕРИУРИЯ

- 0,5 % дан камроқ эркекларда, 1 – 4% қиз болаларда, 5 – 10 % аёлларда.
 - Қуйидаги хавфли гуруҳларига мансуб беморларни скрининг текширувидан ўтказиш шарт:
 - ✦ Келиб чиқиши номаълум иситмалаш ёки 6 ёшдан кичик болаларда бошқа клиник белгилар;
 - ✦ Ҳомиладорлик;
 - ✦ Қандли диабет;
 - ✦ Иммуниетет танқислиги.
 - Хавфли гуруҳдаги беморларни сийдик чиқариш тизимининг ўткир инфекциясидаги каби даволаш керак.
 - Белгисиз бактериуриянинг дастлабки кўринишида кекса ёшдаги беморларни сийдик тизимининг ўткир инфекциясидаги каби чоралар кўриш лозим. Касаллик қайталанганда (1 йил давомида) даволашга ҳожат йўқ.
 - Болаларда кейинги текширувлар ўтказилиши (мутахассис ҳузурига юбориш) зарур. Уларда 20 – 50% ҳолларда сийдик чиқариш йўллари тизими аномалияси борлиги аниқланади.
- ### **УРЕТРАЛ СИНДРОМ**
- Аниқ сабаблари номаълум.

- Дизурия, сийдик ажратиш сонининг кўпайиши, ундаги қийинчиликлар, лекин бактериурия йўқ ёки кам (1 мл. сийдик таркибида 100-10 000 бактериурия).
- Пиурия ёки ўртача бактериурия аниқланган беморда цистит диагнози қўйилади.
- Агар пиурия мавжуд бўлиб бактериурия аниқланмаса, хламидияларга текшириш учун (айниқса ўсмир ёшидаги беморларда) сийдикдан намуналар олиш керак.
- Сийдик чиқариш йўлининг чиқиш тешигини кўздан кечириш ва чанок суягини текшириш лозим.
- Даволаш: триметоприм – 160 мг.дан кунига 2 маҳал 5 кун давомида ёки 300 мг.кунига 1 маҳал 5 кун давомида ёки нитрофурантоин – 75 мг.дан кунига 2 маҳал 5 кун давомида.
- Баъзи беморларда эмепроний бромид ёки оксипропиперидин самаралидир.
- Эстроген дори воситалари билан даволаш аёлларда постменопаузал даврда яхши самара бериши мумкин.
- Хламидиоз тетрациклин ёки эритромицин унумлари билан 10 – 14 кун давомида даволанади; шу ўринда жинсий шерикни ҳам даволаш мақсадга мувофиқ ҳисобланади.
- Агар инфекция аниқланмаган бўлса, гинекологик текширув ўтказиш ёки беморни урологга юбориш керак (уретра цистоскопияси ва/ёки дилатацияси фойдали бўлиши мумкин).

АМБУЛАТОРИЯ ШАРОИТИДАГИ БЕМОРЛАРДА ЎТКИР ИНФЕКЦИЯ

- Фақат сийдикдан намуна олингандан кейин даволаш бошланади.

ПАСТКИ СИЙДИК ЙЎЛЛАРИ ИНФЕКЦИЯСИ

- Даволаш давомийлиги кўпи билан 3 – 5 кунни ташкил этади; агар касаллик аломатлари узоқ вақт давом этмаса, қисқа муддатли даволаш курсини ўтказиш кифоя. Агар белгилар сақланиб қолса, уролог ва гинеколог маслаҳатига юбориш зарур.
- Биринчи қатордаги антибиотикларни танлашда (жадвал) бактериялар чидамлилигини эътиборга олиш керак.

Жадвал. Амбулатория шароитидаги беморларда сийдик тизими ўткир инфекциясини антимиқроб усулда даволаш

Дори воситаси		Дозалар	Эслатмалар
1	Триметоприм	160 мг.дан кунига 2 маҳал 5 кун давомида ёки 300 мг.дан кунига 2 маҳал 5 кун давомида	

	Нитрофуран-тоин	75 мг.дан кунига 2 маҳал 5 кун давомида	Буйракда камчилик бўлса қўлланилмайди
	Пивмелинам	200 мг.дан кунига 3 маҳал 5 кун давомида	
	Циноксацин	500 мг.дан кунига 2 маҳал 5 кун давомида	
2	Норфлоксацин	400 мг.дан кунига 2 маҳал 3 кун давомида	
	Эноксацин	200 мг.дан кунига 2 маҳал 3 кун давомида	
	Цефалексин	500 мг.дан кунига 2 маҳал 5 кун давомида	
	Цефадрок	500 мг.дан кунига 1 маҳал 5 кун давомида	
	Фосфомицин	3г.дан кунига 1 маҳал 1 кун давомида	
3	Ципрофлоксацин	250 мг.дан кунига 2 маҳал 7 кун давомида (500 мг.дан кунига 2 маҳал оғир инфекция пайтида)	Кўк йиринглатувчи таёқча ва бошқа полирезистент бактериялар

• Қандли диабет ёки сийдик тизими аномалиялари: даволаш давомийлиги 5 – 7 кунни ташкил этади, дорини танлаш юқоридаги жадвалга асосланилади. Дори терапияси тугагандан сўнг соғайиш жараёнини назорат қилиб туриш муҳим аҳамиятга эга.

ПИЕЛОНЕФРИТ

- Хавф омиллари: сийдик – тош касаллиги, ҳомиладорлик, кексайганлик, қандли диабет, иммунитет танқислиги.
- Цефалоспоринлар (масалан, цефуросим 750-1500 мг.дан кунига 3 маҳал) ёки цефалоспоринлар аминогликозидлар, фторхинолонлар, табиий ва ярим синтетик пенициллинлар билан бирга.
- Умумий ҳолати қониқарли бўлган беморларни перорал цефалоспорин ёки ципрофлоксацин дориларини қўллаган ҳолда амбулатория шароитида даволаш мумкин.
- Асоратсиз пиелонефритни даволаш муддати 10 – 14 кунни ташкил этади.

БУЙРАК ЕТИШМОВЧИЛИГИ

- Цефалексин, цефадрок, амоксициллин, пивмециллинам.
- Оғир буйрак етишмовчилигида дори препаратининг дозаси камайтиради.

ҲОМИЛАДОРЛИК

- Даволаш муддати 5 кунни ташкил этади ва соғайиш жараёни назорат қилиб турилади.

✦ Пивмециллинам 200 мг.дан кунига 3 маҳал (ҳомиладорлик даврида мециллинамлар билан такрорий даволаш курсларини ўтказмаслик лозим, чунки пивмециллинам қон зардоби таркибида карнитин миқдорини пасайтиради).

✦ Нитрофурантоин 75 мг.дан кунига 2 маҳал.

✦ Биринчи авлод цефалоспоринлари (масалан, цефадрок 500 мг.дан кунига 2 маҳал ёки цефалексин 500 мг.дан кунига 3 маҳал).

УРОЛОГ МАСЛАҲАТИ

• Урологнинг қайта маслаҳати шарт:

✦ Агар дори терапиясидан сўнг беморларда инфекция белгилари сақланиб қолса;

✦ Юқори сийдик йўллари инфекциясининг барча ҳолларида;

✦ Хавф гуруҳидаги беморларнинг барчасида (қандли диабет, буйраклар касаллиги, ҳомиладорлик) дори терапияси тугагандан сўнг 3 – 7 кун ўтгач.

• Урологнинг такрорий маслаҳати шарт эмас:

✦ пастки сийдик йўллари асоратсиз инфекциясида.

ЎЗ – ЎЗИНИ НАЗОРАТ ҚИЛИШ

• Инфекция қайталаниб, сийганда сийдик йўлида ачишиш юзага келганда, айниқса жинсий алоқадан кейин (кўпроқ ёш аёлларда) бемор қуйидагиларни қабул қилиши керак:

• Триметоприм 300 мг.дан, ко-тримоксазол (2 та таблетка катта дозада) ёки нитрофурантоин 75 мг.дан кунига 2 маҳал 2 кун давомида касалликнинг илк аломатлари юзага келгандан кейин. Агар ўтказилаётган даволаш курси самара бермаса, уни (3 – 5 кун) давом эттириш керак бўлади.

ШИФОХОНАДАГИ БЕМОРЛАРДА СИЙДИК ТИЗИМИ ЎТКИР ИНФЕКЦИЯСИ

• Этиологияси: турлари *Klebsiella*, *Proteus* ва *Pseudomonas*.

• Сульфаниламид, тетрациклин, шунингдек триметоприм дори воситаларини буюрмаслик керак.

• Инфекцияни тор таъсир доирасига эга бўлган: нитрофурантоин, цинноксацин каби антибиотиклар билан даволаш зарур.

ҚАЙТАЛАНГАН ИНФЕКЦИЯЛАР

• Юқоридаги штаммлар: олдинги инфекциядан 1–3 ҳафта ўтгач (рецидив/қайталаниш).

• Янги штаммлар: олдинги инфекциядан 1 – 2 ой ўтгач (реинфекция).

• Уродинамик бузилишлар – кам учрайдиган сабаб, бундай беморларнинг 3–6% жиддий урологик даволанишга муҳтож бўлишади.

• Тез – тез қайталаниш ҳолларида уролог ва гинеколог маслаҳати (УТТ, қолдик сийдик миқдорини аниқлаш, цистоскопия ҳамда заруриятга қараб урография) керак бўлади.

• Профилактикага оид муҳим умумий чоралар:

✦ Ортиқча диурезни таъминлаш (кунига 2 л. дан кўпроқ ҳажмдаги калориясиз суюқликлар ичиш).

✦ Қовукни тез – тез бўшатиш (кун давомида ҳар 3 соатда ва жинсий алоқадан сўнг).

- ✦ Шахсий гигиенага риоя этиш.
- ✦ Зарурат туғилганда посткоитал дори профилактикаси 160 мг.триметоприм.
- ✦ Совуқ қотишнинг олдини олиш.
- Дизурия пайдо бўлгандан кейин бемор 3 кунлик дори терапиясини бошлаши мумкин (триметоприм, хинолон, нитрофурантоин). 1 ҳафтадан сўнг сийдикнинг ўртача порциясидан таҳлил қилиш учун намуна олиниши керак.
- Тез – тез қайталанувчи ва касалликка мойиллиги юқори бўлган беморлар профилактик дори терапиясини олишлари зарур: ҳар куни, ёки ҳафтада 3 кун 3, 6 ёки 12 ой давомида.
- Узоқ муддатли профилактикага оид кўрсатмалар (3 – 6 ой, баъзан ундан ҳам кўпроқ):
- ✦ Буйраклар шикастланишида ёки сийдик йўллари аномалиясида.
- ✦ Вақти – вақти билан катетеризация (касаллик доимий бўлса, катетер билан узоқ муддатли профилактика самара бермайди).
- ✦ Ҳомиладорлик.
- ✦ Айрим ҳолларда ҳаёт сифатининг бузилиши (такрорий инфекциядан кўрқиш, ишдаги ижтимоий муаммолар).
- Дорилар билан даволаш: триметоприм кунига 100 мг., нитрофурантоин кунига 75 мг., циноксацин кунига 500 мг., норфлоксацин кунига 200 мг.

СУРУНКАЛИ ПИЕЛОНЕФРИТ

- Хавф омиллари: ривожланиш аномалияси, сийдик – тош касаллиги, ҳомиладорлик, сийдик йўли рефюкси, инфекциялар, анальгетикларни қабул қилиш.
- Бактериурия айрим беморлардагина аниқланади.
- Сийдик таҳлилларини мунтазам равишда назорат қилиб туриш керак; касалликнинг клиник белгилар билан зўрайишини микрофлоранинг антибиотикларга таъсирчанлигини аниқлаш натижаларига мувофиқ даволаш лозим. Фақат сурункали пиелонефрит мавжудлиги узоқ муддатли дори терапиясини тайинлаш учун кўрсатма ҳисобланмайди.
- Сийдикнинг ўртача порциясидан олинган намуналарни ҳар 3-4 ойда назорат қилиб бориш керак.

ҚЎШИМЧА МАЪЛУМОТЛАР

- Ҳомиладорлик давридаги сийдик тизими инфекциясини даволашда ишлатиладиган турли антибиотикларнинг самарадорлигига оид ҳеч қандай катта тафовутлар аниқланмаган.

СУРУНКАЛИ БУЙРАК ЕТИШМОВЧИЛИГИ

Сурункали буйрак етишмовчилиги (СБЕ) – сурункали икки томонлама касалликлар таъсирида буйрак нефронларининг аста – секин ўлиши ва унинг натижасида гомеостатик бузилишлар билан намоён бўлувчи белгилар мажмуасидир.

ХКК-10 • N18.0 Буйрак зарарланишининг терминал босқичи • **N18.8** Сурункали буйрак етишмовчилигининг бошқа кўринишлари • **N18.9** Аниқланмаган сурункали буйрак етишмовчилиги.

- Касалланиш: 100 000 аҳолига 5 – 10 ҳолларда.
- Тарқалганлик: 100 000 аҳолига 20 – 60 кишида ва асосан катта ёшдагиларда кузатилади.

ПРОФИЛАКТИКАСИ

- Афсуски ҳозирча тиббиётда буйрак фаолиятини барқарорлаштириш ёки СБЕ зўрайиш суръатларини сусайтириш мумкин бўлган радикал усул йўқ. Аммо гломерулонефрит билан оғриган беморларда стрептококкли фарингит ёки ўткир инфекцияларни даволаш, пиелонефритнинг антибактериал терапияси, шунингдек хирургик ва урологик касалликларни ўз вақтида муолажа қилиш (сийдик чиқарувчи йўллар окклюзияси, буйрак артериялари стенози) буйраклар функциясини бирмунча тиклаш имконини беради.
- Нефротоксик, айниқса таркибида йод бўлган рентген контраст моддалари ва ЯҚНДВни қабул қилмаслик.
- СБЕда ҳомиладор бўлишдан сақланиш.
- Аллергенлар таъсирдан, гиповолемия, дегидратация ва қон йўқотишдан ҳоли бўлиш.
- Специфик терапиянинг – гломерулонефритларда иммуносупрессив, қанд касаллигида келиб чиқадиган нефросклерозда гипогликемик дориларни буйрак фаолиятини узоқ вақтга барқарорлаштириш ёки СБЕ ни зўрайишини сусайтиришдаги таъсири ҳозирда етарлича ўрганилмаган, аммо айрим нефропатияларда қисқа муддатга (6 дан 24 ойгача) барқарорлаштириши исботланган.
- Системали қизил волчанкадаги нефритни иммуносупрессив дори воситалари ва преднизолон билан бирга даволаш фақат преднизолон билан даволашга қараганда ўлим хавфини камайтиради ва СБЕнинг терминал босқичини узоқлаштиради.
- Гломерулонефритнинг айрим шаклларида, хусусан, идиопатик мембраноз шаклида хлорамбуцил ёки циклофосфамид) протеинурияни камайтириш ва даволашдан сўнг 24 – 36 ой мобайнида касаллик қайталаниш хавфини камайтириши исботланган.
- Преднизолон болаларда нефротик синдромнинг биринчи намоён бўлишида узоқ вақт (3 ой ва ундан кўп) қўлланилганида 12 – 24 ой мобайнида касаллик қайталаниш хавфини йўқотади.

СКРИНИНГ

- ✦ СБЕни аниқлашда КФ нинг бир минутда 80 мл. камайиши ва креатинин миқдорининг қонда 145 мкмоль/л.дан ошиши ҳамда сурункали буйрак касаллиги билан оғриган ёки оғримаган беморларда УТТ буйрак ҳажмининг камайиши ва зичлигинг ошиши аҳамиятга эгадир.
- ✦ Анамнезда – буйракнинг ўткир ёки сурункали касаллиги, характерли белгилар (гематурия, шишлар, АГ, дезурия, бел оғриғи, никтурия).
- ✦ Физикал текширув: бадан қичишиши, оғиздан сийдик ҳиди келиши, тери куруқлиги, заҳиллик (100%), никтурия ва полиурия (100 %) АГ (95 %).
- ✦ Типик лаборатория ўзгаришлари: қоннинг умумий таҳлили – камқонлик, сийдикнинг умумий таҳлили – изостенурия, КФ бир минутда 80 мл дан кам, қонда

креатинин концентрацияси 145 мкмоль/л.дан кўп, УТТ – буйрак зичлашган, ўлчами кичрайган.

КЛАССИФИКАЦИЯСИ

СБЕ 3 босқичга бўлинади:

- Бошланғич (латент) босқич – КФ бир минутда 80 – 40 мл. Клиник – полиурия, АГ (беморларнинг 50 % да), лаборатория ўзгариши – енгил камқонлик.
- Консерватив босқич – КФ бир минутда 40 – 10 мл. Клиник – лаборатор – ўртача камқонлик белгилари, креатинин 145 – 700 мкмоль/л.дан кам, олигурия.
- Терминал босқич – КФ бир минутда 10 мл.дан кам. Клиник – лаборатор – олигурия, сезиларди камқонлик, гиперкалиемия, гипернатриемия, гипермагниемия, гиперфосфатиемия, метаболик ацидоз, креатинин 700-800 мкмоль/л.дан ортиқ.

ДИАГНОСТИКАСИ

Касаллик тарихида қуйидагилар мавжудлигини аниқлаш мумкин • Гипертония касаллиги, хавфли АГ • Буйрак артерияси стенози • Сурункали гломерулонефрит • Сурункали тубуло – интерстициал нефрит • Сурункали пиелонефрит • Бириктирувчи тўқиманинг систем касалликлари: СКВ, склеродермия, тугунчали периартериит, Вегенар гранулематози • Геморрагик васкулит • Диабетик нефропатия • Туғма буйрак поликистоз, буйрак гипоплазияси, Олпорт синдроми, Фанкони синдроми • Буйрак амилоидози • Подагра нефропатияси • Миелом касаллиги • Сийдик чиқарувчи йўллар обструкцияси • Буйрак ва қовуқ тоши касаллиги • Гидронефроз.

10 % беморлар анамнезида буйрак касалликлари бўлмаслиги ҳам мумкин.

КЛИНИК МАНЗАРАСИ

- Тери: қуруқ, захил, сариқ тусли (урохромлар йиғилиши), геморрагик тошмалар кузатилади (петехиялар, экхимозлар), қичишиш сабабли тирналиш белгилари. СБЕнинг терминал босқичида терининг “упа суртгандек бўлиши” (тешикларидан сийдик кислотасининг ажралиши ҳисобига) кузатилади.
- Полиурия ва никтурия – терминал босқичгача, терминал босқичда – олигурия, сўнгра анурия.
- Неврологик белгилар ✦ Уремик энцефалопатия, хотира сусайиши, диққатни жамлашнинг қийинлашиши, уйқусизлик ёки уйқучанлик. Терминал босқичда титрок, хорей белгилари, ступор ва кома бўлиши мумкин. Кома аста-секин ёки тўсатдан ривожланади ✦ Уремик полиневропатия: “оёқ безовталиги” синдроми, парестезиялар, оёқлар қизиши, парезлар, паралич (сўнгги босқичларда) кузатилади.
- Эндокрин бузилишлар: уремик сохта қандли диабет ва иккиламчи гиперпаратирероз, кўпинча аёлларда аменорея ва эркакларда импотенция, олигоспермия, ўсмирларда ўсиш жараёнида ва жинсий етилишда бузилишлар.
- Сув – электролит бузилишлари ✦ Полиурия никтурия билан бирга бошланғич ва консерватив босқичда ✦ Олигурия – шишлар, терминал босқичда. ✦ Бошланғич ва консерватив босқичда гипокалиемия (диуретиклар дозаси ошиб кетиши ва ич кетиши натижасида), мушаклар заифлиги, нафас қисиши, гипервентиляция ✦ Гипонатриемия бошланғич ва консерватив босқичларда: унда чанқаш, заифлик, тери таранглиги пасайиши, артериал ортостатик гипотензия, гематокрит ошиши ва қон зардобидида умумий оқ миқдори ошиши ✦ Гипернатриемия терминал босқичда:

унда гипергидратация, АГ, юрак етишмовчилиги ✦ Гиперкалиемиа терминал босқичда (овқатда калий миқдори кўплиги, гиперкатаболизмда, олигурия, метаболик ацидозда, апиролактон, ААФ ингибиторлари, β – адреноблакторларини қабул қилганда; гипоальдостеронизмда, КФ 15 – 20 мл. минутдан кам), мушак параличи, ўткир нафас етишмовчилиги, брадикардия, АВ – блокадалар.

- Суяк тизими томонидан ўзгаришлар (иккиламчи гиперпаратиреоз): буйрак рахити (ўзгаришлар оддий рахитдаги каби), киста – фиброз остеити, остеосклероз, суяк синишлари.

- Фосфор – кальций алмашинуви бузилишлари ✦ Гиперфосфатемия гипокальциемиа билан (гиперпаратиреоз натижасида бўлиши мумкин) ✦ Остеопороз ✦ Гипофосфатемия (сўриш бузилиш синдроми, антацидлар қабул қилиш, гипервентиляция, авитаминоз D) ✦ Миокарднинг қисқариш қобиляти сусайиши ✦ Кислота ва ишқор мувозанати бузилишлари: гиперхлоремик компенсацияланган ацидоз, метаболик ацидоз.

- Азот мувозанати бузилиши: азотемия – креатинин, мочевино, сийдик кислотаси миқдорининг ошиши КФ бир минутда 40 мл дан камайиши. Азот мувозанати бузилиш аломатлари – уремик энтероколит, иккиламчи подагра, оғиздан аммиак ҳиди келиши.

- Юрак қон томир тизими ўзгаришлари ✦ АГ ✦ Юрак етишмовчилиги ✦ Перикардит ✦ Кардиомиопатия – юрак тонлари бўғилиши, “от гупури” ритми, систолик шовқин, юрак чегаралари кенгайиши, юрак ритми бузилиши ✦ Калий 7 ммоль/л.дан кўп бўлса, АВ – блокада ва баъзан юрак фаолиятининг тўхташи ✦ Тож томир ва мия томирлари атеросклерозини тез зўрайиши.

- Қон ҳо бўлиши ва иммунитет бузилиши: камқонлик, лимфопения, геморрагик диатез, инфекцияларга мойиллик, спленомегалия ва гиперспленизм, лейкопения, гипокомплементемия.

- Ўпка шикастланиши: уремик ўпка шиши, зотилжам, плеврит (уремик полисерозит).

- Ошқозон – ичак йўли бузилишлари: анорексия, кўнгил айниши, қайт қилиш, ошқозон – ичак йўли яраси ва эрозияси, оғиздан ёқимсиз ҳид келиши, паротит ва стоматит.

ЛАБОРАТОР ТЕКШИРУВЛАР

- Қоннинг умумий таҳлили: нормохром меъёрцитар камқонлик, лимфопения, тромбоцитопения, гематокрит пасайиши.

- Қон ивишининг сусайиши.

- Биокимёвий таҳлиллар ўзгариши ✦ Азотемия: креатинин, аммиак, сийдик кислотаси миқдори ошиши ✦ Гиперлипидемия – холестерин ошиши, ПЗЛП ва триглицеридларнинг ошиши, ЮЗЛП пасайиши (III – IV типдаги гиперхолестеринемия) ✦ Қонда D витаминининг фаол шакли, синамаостерон ва паратгормон миқдорларининг камайиши ҳамда тўқималарнинг инсулинга бўлган сезгирлигининг сусайиши. ✦ Электролитлар: гиперфосфатемия, гипокалиемиа (полиурияда), гиперкалиемиа (олигурияда), гипонатриемия (полиурияда), гипернатриемия (олигурияда), гипохлоремия, гипермагниемиа (терминал

босқичда), сульфатлар миқдори ошиши, гипокальциемия. Ацидоз (рН 7,37 дан кам), қон биокарбонатлари миқдори камайиши.

- Сийдик таҳлили ✦ Протеинурия, эритроцитурия, лейкоцитурия ✦ Гипостенурия, изостенурия ✦ Цилиндрурия.
- Буйраклар фаолиятини баҳолашда КФ ни аниқлаш катта аҳамиятга эга. У Кокрафт – Гаулт формуласи ёрдамида аниқланади:

$$\text{КФ} = [0,85 \times (140 - \text{ёш/йиллар}) \times \text{тана вазни/кг}] / [72 \times \text{қонда креатинин миқдори, мг.}\%]$$

МАХСУС ТЕКШИРИШЛАР

- УТТ: ✦ Буйрак ўлчами кичрайиши (бужмайиши) ёки ўзгармаслиги (поликистоз, амилоидоз, шиш) ✦ Бўйрак паренхимаси эхогенлиги ошиши ✦ конкрементлар, сийдик йўли обструкцияси, сийдик пуфаги ва жомчалари кенгайиши.
- КТ: буйрак кистаси ҳоаларининг хавфсиз ёки хавfli эканлигини аниқлаш.
- Ретроград пиелография (сийдик чиқарув йўллари окклюзияси ёки уларнинг тузилиш аномалиясига шубҳа бўлганда).
- Артериография (буйрак артерияси стенозига шубҳа бўлганда).
- Каваграфия (пастки ковак вена юқорига чиқувчи тромбозига шубҳа бўлганда).
- Буйрак биопсияси.
- Радиоизотоп ренография: ренография чизигининг ясаниши ва изотоп ажралишининг кечикиши; буйрак артериялари ўтказувчанлиги бузилганда эгри чизикнинг биринчи кўтарилиши кўзга ташланиши сустроқ, сийдик стази экскреция фазасида эгри чизик пасайиши бўлмайди.

ДИФФЕРЕНЦИАЛ ДИАГНОСТИКАСИ

- ЎБЕ: анамнезда буйрак сурункали касаллиги ёки буйрак синдромлари йўқлиги, этиологик омил билан ўзаро боғлиқлик. ЎБЕ учун олиго – анурия (85%) хос белги ҳисобланади. Юрак чап қоринчаси гипертрофияси ва сезиларли камқонлик йўқлиги. Буйрак ўлчамлари катталашган ёки ўзгармаган, буйрак паренхимаси эхогенлиги сусайган ёки меъёрда.
- Тез зўраювчи гломеронефрит СБЕ нинг сабаби сифатида кўрилганда: буйрак функцияларининг то терминал босқичга қадар 6 – 12 ой, баъзан 24 ой мобайнида кучайиши, нефротик – гипертоник – гематурик синдром ёки нефротик – нефритик синдром, анамнезда бириктирувчи тўқиманинг систем касаллиги бўлиши.
- Бирламчи подагра: буйрак шикастланиши узоқ давом этган подагра натижасида юзага келади ва ундан сўнг уремия белгилари пайдо бўлади.

МУТАХАССИСЛАР МАСЛАҲАТИГА КўРСАТМАЛАР

- Акушер – гинеколог – СБЕ билан оғриган беморда хомиладорлик бўлганда
- Уролог – сийдик йўллари обструкциясида
- Томир хирургии – буйрак томирлари шикастланишида
- Гемодиализ бўлими врачлари – СБЕнинг консерватив ёки терминал босқичида.

ДАВОЛАШ

ДАВОЛАШДАН МАҚСАД

СБЕнинг терминал босқичгача бўлган зўрайиш суръатини сусайтириш, асоратларнинг олдини олиш.

ШИФОХОНАГА ЁТҚИЗИШГА КЎРСАТМАЛАР

- Клиник: чарчоқнинг ошиши, кўнгил айнаши, қайт қилиш, тана вазнининг камайиши, нафас қисиши, баданда қичишиш, титроқ, АГ, шишлар ва тери ҳолати ёмонлашуви.
- Асосий касалликнинг қайталаниши ёки буйрак фаолиятининг ўзгарувчан пасайиши.
- Эритропозтин, D витамин, гиполипид дори воситалари билан даволашни бошлаш учун.

ДОРИЛАРСИЗ ДАВОЛАШ

- СБЕ нинг дастлабки босқичида – 7, кейинги босқичларида – 7а ёки 7 б парҳези тавсия этилади. Сурункали гемодиализдаги беморлар парҳези соғлом одамларникидан фарқ қилмайди ёки 7г парҳез берилади.
- Зарур овқат калорияси мойлар ва углеводлар ҳисобидан олинади (асосан ярим тўйинтирилмаган мойлардан).
- Оқ истеъмол қилиш камайтиради. Оқни парҳезда камайтириш СБЕ зўрайишини сусайтиради ҳамда қандли диабет ва бошқа касалликларда буйрак тўқималари ўлими хавфини камайтиради, яъни нефропротектив таъсир кўрсатади: латент босқичда – бир кеча – кундузда бир кг. вазнга 0,8г. (рациондаги оқларнинг 60 % ни ҳайвонларники ташкил этиши лозим), зўраювчи нефропатияларда (сурункали гломерулонефрит, диабетик гломерулосклероз) уни қатъий чегаралаш ва 0, 6г.гача камайтириш лозим.
- Гиперкалиемида (олигурия, анурия) – калий тузи сақланган маҳсулотларни (туршак, майиз, картошка) камайтириш.
- Фосфор (сут маҳсулотларини қон зардобиди креатинин миқдори 150 мкмоль/л. дан ошганида чеклаш) ва магний (бошоқли ва дуккаклилар, балиқ, творог) истеъмолини камайтириш.
- Истеъмол қилинадиган суюқлик миқдори қондаги натрий миқдори, айланаётган қон ҳажми, диурез, АГ ва юрак етишмовчилиги бор-йўқлигини ҳисобга олиб белгиланади; одатда у кунлик диурездан 500 мл. кўп бўлиши керак. Полиурияда баъзан бир кунда 2 – 3 л. суюқлик ичиш керак.
- Ош тузи истеъмолини бир кунда 3 – 8г.гача камайтириш лозим; гиповолемиа ва ёки натрийнинг сийдик билан юқори экскрециясида туз истеъмолини камайтириш шарт эмас (буйрак поликистоз касаллиги, интерстициал нефрит).
- Парҳез ичакнинг мунтазам, яхшиси ҳар куни бўшалиб туришига хизмат қилиши, яъни СБЕ да ичакдан кўп миқдорда ажралиб чиқадиган уремик токсинларни чиқарилишига қаратилиши зарур.

ДОРИЛАР БИЛАН ДАВОЛАШ

Мақсад – буйрак касалликлари зўрайишини сусайтириш, диализгача даврни узайтириш ва СБЕ дан ўлимни камайтириш.

Асосий касалликни даволаш

- Пиелонефрит кўзиганда антибактериал дорилар билан даволаш ҳатто СБЕ нинг терминал босқичида ҳам мақсадга мувофиқдир.

- Фаол гломерулонефрит, айниқса бириктирувчи тўқиманинг систем касалликларидаги гломерулонефритда иммуносупрессив терапияси ўтказиш.
- Қандли диабет билан оғриган беморларда гипергликемияни ўз вақтида даволаш зарур, чунки КФ нинг пасайиб кетиш суръатларининг гликемия даражасига боғлиқлиги СБЕ консерватив босқичида йўқолади. Чунки касаллик авж олишининг асосий омили гипергликемия эмас, балки буйрак коптокчалари ичидаги гипертензия ва гиперфилтрациядир.

Артериал гипертензияни даволаш

Мақсад – коптокчалардаги юқори гиперфилтрацияни камайтириш.

- Нефроген АГ ли беморларда қон босими 130/80 мм. симоб устунига тенг бўлиши, СБЕ билан оғриган ва кунига 1 г. протеинурия бўлганларда – 125/75 мм.сим.уст. ни ташкил этиши керак.
- Танланган дорилар организмдан буйракдан ташқари йўл билан чиқадигани бўлиши мақсадга мувофиқ.
- Нефроген АГ даволашда: диуретиклар, β – адреноблокаторлар, кальций каналлари блокаторлари, ААФ ингибиторлари +ангиотензин II рецепторлари ингибиторлари ўртасида катта тафовутлар аниқланмаган.
- 70 % беморларда яхши антигипертензив самара турли гуруҳдаги дориларни бирга қўшиб ишлатиш, масалан: “кальций каналлари блокатори + ААФ ингибитори + марказий таъсир этувчи препаратлар”; “ААФ ингибитори + диуретик”; “ β – адреноблокатор + α – адреноблокатор” натижасида эришиш мумкин.
- Гемодиализдаги беморларда: гемодиализнинг, ультрафилтрация ва сув-туз тартибига риоя этиш, кальций каналлари блокаторларини ёки β – адреноблокаторни тайинлаш.
- Буйрак кўчириб ўтказилгандан сўнг ААФ ингибиторлари ва кальций каналлари блокаторлари тавсия этилади.

СБЕни даволаш нуқтаи назаридан айрим антигипертензив дори воситалари тўғрисида тушунча

- ААФ ингибиторлари ✦ Бошқа гуруҳлардан фарқли ўлароқ нефропротектив таъсирга эга: протеинурияни секинлаштиради, турли этиологияли буйрак касалликларида СБЕ зўрайишини сусайтиради (гломеруляр, интерстициал касалликлар, буйрак поликистози, гипертониядаги нефросклероз ва бошқалар) ✦ Улар қон босими меъёрида бўлган қандли диабетли беморларда микроальбуминурияни камайтиради, аммо буйрак етишмовчилигининг терминал босқичини секинлаштириш билан бевосита боғлиқлиги аниқланмаган ✦ ААФ ингибиторларини буйраклар фаолиятини назорат қилган ҳолда қўллаш тавсия этилади: креатинин миқдори даволашнинг бошланғич даврига нисбатан 20 % дан ошмаганда муолажани давом эттириш мумкин ✦ Бошланғич дозалар: каптоприл (шу жумладан диабетли нефропатияда) 12,5 мг.кунига 2 – 3 марта, эналаприл 5 – 10 мг.кунига 1 марта, лизиноприл 5 – 10 мг.кунига 1 марта, периндоприл 2 – 4 мг.кунига 1 марта, рамиприл 2,5 мг.кунига 1 марта, беназеприл 5 – 10 мг.кунига 1 марта.

- Ангиотензин II рецепторлари блокаторлари ✦ ААФ ингибиторларига кўрсатма бўлган ҳолларда ушбу гуруҳ дорилари ҳам тавсия этилади ✦ Дозалари: валсартан 80 – 160 мг., лозартан 25 – 100 мг., телмисартан 20 – 80 мг. бир кунда 1 мартадан буюрилади.
- Кальций каналлари блокаторлари ✦ Улардан нодигидропиридин блокаторлари афзалроқ (верапамил, дилтиазем) ҳисобланади ✦ Дозаси КФ камайишига мос равишда камайтирилади ✦ Дилтиазем 90 – 180 мг. кунда 2 маҳал (СБЕ да 30 – 60 мг.), верапамил 40 – 160 мг. кунда 2 маҳал (СБЕ да 40 – 120 мг.). Нифедипин афферент артериолаларни кенгайтириб, коптокчалар ичидаги босимни ошириши ва протеинурияни кучайтириши сабабли тавсия этилмайди.
- Марказий таъсир қиладиган дорилар ✦ Метилдопа буйракда қон айланишига ижобий таъсир кўрсатади ва ҳомиладорликда қўлланилиши мумкин ✦ Дозаси 250 – 500 мг. кунга 3 маҳал (СБЕ да дозани 1,5 – 2 марта камайтириш керак).
- α_1 – адреноблокаторлар ✦ Буйракда қон айланишига ижобий таъсир кўрсатади, кўпроқ ичак орқали чиқарилади (9 % буйрак билан), эҳтиёт бўлиб қўлланади – ҳушдан кетиш, ортостатик артериал гипотензия юз бериши мумкин ✦ Доксазозин кунда: 2 – 8 мг. (кўпинча 4 мг.).
- β – адреноблокаторлар ✦ Буйракдаги қон оқимида салбий таъсир кўрсатади ва шу ерда элиминациядан ўтади ✦ Атенолол – дозаси КФ га боғлиқ: КФ да 10 – 35 мл/мин. бўлса, кунда 50 мг.ёки 100 мг.кун ора. КФ да 10 мл бўлганда – 50 мг. кун ора, гемодиализдаги беморларга – 50 мг.дан муолажадан сўнг.
- Диуретиклар ✦ Антигипертензив терапиянинг мустақил тури сифатида СБЕда қўлланмайди ✦ Креатинин миқдори қон зардобиди 200 мк/моль дан ошганда тиазидлар самарасиз, зарурат бўлганда генле қовузлоғига таъсир этувчи диуретиклар тавсия этилади ✦ Калий сақловчи диуретиклар гиперкалиемиёга олиб келиши сабабли уларни қўллаш чекланган.

Сув – электролит мувозанатини тўзрилаш

- Истеъмол қилиш тавсия этилган суюқлик ҳажми бир кунда 2 – 3 л. • Шишлар ош тузи истеъмолини чеклаш билан назорат қилинади, зарурат бўлганда қовузлокқа таъсир этувчи диуретикларни тайинлаш мумкин • Гипокальциемиё, гипонатриемиёда – парҳезга амал қилиш, керакли дорилар ичиш ёки вена орқали қабул қилиш лозим • Гиперкалиемиёда парҳезда, калийни, глюконат ёки кальций карбонатни қисқартириш.

Ацидозни тўзрилаш

- Бу тадбир қонда бикарбонат концентрацияси 18 ммоль/л.дан кам бўлганда ўтказилади. Мақсад - бикарбонат миқдорини 20 ммоль/л.дан юқори ва асосларни 5 ммоль/л дан кам сақлаш.
- Бунинг учун бир кунда кальций карбонат 2 – 6 г., баъзан натрий гидрокарбонатни 1 – 6 г. миқдорда буюрилади.
- Бир марта юбориш учун натрий гидрокарбонатнинг 120 – 200 мл. 4 – 5 % эритмасидан фойдаланилади. Натрий гидрокарбонатнинг 4,2 % ли бир марталик эритмаси ҳажми қуйидаги формула бўйича ҳисобланади:

$$V=0,3 \times VE \times m$$

Бунда:

V – натрий гидрокарбонатнинг 4,2 % ли эритмаси (мл)

BE – буфер асослар жиши (ммоль/л.)

m – бемор тана вазни (кг.).

Гиполипидемик терапия

• Гиперлипидемия буйрак етишмовчилиги зўрайишини тезлаштириши мумкин. Қонда липидлар даражасининг пасайиши уни сусайтиради, коптокчалар фильтрациясига ижобий таъсир кўрсатади ва протеинурияни камайишига имкон яратади.

• Қонда ПЗЛП юқори бўлган СБЕ, нефротик синдромли, буйраги кўчириб ўтказилган, гемодиализдаги ва перитонеал диализдаги беморларда липидни камайтирувчи таъсирга эга бўлган статинлардан – аторвастатин, симвастатин, флувастатин, довастатинни қўллаганда самара олиниши аниқланган (улардан ловастатин кўпроқ таъсирга эга). Статинлар дозаси КФ 30 мл.дан кам бўлганда камайтиради.

• Фибратлар ПЗЛП концентрациясига камроқ таъсир кўрсатади, лекин нефротик синдромдаги, шунингдек, гемодиализ ва перитонеал диализдаги беморлар қонидаги триглицеридлар миқдорини камайтиради.

Камқонликни даволаш

• Эритропоедин беморларда диализдан аввал ва уни ўтказиш чоғида (шу жумладан СБЕ нинг консерватив босқичида ҳам) камқонликни даволаш ва гемотрансфузиялардан холи бўлиш имконини беради.

• Дозаси: 50 ХБ/кг. вазнга венага ёки тери орасига ҳафтада 1 – 3 марта Нв миқдори 110 – 130 г/л.га кўтарилгунга қадар сўнг дозага тегишли ўзгартириш киритилади.

• Бир вақтнинг ўзида темир препаратларидан зардоб ферритини (200 – 600 ммоль/л.гача) ва трансферрин (20 % дан ортиқ бўлиши керак) назорати остида ичиш ёки венага юбориш учун тайинланади.

• Қон, эритроцитар масса қуйиш ҳаётий кўрсатмалар бўлганда амалга оширилади.

Гиперфосфатемия ва иккиламчи гиперпаратиреозидизмга қарши кураш

• Агар гиперкальциемия сақланса ва қон зардобда фосфат концентрацияси меъёр бўлса, D витамини аналоги кальцитриолни бир кунда 0,25 – 1 мкг. миқдорида тайинлаш мумкин.

• Умумий кальцийнинг зардобдаги концентрацияси 2,5 ммоль/л., фосфатлар 0,8 – 1,5 ммоль/л.ни ташкил этади.

• Паратиреозидэктомия оғир тўғрилаб бўлмайдиган гиперпаратиреозда ўтказилади.

• Буйрак остеодистрофиясида: ичиш учун: кальций глюконат ёки карбонат кунига 2 – 4 г. 2 маҳал, алюминий гидроксид кунига 0,5 – 1 г. 2 – 3 марта тавсия этилади.

Буйракнинг ўриндош терапияси

• Буйракнинг ўриндош терапияси КФ 5 – 10 мл.дан кам (диабетли гломерулосклерозда КФ 10 – 15 ммоль/л.), қонда креатинин миқдори 700 – 1200 мкмоль/л. дан ортиқ бўлганда, гиперкалиемияда (калий концентрацияси 6,5 – 7 ммоль/л.дан кўп) гемодиализ ёрдамида ўтказилади.

Гиперурикемияни даволаш

Подагратинг клиник аломатлари кузатилганда аллопуринол кунига 100 мг.дан буюрилади.

Перикардит ва плевритни даволаш

Гемодиализ, юрак тампонадасида – перикардиоцентез, перикардэктомия.

БЕМОРНИ ЎРГАТИШ

• Парҳезга риоя этиш • Чекишни ташлаш • АБ назорати • Сув мувозанати назорати • Дорилар билан даволашни давом эттириш.

МУТАХАССИСЛАР МАСЛАҲАТИГА КЎРСАТМАЛАР

Умумий амалиёт врачлари куйидаги ҳолларда беморни тегишли мутахассис маслаҳатига юбориши зарур:

- Нефролог – даво чораларига қарамасдан буйрак фаолияти барқарорлашмаса ёки тез суратлар билан сусайиб борса, шифохонада даволаниш масаласини ҳал қилиш учун.
- Кардиолог ёки нефролог – юқори қон босимини амбулатор шароитда меъёрига келтириш имкони бўлмаса ёки бир кунда сийдик билан йўқотиладиган оқ микдори 1г.дан кўп бўлса, рационал терапия танлашни маслаҳатлашиш мақсадида.
- Гемодиализ врачлари – СБЕ терминал босқичда гемодиализ ўтказишни бошлаш муддатини аниқлаш учун.
- Томирлар хирурглари бўйича мутахассис – вазоренал АГ га шубҳа бўлганда, гипотензив дориларнинг самарасизлигида, қон босими ўта юқори бўлиб, ёмон сифатли кечганда.

АМБУЛАТОРИЯ ШАРОИТИДА УМУМИЙ АМАЛИЁТ ВРАЧЛАРИ ЭЪТИБОР БЕРИШИ ЛОЗИМ БЎЛГАН МАСАЛАЛАР

- Бошланғич ва консерватив босқичларда — кам оқли парҳезга, суюқлик истеъмол қилиш тартибига риоя қилиш, ҳар куни ичакни бўшатиш, шишлар ва АГда ош тузи истеъмолини камайтириш. Дори терапияси — антигипертензив, гиполипидемик, темир препаратлари, эритропоезин, адсорбентлар, содали клизмалар, ошқозонни ювиш каби тадбирларни кўрсатмалар бўлганда ўз вақтида зарур дозаларда доимий амалга ошириб бориш.
- Буйрак етишмовчилигининг зўрайиш суръати кузатилаётган беморлар ахволини 6 – 12 ой оралиқларида баҳолаб туриш ★ Сурункали пиелонефрит, подаграли ва анальгетик нефропатияларда, буйраклар поликистозидида СБЕ терминал босқичга секин 15 – 20 йилдан сўнг, волчанкали нефритда, диабет натижасида ривожланган гломерулосклерозда, буйраклар амилоидозидида аксинча тез 3 – 10 йил оралиғида ривожланишини умумий амалиёт врачлари яхши билиши ва бу ҳақда лозим бўлган тақдирда бемор яқинлари билан суҳбат ўтказиши керак.

ПРОГНОЗИ

- Асосий касалликка, СБЕ босқичига, даволашнинг тўғри танланганлигига, бемор ёшига боғлиқ.
- СБЕ ни авж олишини тезлаштирадиган омиллар: АГ, юқори протеинурия, таркибида оқ, фосфор микдори кўп овқатларни истеъмол қилиш, ҳомиладорлик.
- Ахволнинг ёмонлашишига интеркуррент инфекция, травма, сувсизланиш, гиповолемик шок ривожланиши, эфферент вазоконструкцияни кучайтирувчи дори

воситалар (масалан, дигидропиридин қаторидаги кальций каналлари блокаторлари) сабаб бўлиши мумкин.

СИЙДИК – ТОШ КАСАЛЛИГИ

Сийдик-тош касаллиги (СТК, нефролитиаз) – сийдик йўлларида унинг таркибий қисмларидан конкрементлар шаклланувчи турли эндоген ва/ёки экзоген, шунингдек ирсий сабабларга кўра келиб чиқадиган модда алмашинув касаллиги.

ХКК - 10: • **N13.2.** Буйрак обструкцияси ва сийдик йўли гидронефрози • **N20.0.** Буйрак тошлари • **N20.1** Сийдик йўли тошлари • **N20.2.** Сийдик йўли тошлари буйрак тошлари билан • **N20.9** Аниқланмаган сийдик тошлари • **N22.0** Шистосомоз (бильгарциоз) даги сийдик тошлари; (B65.-+) • **N22.8** Бошқа руқунларда таснифланган ва бошқа касалликларга чалинганда учрайдиган сийдик йўлларидаги тошлар.

Қисқартмаси: ХКК – Сийдик тош касаллиги (СТК).

ЭПИДЕМИОЛОГИЯСИ

СТК билан 1 – 5% га яқин аҳоли касалланади ва барча урологик касалликларнинг 40 % гача қисмини ташкил этади. 2001 йил маълумотларига кўра 100000 аҳолига 150,7 ни ташкил этган. Хасталанганларнинг кўпчилиги эркаклар (4:1) бўлиб, кўпроқ 20 – 40 ёшдагилар касалланади.

ПРОФИЛАКТИКАСИ

Хавф гуруҳига кирувчиларда кунда 2 л. диурез бўлиб туриши учун етарли миқдорда суюқлик ичиш тавсия этилади (камида 2 – 2,5 л.). Иккиламчи профилактика дорилар ёрдамида ўтказилади.

ХАВФ ОМИЛЛАРИ

- СТК бўйича оилавий анамнез. 55 % беморларда яқин қариндошлари СТК билан оғриганлиги аниқланади • Анамнезда СТК ҳолатлари • СТК биринчи ҳолатидан кейинги 20 йил давомида унинг қайталаш эҳтимоли 80% ни^c ташкил этади • Кучли жисмоний зўриқиш таъсирига учраган шахслар (профессионал спортчилар) • Меҳнат фаолияти узок муддатли гипертермия билан боғлиқ бўлган ишчилар (гидрокостюмда ишловчи ғаввослар) • СТКни келтириб чиқаришга мойил бўлган айрим касалликлар (буйраклар поликистоз, тубуляр буйрак ацидоз, саркоидоз, гиперпаратиреоидоз) • Кўп суюқлик йўқотилиши (илеостома, мальабсорбция) • Яхши эримайдиган дори воситаларини қабул қилиш.

КЛАССИФИКАЦИЯСИ

Тошлар таркибига кўра: • Кальцийли (75 – 85%) кўпроқ 20 ёшдан ошган эркакларда • Уратли (5 – 8%) кўпроқ эркакларда • Струват, яъни бактериялар билан алоқадор (10 – 15%), кўпроқ аёлларда, цистинли тошлар (1%) модда алмашинувининг туғма бузилишларида.

ДИАГНОСТИКАСИ

ШИКОЯТЛАРИ ВА АНАМНЕЗИ

- Хавфли омиллар борлиги.

- Бел соҳасида ёки қовурғалар остида сийдик йўли бўйича тарқалувчи оғриқлар бўлиши, конкремент жойини ўзгартирганда оғриқ соҳасининг ўзгаришини ҳис қилиш.

ЛАБОРАТОРИЯ МАЪЛУМОТЛАРИ

СТК биринчи марта аниқланганда одатдаги лаборатория текширувлари:

- Қон ва сийдикнинг умумий таҳлили. Гематурия бўлмаслиги мумкин.
- Буйраклар фаолиятини баҳолаш мақсадида электролитлар, мочевина ва қон зардобидаги креатинин.
- Қон зардобида кальций концентрацияси: саркоидоз ва бирламчи гиперпаратиреодизмда юқори.
- Қон зардобида бикарбонат (HCO_3) концентрацияси: унинг кам миқдордалиги каналчаларда ацидозни гумон қилишга асос бўлади.
- Қон зардобида фосфат концентрацияси: ушбу модданинг камлиги кальций тошларининг шаклланишига сабаб бўлиши мумкин.

ИНСТРУМЕНТАЛ ТЕКШИРУВЛАР

- Урография – СТК визуализациясининг бирламчи усули ҳисобланади. Ҳомиладорларда эса – УТТ. Умумий урография мабодо унда зарур маълумот олинмаса, спиралли КТ ўтказиш зарур. Агар имкон бўлмаса, вена ичи урографиясини ўтказиш лозим, СТКда буйракларни УТТда текширишда кўп ҳолларда етарли ахборот олинмаслиги мумкин, аммо устунлиги – унинг арзонлигидадир. СТКни УТТ ёрдамида аниқлаш визуализациянинг бошқа усуллари томонидан тасдиқланишни талаб этади.

ДАВОЛАШ

ШИФОХОНАГА ЁТҚИЗИШГА КЎРСАТМАЛАР

- Сийдик йўлларида 5 мм.дан каттароқ ўлчамдаги тош пайдо бўлиши оқибатида юзага келган кўнгил айнаши ва қайд қилиш каби белгилари бўлган яққол оғриқли бемор. 5 мм.дан кичик ўлчамдаги тошлар 98 % ҳолларда ўз – ўзидан йўқ бўлиб кетади.
- Конкремент келтириб чиқарган ва инфекция жараёни билан оғирлашган сийдик йўллари обструкцияси.
- Буйрак етишмовчилиги билан ўтадиган конкремент келтириб чиқарган икки томонлама ёки ягона буйрак обструкцияси.

ДОРИЛАРСИЗ ДАВОЛАШ

- Буйрак санчиғида сийдик йўлларида тош жишини яхшилаш мақсадида кучайтирилган диурез ўтказилмайди.
- Қайталаган оксалатли тошларда диетотерапия яхши самара беради: ✦ Кальций истеъмолини кунига 800 – 1200 мг.гача тушириш;
- ✦ Ҳайвон оқлари истеъмолини камайтириш;
- ✦ Ош тузини камроқ истеъмол қилиш;
- ✦ Таркибида оксалат кислотаси бўлган маҳсулотлар истеъмолини чеклаш.
- Қайталаган уратли тошлар бўлганда ҳайвон оқларини истеъмол қилишни камайтириш.

ДОРИЛАР БИЛАН ДАВОЛАШ

- СТК нинг ўткир аломати бўлган беморлар учун хужайрадан ташқаридаги суюқлик танқислигини қоплаш мақсадида инфузион терапия ўтказилади.
- Буйрак санчиғида ЯҚНДВ ва/ёки наркотик анальгетиклар: буйрак санчиғини тўхтатиш учун кеторолак 60 мг. мушакларга, тримеперидин 100 – 150 мг. мушак орасига.
- Глюкокортикоидлар ва нифедипин диаметри 10 – 15 мм.дан ошмаган сийдик йўли дистал бўлимларидаги тошларни ҳайдашга имкон яратади: метилпреднизолон кунига 16 мг.дан кўпи билан 10 кун ва нифедипин кунига 40 мг.дан кўпи билан 28 кун.
- Гиперкальциурияли беморларда буйракда тош пайдо бўлишининг профилактикаси учун гидрохлоротиазид самарали ҳисобланади.
- Кальцийли тошлар пайдо бўлишининг олдини олишда кунига 30 – 60 мЭкв миқдорда натрий ёки магний цитрат фойдалидир.
- Гиперурикозурияли беморларда оксалат – кальцийли тошлар профилактикаси учун аллопуринол самарали.
- Натрий цитрат билан сийдикнинг ишқорланиши уратли тошлар қайта пайдо бўлишининг олдини олади.
- Струват тошлар (инфекция жараёнида пайдо бўлади) ни даволаш ва олдини олиш дорилар ёрдамида интервенцион аралашувда амалга оширилади: перкутан нефролитотомия. Струват тошлар профилактикаси мақсадида антибактериал даво ва ацетогидроамид кислота тайинлаш лозим. Ацетогидроамид кислота 250 мг.дан кунига 2 – 3 маҳал 3 – 4 кун давомида буюрилади.
- Цистинурияли беморларда иккиламчи тошлар профилактикаси учун ҳайвон оқлари истеъмолини чеклаш, натрий цитрат тайинлаш керак.

ХИРУРГИК ЙЎЛ БИЛАН ДАВОЛАШГА КЎРСАТМАЛАР

- Шошилиш кўрсатмалар: икки томонлама нефролитиазда ёки битта буйрак тошида анурия, оғир йирингли пиелонефрит, ҳаётга хавф солувчи гематурия.
- Режали кўрсатмалар: уродинамика бузилиши, пиелонефритнинг тез – тез зўрайиб туриши, авж олувчи СБЕ.
- Тезкор аралашув турлари: трансуретрал эндоскопик литотрипсия, зарб – тўлқинли литотрипсия, пиелолитотомия, нефролитотомия, уретролитотомия.

БЕМОРГА ЎРГАТИШ

- Умумий амалиёт варачи томонидан иккиламчи профилактика ўтказилмаса, буйракларда тошларнинг қайта пайдо бўлиши 10 йил давомида 50% ни ва 20 йилда 80% ни ташкил этиши тўғрисида беморга тушунтирилиши керак
- Хавф гуруҳига кирувчи шахсларга суюқликни монанд истеъмол қилишни тавсия этиш (кунига камида 2 – 2,5 л.) мақсадга мувофиқ ҳисобланади.

МУТАХАССИСЛАР МАСЛАҲАТИГА КЎРСАТМАЛАР

- Катта тошларда уролог билан маслаҳатлашиш зарур, зеро бу тошларнинг ўз-ўзидан йўқ бўлиб кетиши шубҳали.

АСОРАТЛАРИ

- Гидронефроз • Пионефроз • Пиелонефрит • Уросепсис.

БУЙРАК САНЧИҒИ

Буйрак санчиғи – жомча ёки сийдик йўли ўткир тутилганда пайдо бўладиган қаттиқ оғриқ хуружидир.

КЛИНИК МАНЗАРАСИ

• Бел ёки сийдик йўли соҳасидаги оғриқ • Шикастланган томонда уриб кўриш белгиси мусбат (буйрак ёрилишининг олдини олиш мақсадида бармоқ билан уриб кўриш усулини жуда эҳтиёткорлик билан бажариш керак) • Оғриқ узатилиши тутилиш сатҳига боғлиқ ✦ Жомча ва сийдик йўлининг юқори учдан бир қисми – мезогастрал соҳа ✦ Сийдик йўлининг учдан бир ўрта қисми – чов соҳаси ва соннинг ташқи юзаси ✦ Пастки учдан бири – жинсий аъзолар • Дизурия: ✦ Сийдик ажратишнинг тезлашуви ✦ Олигурия ва анурия ривожланиш эҳтимоли • Титраш, тана ҳароратининг кўтарилиши; кўнгил айнаши, қайд қилиш.

ДИФФЕРЕНЦИАЛ ДИАГНОСТИКАСИ

• Ўткир холецистит • Ўткир аппендицит • Кичик чаноқ аъзоларининг яллиғланиш касалликлари • Дивертикулит • Ичакларнинг тутилиши • Аортанинг қатламлайдиган аневризмаси • Умуртқалараро диск чурраси • Ўраб оладиган темиртки.

ДАВОЛАШ

• Парҳез. Касаллик этиологиясига боғлиқ ҳолда 7 – парҳез столи тавсия этилади.
• Врачгача ёрдам: иссиқлик, ванна, тўшак режими конкрементларнинг ўз-ўзидан тушиб кетишига имкон яратади.
• Тез тиббий ёрдам ✦ Спазмолитик препаратлар, масалан папаверин гидрохлорид (2 мл. 2 % эритмаси) мушак орасига юборилади, метамизол натрий + питофенон + фенпиверинит бромид (5 мл.) шприцда мушак орасига ✦ Оғриқсизлантирувчи воситалар, масалан тримеперидин (1 мл. 1% эритмаси тери остига).
• Тез ёрдам чоралари самара бермаган тақдирда, бемор урология ёки хирургия бўлимига ётқизилади, у ерда хуружни тўхтатиш учун қуйидагилар бажарилиши мумкин ✦ Паранефрал новокаинли Вишневский бўйича ёки Лорин – Эпштейн усулидаги блокада ✦ Жароҳатланган сийдик йўлини катетерлаш. Тўсиқ юқорисидан ўтказилган катетердан сийдик оқишини тиклаш хуружга барҳам беради ✦ Кейинги амалга ошириладиган ишлар текширув натижаларига кўра белгиланади.

АЁЛЛАРДА СИЙДИК ТУТА ОЛМАСЛИК

Аёлларда сийдик тута олмаслик бу сийдик чиқариш каналининг (йўлининг) ташқи тешигидан беихтиёр сийдик оқиб чиқишидир.

ХКК-10: • N39.3 Беихтиёр сийдик чиқариш • N39.4 Сийдик тута олмасликнинг аниқланган бошқа турлари.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯСИ

20 – 55 ёшдаги аёлларнинг 20 % яқини сийдик тута олмаслик касаллигига чалинган, 35 ёшгача – 15 %, 55 ёшдан ошганларда – 28 % ташкил этади. Гистерэктомиядан кейин сийдик тута олмасликнинг ривожланиш хавфи 60 % тенглашади. Аёлларда сийдик тута олмасликнинг ривожланиш сонига туғиш ва кесар қирқиш амалиётининг таъсири 6 йил давомида қуйидагича: кесар қирқиш операцияси ўтказилган аёлларда – 15,9%, туғруқлардан кейин – 21%.

ХАВФЛИ ОМИЛЛАР

- Ҳомиладорлик, туғиш, эпизиотомия.
- Чанок тубидаги мушакларнинг заифлиги (турли неврологик касалликлар).
- Кофеинни суистеъмол қилиш, чекиш, кам суюқлик ичиш.

СКРИНИНГИ

Сийдик тута олмасликни уят деб ҳисобловчи кўпчилик аёллар шифокорга мурожаат қилишмайди ва унга кексайишнинг табиий жараёни сифатида қарайдилар. Шунинг учун умумий амалиёт варачи ҳамма аёлларга махсус саволлар берган ҳолда скрининг ўтказиши керак. Тавсия этиладиган саволлар:

- Қовуғингизда муаммо борми?
- Сизда сийдик тута олмаслик ҳоллари мавжудми?

Агар иккала саволга ҳам салбий жавоб олингудек бўлса, у ҳолда қуйидагини аниқлашга тўғри келади:

- Сизда ихтиёрсиз сийдик ажратиш ҳолати бўлиб турмайдими?
 - Сийдик оқиб туриши сабабли махсус қистирма (прокладка) қўйиб юрмайсизми?
- Руҳий беморларда клиник текширувни қўллаган ҳолда скрининг ўтказилади. Скрининг пайтида сийдик тута олмаслик касали аниқланганда тўлиқ текширувлар ўтказилиши керак.

КЛАССИФИКАЦИЯСИ

Сийдик тута олмасликнинг қуйидаги турлари мавжуд:

- Стресс ҳолатида сийдик тута олмаслик (барча шундай ҳолларнинг $\frac{3}{4}$ қисми) – жисмоний зўриқиш туфайли сийдик оқиб кетиши.
- Қатъий равишда тута олмаслик. Сийиш қисташи шунчалик кутилмаганда ва куч билан содир бўладики, бемор ҳожатхонага етишга ҳам улгура олмай қолади.
- Аралаш ҳолдаги сийдик тута олмаслик. Стресс ва қатъий (императив) сийдик тута олмасликнинг бирга учраши.
- Қовуқ тўлиб кетиши оқибатида юзага келадиган сийдик тута олмаслик.

ДИАГНОСТИКАСИ

АНАМНЕЗ ВА ФИЗИКАЛ ТЕКШИРУВЛАР

- Даставвал шикоятларнинг табиатини аниқлаш керак бўлади: **стресс** ҳолатида юз берадиган сийдик тута олмасликка қоринда босимнинг ортиши натижасида сийдик ажралиши хос бўлади; **қатъий** равишда сийдик тута олмасликка – ҳожатхонага етиб боришга ҳам имкон бермайдиган тўсатдан кучли қисташи; қовуқнинг тўлиб кетиши билан боғлиқ бўлган сийдик тута олмасликка – сийдикнинг томчилаб ажралиши; аралаш турида – **иккала ҳолат**даги шикоятлар. Сийдик тута олмаслик даражасини билиш учун кун мобайнида бемор фойдаланадиган қистирмалар сони аниқланади.

- Синчиклаб анамнез йиғилади ва жисмоний текширув ўтказилади: эҳтимоли бўлган хавфли омиллар аниқланади.
- Сийдик оқиши оқибатида терида чот оралиғидаги ўзгаришлар синчиклаб текширилади.
- Сийдик чиқарилгандан сўнг қовуқни катетерлаш орқали ундаги қолдиқ сийдикни аниқлаш ва бактериологик текшириш мақсадида сийдикдан намуна олиш.
- Сийдик тута олмасликни истисно қилиш мақсадида сийдик чиқариш кундалигини тўлдириб бориш лозим. Кундаликда сийдик чиқариш вақти, ажратилган сийдик миқдори ва эслатмалар қайд қилиб борилиши керак. Сийдик чиқариш кундалиги сийдик тута олмаслик сабабларини аниқлашга ва уни даволашга оид (юриш – туришдаги) ўзгаришларни амалга оширишга имкон беради.

ЛАБОРАТОР ТЕКШИРУВЛАР

Сийдикнинг умумий таҳлили. Сийдик йўллари инфекцияси вақтинча сийдик тута олмасликка олиб келиши, шунингдек, мавжуд тута олмаслик ҳолатини оғирлаштириши мумкин. Эритроцитурия аниқланганда, сийдик тош ва онкологик касалликларни истисно қилиш керак (сийдикни цитологик текшириш онкологик касалликлар скрининги учун самарасиздир); глюкозурия аниқланганда – сийдик тута олмасликка туртки бўлган полиурияни келтириб чиқарувчи ҚД; протеинурияда буйракнинг ёндош касалликларини истисно қилиш керак бўлади.

Қовуқда қолдиқ сийдик бўлса, таҳлил ўтказиш учун яхшиси ундан катетеризация йўли билан намуна олингани маъқул.

УМУМ КЛИНИК АМАЛИЁТДАГИ ДИАГНОСТИК ТАКТИКА

Сийдик тута олмасликни келтириб чиқарувчи касалликларни аниқлашга эътибор бериш керак.

- Сийдикни доимий равишда тута олмасликка ривожланишдаги аномалиялар ва неврологик касалликлар сабаб бўлиши мумкин.
- Сийдикни вақтинча тута олмасликка қуйидагилар сабаб бўлади: делирий, сийдик йўллари инфекцияси, атрофик уретрит ва/ёки вагинит, дори воситалари қўлланилиши, руҳий касалликлар (депрессия), эндокрин бузилишлар (гипергликемия, гиперкальциемия), ҳаракатнинг чекланганлиги ва ич қотиши.

ДАВОЛАШ

ШИФОХОНАГА ЁТҚИЗИШГА КЎРСАТМАЛАР

Консерватив даволаш самара бермаганда ва хирургик йўли билан даволаш режалаштирилади.

ДОРИЛАРСИЗ ДАВОЛАШ

Даволашни доимо дори воситаларисиз амалга оширишдан бошлаш керак.

Чаноқ мушакларида машқлар ўтказиш, тана оғирлигини камайтириш, қовуқ машғулоти, кофеинни чеклаш – сийдик тута олмасликни енгиллаштирувчи энг самарали воситалар ҳисобланади. Юқорида келтирилганлар айниқса ёш бемор аёллар учун жуда фойдалидир.

Қовуқ электростимуляцияси ушбу касалликнинг ҳар қандай турида самарали бўлиши мумкин.

ДОРИЛАР БИЛАН ДАВОЛАШ

Аёлларда менопаузадан сўнг даволашни вагинал шамлар кўринишидаги эстрогенлар, конъюгацияланган эстрогенлар ёки эстирол тайинлашдан бошлаш керак.

Қатъиян сийдик тута олмаслик ҳолларда антихолинергик дори воситалари самарали ҳисобланади.

- Оксibuтин – кунига 3 – 4 маҳал 2,5 – 5 мг.
 - Бемор оксibuтинни кўтара олмаган тақдирда, толтеродин кунига 2 маҳал 1 – 2 мг. ёки пропантелин бромид 15 мг. кунига 3 – 4 маҳал.
 - Дикломин гидрохлорид 10 – 20 мг., кунига 3 маҳал.
- Сфинктер етишмовчилиги оқибатидаги стресс ҳолатида келиб чиққан сийдик тута олмасликка қарши дори терапияси қўлланилиши мумкин.

- Фойдали препарат – α – адреномиметиклар.
- Қўшилиб келган атрофик кольпитда - эстроген дори воситалари билан 6 – 8 ҳафталик қўшимча даволаш курсини тайинлаш лозим.
- α – адреномиметиклар самара бермаганда, трициклик антидепрессантлар: амитриптилин, мипрамин, дезипрамин 10 – 25 мг.дан кунига 1 – 2 маҳал.

Аралаш сийдик тута олмаслигида эса, трициклик антидепрессантлар асосий дорилар бўлиши мумкин.

БЕМОР АЁЛЛАРГА ЎРГАТИШ

Ўз кuzатувидаги сийдик тута олмаслик касаллигига чалинган беморлар билан умумий амалиёт врачлари доимо тушунтириш ишлари олиб бориши керак.

Жумладан турмуш тарзини ўзгартириш тўғрисида беморларга маълумот бериш лозим: таркибида кофеин моддаси бўлган маҳсулотларни камроқ истеъмол қилиш, етарлича суюқлик ичиш. Ҳомиладорлик вақтида ва туғруқдан кейинги даврда чанок мушакларида машқлар бажаришнинг самарадорлигини тушунтириш.

Қовуқ машқлари (сийдик чиқариш оралиғини ихтиёрий ошириш) сийдикни императив тута олмасликда яхши самара беради.

МУТАХАССИС МАСЛАҲАТИ

- Сийдик ва жинсий аъзоларнинг ривожланиш нуқсонларини аниқлашда уролог маслаҳати зарур.
- Сийдик йўлларида инфекция жараёнлари қайталанганда касалликнинг сабабларини аниқлаш мақсадида сийдик тизимини кўздан кечириш, асбоб-ускуналар ёрдамида текшириш ва уролог маслаҳатини олиш.
- Консерватив даво фойда бермаганда ва сийдик тута олмасликнинг оғир кўринишларида, хирургик йўл билан даволаш учун беморни урогинеколог маслаҳатига юбориш.

КЕЙИНГИ ТАДБИРЛАР

- Даволаш натижаларини ҳар ой назорат қилиб бориш бир марталик текширувга қараганда анча самарали ҳисобланади.
- Ярим йилдан сўнг текширув назорати ўртасидаги оралиқни 3 – 6 ойгача узайтириш мумкин.

Операциядан кейин юзага келувчи инфекциялар (ҳам яра, ҳам сийдик инфекциялари), сийдик тутилиб қолиши, қон оқиши, ич қотиши, қўшни аъзоларнинг шикастланиши каби асоратларнинг олдини олиш учун тезкор

даволашдан сўнг кузатув ўрнатилиши керак. Операциядан кейинги кечки даврда кузатув ишлари 6 ой давомида ҳар 2 – 3 ҳафтада олиб борилиши лозим.

ПРОФИЛАКТИКАСИ

Ҳомиладорлик ва туғруқдан кейинги илк даврда чаноқ тубида жойлашган мушаклар учун машқлар, сийдик тута олмаслик ҳолларини олдини олиш учун хизмат қилади.

ТУМОВ

РИНИТ ТУРЛАРИНИНГ КЛИНИК МАНЗАРАСИ

Жадвал: Ринит турларининг клиник манзараси

Аллергик ринит		Аллергияга алоқадор бўлмаган ринит	
		Эозинофил ринит	Эозинофил бўлмаган (вазомотор) ринит
Оғирлашган ирсий анамнез	Кўпинча	Камдан – кам	Камдан - кам
Касаллик бошлангандаги ёш	Болалар	30-40 ёш	30 – 40 ёш
Белгиларнинг пайдо бўлиши	Мавсумий табиати (баъзан йил бўйи)	Йил бўйи	Йил бўйи
Бронхиал астма сони, %	20 га яқин	30-40	30 – 40
Инфекцияга мойиллик	Ўртача	Рўй-рост ифодаланган	Кам
Полипоз	Эпизодик	Кўпинча	Камдан – кам
Ижобий тери синамалари	Кўпинча	Камдан – кам	Ҳеч қачон
Шилликдаги эозинофиллар миқдори	Ўртача	Кўпинча кўп миқдорда	Жуда кам ҳолларда топилади.

АТРОФИК РИНИТ ВА ОЗЕНА

АСОСИЙ ҚОИДА

- Касалликнинг бошланғич даврида бурун бўшлиғидаги шиллик парданинг атрофик ўзгаришларига эътибор қаратиш керак.

СТАТИСТИК МАЪЛУМОТЛАР

- Ривожланган мамлакатларда атрофик ринит, озенанинг кечки босқичи тобора кам кузатилмоқда. Ҳар йили атиги бир неча ҳолларда диагностика қилинади. Аммо Ўзбекистонда турли салбий экологик таъсирлар оқибатида ушбу касалликлар кенг тарқалгандир.

КЛИНИК МАНЗАРАСИ

- Касалликка хос белгилар – бурун йўллари обструкцияси, бош оғриғи ва бемордан бир неча метр масофадан тараладиган кучли ёқимсиз ҳид.
- Бурун бўшлиғи шиллик пардасининг енгил атрофияси кўпинча кекса ёшдаги беморларда кузатилади. У шиллик ажралишининг бузилиши билан боғлиқ (ёпишқоқ секрет ва бурун бўшлиғида қазғоқлар пайдо бўлиши).

ДИАГНОСТИКАСИ

- Анамнез.
- Риноскопия.
- Бурундан суртма олиб, бактериологик текшириш.
- Бурун бўшлиқлари рентгенографияси.
- Сахаринли синама ўтказиш (шиллик ажралиши тезлигини аниқлаш мақсадида).

ДАВОЛАШ

- Бурун бўшлиғини физиологик эритма билан тез-тез ювиб туриш.
- Бурун бўшлиғига А – витаминли томчилар, оғир ҳолларида А витаминини йилига 2 – 3 марта 1 ойлик курсларда ичиш учун буюриш.
- Бактериологик текшириш асосида антибактериал терапия ўтказишни ҳам эътиборга олиш керак.

КЕЙИНГИ ТЕКШИРИШ ВА ДАВОЛАШ

- Озена аниқланган ҳар бир беморни махсус, жумладан хирургик даволаш заруратини аниқлаш мақсадида мутахассисга юбориш керак.

КЕЙИНГИ КУЗАТУВ

- Даволаниши (бурун бўшлиғини ювиш, қазғоқларни олиб ташлаш) керак бўлган беморларни йилига 2-4 марта тиббий кўрикдан ўтказиб туриш.

АЛЛЕРГИК РИНОКОНЪЮНКТИВИТ

Аллергик ринит ва аллергик риноконъюнктивит – бу бурун шиллик пардаси ва конъюнктиванинг аллергик яллиғланиш билан ўтадиган касалликларидир. Унга мўл ринорея, бурун блокадаси (бурун йўллари бекилиб қолиши), қичиш, қайта – қайта аксириш, аносмия кузатилади. Конъюнктивада қичишиш, шиш, гиперемия, кўз ёшланиши ва баъзан ёруғликдан кўрқиш бўлиши мумкин.

ХКК-10: J30 Вазомотор ва аллергик ринит Н-10 конъюнктивит.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯСИ

- Аллергик ринит ва аллергик конъюнктивит энг кўп учрайдиган аллергик касалликлардан ҳисобланади.
- Кўпинча аллергик ринит ва аллергик конъюнктивит биргаликда учрайди (риноконъюнктивит) кечади.
- Аллергик риноконъюнктивит ўзи мустақил аллергик касаллик сифатида ўтиши ва тизимли аллергик реакцияларда кузатилиши мумкин.
- Касаллик катталарга нисбатан кўпроқ болалик ва ўсмирлик даврда (6 – 13 ёш) учрайди.

Профилактикаси. Профилактика чора-тадбирлари касаллик қайталанишининг олдини олишга қаратилади:

- Сабабчи алерген билан алоқани йўқотиш.
- Специфик бўлмаган қўзғатувчилар (тамаки, автотранспорт тутуни ва ҳ.к.)дан узоқ бўлиш.
- Касбга оид зарарли таъсирларни истисно қилиш.
- Патогенетик ва симптоматик дори воситаларини ўз вақтида қўллаш.
- Аллергенлар ёрдамида ўтказиладиган даволаш ва диагностик чора-тадбирларини фақат махсус хоналарда ҳамда ихтисослашган шифохоналарда аллергологлар кузатуви остида ўтказиш.

КЛАССИФИКАЦИЯСИ

Аллергик риноконъюнктивит оғирлиги, босқичлари ва ҳар хил кечиш турларига кўра классификацияланади.

Аллергик риноконъюнктивит турлари

- Мавсумий риноконъюнктивит. Ҳар хил алергенларга сенсibiliзация (дарахт, ўтлар, гуллар ва замбуруғ уруғлари; – *Cladosporium*, *Penicillium*, *Alternaria* ва бошқалар.
- Йил давомида ўтадиган риноконъюнктивит. Уй ва кутубхона чанги, чанг каналари, хайвон ва қушларнинг эпидермал алергенлари, ҳашарот аэроаллергенлари, моғол замбуруғ алергенлари, овқат маҳсулотлари ва ДВ ларини доимий қабул қилганда.

Касаллик оғирлиги: енгил, ўртача оғирликда ва оғир.

Кечиш босқичлари: зўрайиш, ремиссия.

ДИАГНОЗИ

АНАМНЕЗИ

Касаллик диагностикаси анамнез ва физикал текшириш маълумотлари, умумклиник ва аллергологик текширувлар натижалари асосида аниқланади.

Ринитдаги шикоятлар (битта ёки бир неча белгилар бирга): бурун битиши, қичиши, аксириш, ундан кўп миқдорда ажралма ажралиши.

- Баъзи ҳолларда яққол ринорея (сувсимон ажралма) ва аксириш: кечаси бемор аҳволи яхшиланиши мумкин.
- Бошқа ҳолларда, аксинча, ажралма қуюқ бўлиб, кечаси нафас олиш қийинлашади ва аносмия ривожланади – бундай ҳолат кўпинча узоқ вақтдан бери томир торайтирувчи ДВ лар қўлланганда кузатилади.

- Кўпинча специфик бўлмаган таъсирловчиларга (маиший кимёвий моддалар, кескин ҳидлар, тамаки тутуни ва б.) бурун сезувчанлигининг ошиб бориши (назал гиперреактивлик).

Конъюнктивитдаги шикоятлар: ёш оқиши, кўзга “қум” тушгандек ва ёт жисм бордек ҳис қилиш, кўз ковоқларининг шишиши ва қичиши.

Узоқ вақт кечаётган касалликдаги шикоятлар: томоқда куруклик, йўтал, ўрта кулоқда оғриқ, ҳид билишнинг пасайиши, бурундан қон оқиш, ҳолсизлик, бошда оғриқ ва катарал ёки йирингли гайморит/этмоидит, отит, конъюнктивит билан боғлиқ шикоятлар.

Ринит ва конъюнктивит белгиларининг кўриниш даражаси ҳар хил бўлиши мумкин.

АЛЛЕРГОЛОГИК АНАМНЕЗ

- **Аллергик риноконъюнктивитнинг йил бўйи ўтадиган тури.**
 - ◆ Касалликни йил бўйи қўзиб юриши.
 - ◆ Беморлар аллергия таъсирида пайдо бўлган белгилар ўртасидаги боғлиқликка аҳамият беришлари (ҳайвонлар жуни, хоналарни тозалаш ва ҳ.к.).
 - ◆ Организмнинг чидамлилиқ қобилияти сусайганда ёки аллергия сабабчилари билан алоқада бўлганда (хонани тозалаганда, китоб чанглари, ҳайвон жунлари ва ҳ.к.) касаллик белгиларини намоён бўлиши.
 - ◆ Касаллик тез-тез қайталанмаганда “сабабчи” аллергияни махсус аллергия текширувлар ёрдамида аниқлаш.
 - ◆ Баъзан унинг келиб чиқишида бошқа аллергия касалликларни (атопик бронхиал астма, атопик дерматит) сабаб бўлиши.
- **Аллергик риноконъюнктивитнинг мавсумий шакли.** Касалликни аниқ мавсумий характерга эга (белгилар айнан маълум бир мавсумда пайдо бўлади) бўлиши.
 - ◆ Чангланиш оқибатида ривожланадиган сенсibiliзацияда қуйидаги белгилар аниқланади:
 - ✦ Юқорида санаб ўтилган шикоятлардан ташқари, гул чангланган вақтда: бронхиал астма белгилари, ҳолсизлик, иштаҳа йўқолиши, депрессия, мигрен ҳуружлари, ревматик реакцияга ўхшаш белгилар. Чанг ошқозон-ичак йўлига тушганда – кўнгил беҳузур бўлиши, қусиш, қорин соҳасида оғриқ, эшакэм тошмалар ва Квинке шиши кузатилади.
 - ✦ Хос белгиси: куруқ шамолли ҳавода, гулзор ва дарахтзорларда бемор аҳволи оғирлашиши.
 - ✦ Пардоз воситаларидан фойдаланганда, таркибида ўсимлик экстрактлари бўлган дорилар қўлланганда, ўсимлик маҳсулотларини истеъмол қилганда касалликнинг барча белгилари намоён бўлиши (пастга қаранг *дориларсиз даволаш*).
 - ◆ Замбуруғли сенсibiliзацияда қуйидаги белгилар кузатилади:
 - ✦ Касаллик кўпроқ баҳор ва куз мавсумларида авж олади. Белгиларни баъзан бутун иссиқ мавсумда ҳам сақланиши.

✦ Яхши шамоллатилмаган ва нам хоналарда бўлганда, куриган сомон ва ўт билан алоқада ҳамда ачитки маҳсулотларни (квас, пиво, оширма хамир, пишлоқ ва ҳ.) истеъмол қилганда бемор аҳволининг оғирлашиши.

- Кана аллергенларига ўта сезувчанлик клиник белгиларни айрим ҳолларда мавсумий характерга эга (бахор ва куз – уй чангидаги каналар актив кўпаядиган давр) бўлиши.
- Бемор турли хил сенсibiliзацияга эга бўлиши мумкин: ҳар куни алоқада бўладиган ва фақат маълум мавсумда ҳавода мавжуд аллергенларга. Бундай ҳолларда риноконъюнктивит белгилари йил бўйи давом этиб, одатда мавсумда аҳволи оғирлашади.

Анамнез йиғишда беморда бошқа аллергик касалликларнинг ва оилавий аллергик анамнез мавжудлигини ҳисобга олиш керак.

ФИЗИКАЛ ТЕКШИРИШ

- Бурун орқали нафас олиш қийинлашганлиги (қатор ҳолларда бемор оғиз орқали нафас олади).
- Юз шишганлиги.
- Аксириш.
- Бурундан жуда кўп ажралмалар келиши (иккиламчи инфекция кўшилиши натижасида бурундан шиллиқ–йирингли ажралма).
- Бемор қўл кафти билан бурун учини ишқалаши (“аллергик салют”).
- Кўздан ёш оқиши.
- Конъюнктиванинг гиперемияси ва шиши.
- Касаллик оғир кечганда қовоқ, юз шишиши, кўзлар остида тўқ рангли доиралар кузатилиши.

ЛАБОРАТОР ВА ИНСТРУМЕНТАЛ ТЕКШИРИШ

Ўтказилиши зарур лаборатор текширишлар

- Периферик қонда эозинофилларни санаш (эозинофилия кўпинча касаллик кўзиганда қайд қилинади).
- Бурундан олинган суртмани эозинофилияга цитологик таҳлил (эозинофиллар нисбий миқдорининг ошиши – 10% дан юқори) қилиш.
- Кўздан олинган суртмани эозинофилияга цитологик таҳлил қилиш (сифат таҳлили).

Қўшимча лаборатор текширувлар

- Бурун ажралмасини юқумли флорага экиш йўли билан текшириш.
- Бурун бўшлиғидан олинган биоптатни цитологик текшириш.
- Кўз ажралмасини бактерияларга ва вирусларга текшириш.

Зарур инструментал текширишлар: буруннинг ёндош бўшлиқларини рентгенда текшириш.

Қўшимча инструментал текширишлар: олдинги риноманометрия.

Зарур аллергологик текшириш: атопик аллергенлар билан тери синамалари.

Қўшимча аллергологик ва иммунологик текширишлар:

- Атопик аллергенлар билан кўзгатувчи назал синамалар.
- Атопик аллергенлар билан кўзгатувчи конъюнктивал синамалар.

- Қон зардобида IgE^D ни умумий миқдорини аниқлаш (иммунофермент таҳлили).
- Қон зардобидаги специфик IgE^A миқдорини радиоаллергосорбент синама ёрдамида аниқлаш.

Қасаллик анамнез маълумотлари ва текширув натижаларини таққослагандан кейингина диагноз қўйилади!

**Жадвал: РИНИТ ФОРМАЛАРИНИНГ ДИФФЕРЕНЦИАЛ
ДИАГНОСТИКАСИ**

Формаси, таърифи	Аллергик	Вазомотор	Юкумли	Эозинofil
Касалликни бошланиши	Кўпроқ ёш болаларда учрайди	671 Катталарда кўп учрайди	Каттала рда кўп учрайди	Каттал арда кўп учрайди
Анамнезида аллергия касаллик мавжуд	Хос белги	Хос эмас	Хос эмас	Хос эмас
Оилада аллергия касаллик	Хос белги	Хос эмас	Хос эмас	Хос эмас
Элиминация самараси	+	-	-	-
Мавсумийлиги	Бўлиши мумкин	Йўқ	Йўқ	Йўқ
Бурун шиллик қавати	Шишган , оқиш рангда	Шишган, пушти рангда	Шишган , гиперемияланган	Кўпин ча полипоз, шишган, оқиш рангда
Бурун бўшлиғидаги ажралма характери	Мўл, сувсимон ёки шилликли	Суюқ, сувсимон ёки шилликли	Йирингли, сариқ ёки кўкимтир	Кўп миқдорда суюқ, сувсимон
Периферик қон эозинофилияси	Кўпроқ касаллик зўрайганда	Йўқ	Йўқ	Йўқ
Бурун бўшлиғидан олинган материалларни цитологик текшириш	Эозинофиллар миқдорини ортиши	Эозинофиллар- ни ортиши кузатилмайди	Эозинофиллар сонини ортиши кузатилмайди	Эозинофиллар сонини сезиларли ортиши
Аллергенлар ёрдамида қўзғатувчи синама ўтказиш	Мусбат	Манфий	Манфий	Манфий
Қон				Мў

ДИФФЕРЕНЦИАЛ**ДИАГНОСТИКАСИ**

Ринит ва конъюнктивитнинг бирга учраши касалликнинг аллергик табиатини тахлил қилишга асос бўлади.

- Аллергик ринит, вазомотор, юқумли ва эозинофил ринитлар билан дифференциация қилинади. Дифференциал диагноз ўтказишда анамнез маълумотлари ва умумклиник ҳамда аллергологик текширув натижалари ҳисобга олинади. Ринитнинг турли формалари тавсифномаси жадвалда келтирилган.
- Аллергик конъюнктивитни юқумли (бактериал, вирусли, замбуруғли) формалари, кимёвий конъюнктивит ва ксерофтальмия билан дифференциал диагнози учун ўхшаш мезонлар қўлланилади (жадвалга қаранг). Аллергик конъюнктивит учун қуйидаги белгилар хос ♦ Элиминациянинг мусбат самараси ♦ Периферик қонда ва конъюнктива материалида эозинофилия ♦ Аллергенлар билан ўтказилган конъюнктива ва тери синамалари мусбат ♦ Қон зардобда специфик IgE миқдорининг ошиши ♦ Бемор ва оилавий анамнезларда бошқа аллергик касалликлар борлиги.
- Аллергик риноконъюнктивитга шубҳа бўлган беморларга аллергик касалликлар кундалигини юритиш тавсия этилади. Унга бемор касаллик белгилари, ташқи муҳит шароитлари таъсири, шу куни ишлатилган дори воситаларини қайд қилади.
- Кундалик кўрсаткичларининг тахлили касалликнинг аллергик табиатини тахмин қилишга имкон беради. Касалликнинг мавсумий кечишини ўсимликларнинг гуллаши ва беморда клиник белгилар пайдо бўлиши ҳамда йўқолиши билан таққослаш зарур.

МУТАХАССИС МАСЛАҲАТИГА КўРСАТМАЛАР

Аллерголог маслаҳати ташҳисни тасдиқлаш ва специфик текшириш ўтказиш учун тавсия қилинади. Асоратларнинг олдини олиш мақсадида оториноларинголог билан окулист маслаҳати зарур бўлади.

ДАВОЛАШ

Даволаш мақсади: аллергик ринит ва конъюнктивит белгилари устидан тўлиқ назорат қилиш.

Шифохонага ётқизишга кўрсатмалар. Кўп ҳолларда риноконъюнктивитни даволаш оилавий поликлиника ёки қишлоқ врачлик пунктлари шароитида олиб борилади. Шифохонага ётиб даволаниш оғир ва / ёки касалликнинг асоратланган даврида, тезлашган аллергенспецифик иммунотерапия курсини олишга зарурат туғилганда тавсия этилади.

ДОРИ ВОСИТАЛАРИСИЗ ДАВОЛАШ

Даволаш самарадорлигини ошириш мақсадида беморга аллергияни чақирувчи воситалар билан ишлашни зудлик билан тўхтатиш ёки имкон борича қисқартириш. Бемор даволаш – профилактик тавсияларни унинг сенсibiliзациясига мувофиқ равишда олиши керак.

Маиший ва эпидермал аллергенларга сенсibiliзация

- Барча ўрин – кўрпаларда табиий нарсалар – пар, жун, тивитлар бўлмаслиги керак. Уларни синтетик материаллар билан тўлдириш ва ўз вақтида тозалаб туриш лозим.
- Уйга узун юнгли гиламларни тўшаш ва деворга осиш тавсия этилмайди.
- Барча китоблар ойнаванд шкафда туриши зарур.
- Хоналарни имкони борича тез-тез намлаб тозалаш тавсия этилади. Намликни оширмаган ҳолда кондиционерлардан фойдаланилади.
- Зах ва чанг – тўзонли жойларда ишлаш тақиқланади.
- Уйда ўсимлик, гулларни сақлаш тавсия этилмайди.
- Уй ҳайвонлари (уларнинг катта – кичиклигига, жунларининг узун – қисқалигига қарамасдан) ва паррандаларини боқиш ҳамда улар билан ишлаш мумкин эмас. От қазғоғига аллергияси бўлган беморларга унинг зардобидан фойдаланиш ва биопрепаратларини юбориш тақиқланади.

Замбуруғли аллергияларга сенсбилизация

- Намлиги юқори бўлган хоналарда (зах уйларда, ертўлаларда ва б.) бўлиш тавсия этилмайди.
- Хашак (ўт) ўрилган ва нам ўтли – жойларда юриш тақиқланади.
- Специфик гипоаллергик парҳез буюрилади: хамиртурушли маҳсулотлар, тузланган карам, пиво, квас, пишлок, вино, ликёр, ферментация жараёнидан ўтган бошқа маҳсулотлар, шунингдек қанд, фруктоза, сорбит, кит ва бошқа ширин озиқ-овқатлар бундан мустасно.
- Антибактериал даволашдан олдин аллергиялог маслаҳати зарур.

Чангдан бўладиган аллергияларга сенсбилизация

- Ўсимликларнинг гуллаш даврида яшаш иқлим шароитни вақтинча ўзгартириш тавсия этилади.
- Тоғли худудларда аллергия реакцияни чақирувчи ўсимликлар гуллаганда тоққа чиқиш ман қилинади.
- Маълум ўсимлик чангига аллергия реакцияси бор беморлар учун айнан шу ўсимликларнинг гуллаш даврида режали хирургик амалиёти ва профилактик эмлаш ишларини ўтказиш тақиқланган. Ўсимликларнинг гуллаш даврида унинг чангига аллергияси бор беморга шошилиш хирургик даволаш талаб қилинганда аллергиялог маслаҳати зарур. ДВ лари сифатида антигистаминларнинг уколлари ва систем ГКС лардан фойдаланилади.
- Таркибида ўсимлик экстрактлари бўлган дори ва пардоз воситаларидан фойдаланиш ман қилинади.
- Аллергия касаллиги бор беморларда унинг кечишини кузатиш ва даволашнинг самарасини баҳолаш учун бир мавсум ёки бир неча йил кундалик тутиб, натижаларни қайд қилиб бориш буюрилади.
- Дарахт чангланишидан бўладиган аллергияда қуйидагиларни овқатланиш рационидан истисно қилиш тавсия қилинади: ёнғок, хўл мевалар, олма, олча, гилос, шафтоли, олхўри, сабзи, петрушка, сельдер, кашнич киви. Бошоқли ўсимликлар чангига аллергия бўлса: пиво, квас, маккажўхори, соя, дуккакли ўсимликлар, ерёнғок, шовул, ёрмали бўтқалар, бошоқли ва ун маҳсулотлари,

кофе, какао, дудланган колбаса тавсия этилмайд. Ёввойи ўтлар чангига аллергия бўлса, қуйидагиларни истисно қилиш тавсия этилади: кунгабоқар уруғи, ёғи (холваси, майонез ва б.к.), цикорий, қовун, тарвуз, кўкатлар, қизил лавлаги, исмалоқ ва таркибига шулар қўшилган ширин ичимликлар.

Озиқ-овқат ва дори аллергияларига сенсбилизация

Ҳақиқий овқат ва дори аллергияси жуда кам ҳолларда риноконъюнктивит кўринишида намоён бўлади.

ДОРИЛАР БИЛАН ДАВОЛАШ

- Фармакотерапия (касалликнинг кўзиш даврида белгиларига унга қарши ва базис даво ўтказилади).
- Иммунотерапия (патогенетик даволаш).

Мавсумий риноконъюнктивит белгиларини даволаш.

- Аллергияга қарши огоҳлантирувчи даво, касалликнинг ўтган йилги шу мавсумда қандай кечганлиги ҳақидаги маълумотларни таҳлил қилгач, тахмин қилинган мавсумий кўзиш даври бошланишидан 1-2 ҳафта олдин тайинланади.
- Касалликнинг мавсумий кўзишини сўндиришга қаратилган даво.

Йил бўйи давом этадиган риноконъюнктивит белгиларини даволаш.

- Базис (кундалик) даво бемор аллергия билан алоқада бўлганда ахволининг барқарорлигини таъминлайди.
- Касалликнинг кўзишини сўндиришга қаратилган даво.

Риноконъюнктивит ҳуружини даволаш

Риноконъюнктивитнинг мавсумий ва йил давомидаги кўзиш босқичида маҳаллий ва тизимли таъсир қилувчи дори воситалари қўлланилади.

- Маҳаллий даволашда қўлланиладиган дорилар.
 - ◆ Риноконъюнктивитнинг ўртача клиник белгилари бўлганда кромоглицинат кислота интраназал спрей кўринишида (ёз-баҳор ва йил давомида учрайдиган ринитни даволаш) 2,8 мг. дан ҳар бир бурун йўлига кунда 4-6 маҳал ва кўз томчилари (конъюнктивитни даволаш) 1-2 томчидан кунда 4-6 маҳал қўлланилади.
 - ◆ Мукобил дори сифатида антигистамин препаратлар интраназал ва кўз томчиси кўринишида - левокабастин 2 марта инстиляциядан ҳар бир бурун йўлига 2-4 марта ва кунда 2-4 маҳал конъюнктивит халтасига томизилади, азеластин 1 инстиляциядан бурун йўлларида кунда 2 марта ва 1 томчидан кунда 2 маҳал конъюнктивит халтасига, дифенгидраминнинг 0,2% ва 0,5% ли эритмасидан (аллергик конъюнктивитда) 1-2 томчидан кунда 2-5 маҳал, интраназал (аллергик ринитни даволаш) 0,05 г. дан.
 - ◆ Яққол назал обструкцияда ГКС яхши самара беради – беклометазон (400 мкг.) кунда 1-4 дозадан, мометазон (100мкг.) 2 дозадан кунда 2 маҳал ёки будесонид (200мкг. – 400 мкг.) 2 дозадан кунда 2 маҳал ёки флутиказон (200 мкг.) 2 дозадан кунда 2 маҳал ёки триамцинолон (220 мкг.) 2 дозадан кунда 1 маҳал.
 - ◆ Тўлиқ назал блокадада аллергияга қарши интраназал ДВ лари юборишдан бир неча дақиқа олдин α -адреностимуляторлар нафазолин, оксиметазолин ёки

кометазолин 2-3 инстиляциядан кунда 2-4 маҳал, фенилэфрин (мавсумий аллергия ринитда) 3-5 кун давомида.

- ◆ Мўл назал секрецияда антихолинергик ДВ лар: ипратроп бромид 2-3 дозадан ҳар бир бурун йўлига кунда 3 марта.
- ◆ Аллергик конъюнктивит оғир кечганда: преднизолоннинг 0,5% ли эритмаси 1-2 томчидан кунда 3 маҳал, ўткир кечганда ҳар 2-4 соатда 2 кун давомида, 1-2 ҳафта мобайнида дозани аста-секин камайтириш билан. Шунингдек, α -адреностимулятор 0,025-0,05% нафазолин 1-2 томчидан конъюнктива бўшлиғига кунда 1-3 маҳал. Иккиламчи инфекция кўшилганда таркибида антибактериал (гентамицин) ва гармонлар (бетаметазон) бўлган ДВ лар қўлланилади.
- **Тизимли таъсирли ДВ лар** – касаллик ҳуружда аллергияга қарши маҳаллий воситаларни тизимли таъсир кўрсатувчи дорилар билан биргаликда қўллаш зарур.
 - ◆ Биринчи авлод антигистамин ДВ лари (H_1 -блокаторлар): клемастин ёки хлоропирамин 10 кунлик даволаш курси, 1 таблеткадан кунда 2-3 марта. Яққол белгилар кузатилганда биринчи кунда парентерал 2,0 мл. дан 1-2 марта (м/о ёки в/и).
 - ◆ Муқобил даво сифатида иккинчи авлод антигистамин ДВ лари (H_1 -блокаторлар): лоратадин ёки цетиризин (ринит, конъюнктивит, поллинозни даволаш) 1 таблеткадан (10 мг.) кунда 1 маҳал ёки дезлоратадин кунда 1 таблеткадан (5 мг.). Ринит белгилари мавжуд бўлиб ва конъюнктивит кузатилмаганда эбастин кунда 10-20 мг. дан ёки фексофенадин (ринит, поллиноз) кунда 1 таблеткадан (120 ёки 180 мг.).
 - ◆ Ҳужайралар мембранасини барқарорлаштирувчи антигистамин ДВ лар: кетотифен (ринит, конъюнктивит, поллиноз) бир таблеткадан кунда 2 маҳал даволаш курси 3 ойгача.

Аллергик риноконъюнктивитни базис терапияси

- Тизимли таъсир этувчи антигистамин ДВ лар (H_1 -блокаторлар) таблетка шаклида.
- Ҳужайралар мембранасига мутадиловчи таъсир этувчи антигистамин дорилар.
- Кромоглицинат кислота препаратлари.
- Касаллик оғир кечганда – маҳаллий ГКС.

Дорилар тўғрисида маълумот ва дозалари юқорида кўрсатилган. Қўллаш муддати бир курс дозаси билан белгиланади. Уларни танлаш ва биргаликда базис даво сифатида қўллаш касалликнинг оғирлиги, беморни уни кўтара олиши ҳамда ҳаёт тарзи билан белгиланади.

Мавсумий ва йил бўйи давом этадиган аллергия риноконъюнктивитни патогенетик усул билан даволаш – аллергия томонидан аллергияспецифик иммунотерапия касаллик ҳуруж қилмаган даврда тайинланади ва ўтказилади.

Аллергик риноконъюнктивит асоратларини даволаш. Аллергик риноконъюнктивит асоратларини даволаш (бурун ва унинг қўшимча бўшлиқлари полипоз, гайморит/этмоидит, отит ва кўзнинг яллиғланиш касалликлари ва ҳ.).

- Иккиламчи инфекция кўшилганда аллергияга қарши даво антибактериал, яллиғланишга қарши чоралар, санация ўтказиш ва бошқа муолажалар билан бирга қўшиб олиб борилади.
- Бурун полипозидида маҳаллий ГКС воситалар (беклометазон, будесонид, флутиказон, триамцинолон) курс бўйича тавсия этилади.

ХИРУРГИК ДАВОЛАШ

Хирургик даволашга кўрсатмалар: • Консерватив даволаш барқарор ремиссия ва бурун орқали эркин нафас олишни таъминламаганда • Бурун чиғаноқлари гипертрофиясининг қайтмас (фиброз ва сурғичсимон) турлари • Бурун бўшлиғининг аномалиялари бўлганда • Бурун бўшлиқлари касалликларини (кисталар, сурункали йирингли жараён) бошқа йўл билан бартараф қилишнинг имкони бўлмаганда.

БЕМОРНИ ЎРГАТИШ

Беморга ўргатишдан мақсад касалликнинг авж олиши ва зўрайишини олдининг олишдир. У билан касаллик табиати, унинг симптоматик ва патогенетик даво усуллари, даволашда дориларни тўғри танлашнинг аҳамияти, сабаб бўлувчи аллергенлар элиминацияси бўйича даволаш-профилактика тавсияларига риоя қилиш тўғрисида суҳбат ўтказилади. Ҳар бир беморга аллергенлардан қандай сақланиш тўғрисида эслатма (ёки шифохонадан касаллик тарихидан кўчирма ёзиб) берилиши керак.

МУТАХАССИС МАСЛАҲАТИГА КЎРСАТМАЛАР

Симптоматик ва аллерген специфик даволаш курсини ўтказиш учун аллерголог маслаҳати зарур бўлади. Шунингдек, касаллик асоратларини даволаш мақсадида бемор отоларингологга юборилиши керак.

КЕЙИНГИ ОЛИБ БОРИШ

Қуйидаги ҳолларда беморлар аллерголог назоратида бўладилар.

- Мавсумий ва йил бўйи давом этадиган аллергик риноконъюнктивит касаллигига чалинган беморлар.
- Йил бўйи давом этадиган аллергик риноконъюнктивит касаллигига чалинган беморлар эса йилнинг фаслидан қатъий назар касалликнинг кечиш ва даволаш жараёнини кузатиб туриш мақсадида.
- Аллергик риноконъюнктивитнинг мавсумий формасида эса беморларга аллерголог маслаҳати кўрсатилган ♦ Касаллик хуруж қилишидан 1-2 ҳафта олдин – мавсумий даволаш буюриш масаласини ҳал қилиш учун ♦ Гуллаш мавсумида – ўтказилган даво чоралари самарасини баҳолаш учун ♦ Кейинчалик – мавсумдан кейинги патогенетик даволашни давом эттириш учун.

ПРОГНОЗИ

- Касалликнинг прогнози ♦ Беморнинг индивидуал сезувчанлигига ♦ Атроф мухит шароитларига ♦ Касалликнинг эрта диагностикаси ва даволашга боғлиқ бўлади.
- Замонавий диагностика ва монанд даволаш усулларининг йўқлиги бронхиал астма касаллигининг шаклланишига ва асоратлар ривожланишига олиб келади (аллергик ринит 20% ҳолларда бронхиал астма билан қўшилиб келади).

- Даволаш-профилактика тадбирларига риоя қилинганда, монанд симптоматик ва патогенетик даво қўлланилганда кўп ҳолларда прогноз яхши бўлади ♦ Касалликни клиник белгилари камаяди ♦ Турли хил бошқа касалликлар ва аллергиялар пайдо бўлишига сабаб бўлаётган хавф – хатар озаяди ♦ ДВ ларини қабул қилишни камайтириш имкони туғилади.

СИНУСИТ ДИАГНОСТИКАСИ

ХКК – 10: • J01 Ўткир синусит • J32 Сурункали синусит.

- УТТ – синуситга диагноз қўйишда бемор учун хавф туғдирмаслиги туфайли асосий (нурланиш йўқ) текширув усули ҳисобланади.
- Бурун бўшлиқларини текширишда тўғри бажарилган УТТ таъсирчанлиги ва ўзига хослиги билан рентгенологик текширув кўрсаткичларига мос келади.
- Агар касаллик белгилари сақланса ёки қайталаса рентгенография ўтказилиши керак. Бу сурункали синусит деб тахмин қилишга асос бўлади.
- Даволаш усулини танлашда УТТ ёки рентгенологик текшириш натижалари ҳисобга олиниши керак: агар текширув пайтида патологик ўзгаришлар кўзга ташланмаса, у ҳолда антибиотиклар билан даволаш ўтказилмайди.

УТТ

- УТТ сезувчанлиги тахминан 80% ни ташкил этса ҳам, амалиётда 60 – 70% дан ошмайди. Тўғри бажарилган УТТ ҳатто фронтитни аниқлашга ҳам имкон беради.

ЎТКИР ГАЙМОРИТ

ХКК– 10: • J01.0 Юқори жағнинг ўткир синусити.

- Одатда “гайморит” ибораси “синусит” ибораси билан бир хил тушунча деб қаралади, ҳолбуки инфекция буруннинг бошқа қўшимча бўшлиқларини ҳам жароҳатлаши мумкин. Амалиётда ўткир гайморит деганда беморнинг юқори жағ синусида суюқлик йиғилиб, ўзига хос белгилар билан кечган касаллик тушунилади.
- Гайморитдан олдин аксарият ҳолларда юқори нафас йўлларида вирусли инфекцияси кузатилади. Оддий шамоллаш 5% дан кам ҳоллардагина гайморит билан асоратланиши мумкин.
- Аллергик ёки вазомотор ринит, шунингдек органик нуқсонлар гайморитнинг ривожланишига мойиллик туғдиради. Муҳим патогенетик омиллари – юқори жағ синуси тирқишининг обструкцияси ва синус шиллиқ пардаси эпителийсидан киприксимон туклари функциясининг бузилиши.
- Ривожланиш анатомиясига кўра гайморит (гаймороэтмоидит) – 3 ёшдан кичик бўлган болаларда тез – тез учрайдиган касалликлардан бири.
- Синусит диагностикасида антибиотикотерапия ёки кузатув усуллари оддий шамоллаш аломатининг дастлабки 7 кунда ўтказилмайди.

- Катта ёшдагилар ва 4 ёшдан ошган болаларда синусит УТТ ёрдамида диагностика қилинади.
- Антибиотиклар фақат юқори жағ бўшлиғида суюқлик бўлгандагина ишлатилади.
- Синусит – бронхиал астма кечишининг оғирлашув сабаби ҳисобланади.
- Қайталаган синуситда уни келтириб чиқарган омилни мақсадли тарзда аниқлаш керак.

КЛИНИК МАНЗАРАСИ

- Юзда буруннинг инфекцияланган қўшимча синуси устида оғриқ бўлиши.
- Бурундан йиринг ажралиб чиқиши.
- Узоқ муддатли йўтал ва ринит.
- Бош оғриши.
- Ҳид сезиш қобилятининг ёмонлашуви.

САБАБЛАРИ

- *Haemophilus* – 30 – 40% • Пневмококклар – 20 – 30% га яқин • Моракселлар, стрептококклар, вируслар, анаэроблар, бошқа бактериялар.

ДИАГНОСТИКАСИ

- УТТ – катталар ва 4 ёшдан ошган болаларда диагностиканинг мутлоқ ишончли усули, бироқ бу текширувни ўтказиш учун муайян тажриба керак. Бўшлиқда ортиқча суюқлик тўпланганини тўғри аниқлаш 80 – 95% ни ташкил этади. Агар беморнинг юқори жағ бўшлиғида гайморитга хос енгил ёки ўртача оғирликдаги клиник белгилар мавжуд бўлиб, аммо суюқлик тўпланиши қайд этилмаса, у ҳолда антибиотиклар буюрмаслик керак. Касаллик белгилари сақланиб қолган тақдирда, беморга бир неча кундан сўнг яна врач хузурига келишни уқтириш лозим.
- Рентгенография ўтказилганда унинг ишончли диагностик белгилари – суюқлик сатҳи ва синуснинг тиниқлигидир. Шиллиқ парда шиши кўпинча болаларда қайд этилади.
- Агар текширув ўтказишнинг имкони бўлмаса ва беморда касалликнинг оғир белгилари бўлса, унда антибиотик буюриш ҳамда диагностик ёки даво мақсадида ювиш муолажасини амалга ошириш мумкин.

ДАВОЛАШ

- Оптимал даволаш – 7-10 кун давомида антибиотикотерапия. Яққол оғриқ белгилари ёки гайморит тез-тез қайталанганда врачга илк бор мурожаат қилингандаёқ юқори жағ синусларини ювиб тозалаш лозим.
- Самарали дорилар: ✦ Амоксициллин: катталарга 500 – 750 мг.дан кунда 2 маҳал, болаларга 40мг/кг. ёки ✦ феноксиметилпенициллин 2 млн. бирликда кунда 2 маҳал катталарга, 100 000 бирлик/кг. да кунига 2 маҳал болаларга.
- Муқобил препаратлар: ✦ доксициклин (пневмококкнинг айрим турлари чидамли бўлиши мумкин) ✦ макролидлар (*Haemophilus influenzae* нинг айрим турлари чидамли) ✦ амоксициллин + клавулан кислота ✦ цефалоспоринлар ✦ ко – тримоксазол (пневмококка ўртача таъсир этади).
- Функционал бузилишларни консерватив даволаш бурун битишини бартароф этувчи дориларни маҳаллий қўллашдан иборат.

- Мабода антибиотикотерапия курси тугагандан сўнг ҳам белгилар сақланиб қолса, бемордан яна врач хузурига келиш сўралади. Агар УТТ ёки рентгенологик текширувда юқори жағ синусида (ёки жағнинг юқори бўшлиғида) суяқлик топилса, синусни ювиш мумкин.

ЖАҒНИНГ ЮҚОРИ СИНУСИНИ ЮВИШ

- Маҳаллий анестезия учун 4% лидокаин эритмасининг ҳар 5 мл. га 2 – 3 томчи 0,1 % эпинефрин эритмаси қўшиб ишлатилади. Ушбу эритма билан тампон намланиб, бурун пастки чиғаноғи остидаги бўшлиқ шиллик пардасига жойлаштирилади. Етарли анестезия 20 минут ўтгач содир бўлади.

- Пункция мандренли тўғри игна билан бажарилади. Муолажа ўрни пастки бурун чиғаноғи ёпишган жойдан 2-3 см. ичкарида бўлади.

- Тана ҳароратигача иситилган физиологик эритма эҳтиёткорлик билан синусга юборилади ва у ердан тешик орқали бурун бўшлиғига оқиб чиқади. Эритма киритилишига кучли қаршилик бурун бўшлиғида ёпишқоқ шиллик ёки тешик обструкцияси борлигига боғлиқ. Эритмани синусга куч билан киритмаслик керак. Синусга ҳаво юбориш тавсия этилмайди.

Яллиғланган секрет аниқланганда ювишни такрорлаш мумкин. Суяқлик сатҳининг борлигини игна санчилгунга қадар УТТ ёрдамида тасдиқланиши керак.

ҚАЙТАЛАНУВЧИ ГАЙМОРИТГА ОЛИБ КЕЛУВЧИ ОМИЛЛАРНИ АНИҚЛАШ

- Аллергик ринит (анамнез, бурундан олинган суртмада эозинофиллар бўлиши) • Шиллик парда шиши, полиплар, бурун тўсиғининг қийшайиши (олдинги риноскопия) • Тишларнинг ҳолати (одонтоген гайморит) • Аденоидлар (хуррак, оғиздан нафас олиш).

МУТАХАССИС МАСЛАҲАТИГА КўРСАТМАЛАР

- Икки марта антибиотикотерапиядан сўнг ҳам синусит борлиги аниқланган бемор болалар • Катталарда касалликни тез – тез қайталаши (6 ой ичида 3 мартадан кўп) ёки сурункали синусит (5 марта такрорий ювишга қарамай, бурундан доим шиллик ажралиб туриши) • Ювиш учун бурунга доимий найча киритиш – буни мутахассис бажаради. Найчаларни 3 ҳафтадан ортиқ қолдириб бўлмайди. Бурундан шиллик ажралиши тўхтамаганда қайта мутахассис маслаҳатини олиш керак.

ХИРУРГИК ДАВОЛАШ

Кўрсатмалар • Қайталаган ўткир гайморит • Хирургик йўл билан даволаш тўғрисида диагностик эндоскопия ва синусларни КТ қилиш маълумотларига асосан хулоса чиқарилади.

Операциялар • Эндоскопик фенестрация – олдинги ғалвирсимон синусдан яллиғланган шиллик парда олиб ташланади ва юқори жағ синусининг табиий тирқиши кенгайтирилади.

Натижалар • Шиллик парда репарацияси синус ҳилпилловчи эпителийсининг киприкчалари фаоллигини оширади.

ЎТКИР РЕСПИРАТОР ВИРУСЛИ ИНФЕКЦИЯЛАР

Ўткир респиратор вирусли инфекциялар (ЎРВИ) – ўткир инфекцион касалликлар гуруҳи бўлиб, нафас йўлининг турли бўлимларини шикастлаш хусусияти бўлган вируслар таъсирида юзага келади. Улар – энг кўп тарқалган ўткир юқумли касаллик гуруҳига киради. Аксарият ҳолларда ЎРВИ умумий интоксикация ва респиратор белгилардан ташкил топган ўхшаш клиник кўринишга эга. Диагностика, даволаш ва инфекция тарқалишининг олдини олиш тамойиллари ЎРВИ нинг барча турлари учун (эпидемиологияси ва профилактикаси ўзига хос бўлган гриппдан ташқари) умумийдир.

Этиологияси. ЎРВИ қўзғатувчилари – “респиратор вируслар” деб аталувчи катта гуруҳ (грипп, парагрипп вируслари, аденовирус, РСВ, рео- ва риновируслар) ташкил қилади. Уларнинг ҳаммаси нафас йўли эпителийси тўқималарида яшаш қобилятига эга.

Эпидемиологияси • ЎРВИ – типик антропонозлар ҳисобланади • Инфекция манбаи – бемор одам, камдан – кам ҳолларда ташувчи • Асосий ташиш йўли – ҳаво томчи, асосий тарқалиши – томчи ҳолида • ЎРВИ қўзғатувчилари ташқи муҳитга нисбатан чидамли ва шунинг учун ҳам алоқа йўли билан тарқалиши мумкин • Гарчи касалланиш йилнинг совуқ вақтида кўпроқ бўлса ҳам, кўпчилиги аниқ мавсумийликка эга эмас. Бундан истисно – грипп ҳисобланиб, унинг эпидемиялари ёки мавсумий кўпайиши йилнинг октябр – май ойларига тўғри келади.

Анамнези • ЎРВИ билан оғриган бемор билан алоқада бўлганлик • Касалликнинг асосий белгиларидан бир кун олдин “шамоллаш омили” бўлганлиги ёки ўта совуқ қотганлик. Гарчи совқотиш билан ЎРВИ ўртасидаги боғлиқлик шубҳа туғдирмасда, ҳозиргача бу ҳолнинг қониқарли патогенетик негизи йўқ. Эҳтимол, совуқ микробиоценоз бузилишларга олиб келса керак (юқори нафас йўллари шартли – патоген бактериал микрофлорасининг ва латент ҳамда сурункали вирусли инфекцияларнинг фаоллашуви ва ҳ.к.).

КЛИНИК МАНЗАРАСИ

- Умумий интоксикация белгилари: астено – вегетатив бузилишлар (бош оғриши, дармонсизлик, анорексия, баъзан қайд қилиш) ва ҳарорат кўтарилиши. Умумий интоксикация белгиларининг давомийлиги кўпи билан 5 кундан ошмайди. 5 – 7 кундан кўп сақланувчи иситма кўпинча иккиламчи бактериал асоратлар (пневмония, отит, синусит) қўшилиши билан боғлиқ бўлади.

- Катарал белгилар: томоқ тўқималари гиперемияси, ринит, кўз ва қовоқлар конъюнктиваси гиперемияси, жумладан конъюнктивит билан (аденовирусли инфекцияда фарингоконъюнктивал иситма), катарал тонзиллит (аденовирусли инфекцияга хос пардали ангина).

- Респиратор белгилар ✦ Ларингит ✦ Кўпол “хирилловчи” йўтал ✦ Овоз бўғилиши (дисфония) ✦ Юқори нафас йўллари обструкцияси ривожланиш эҳтимоли (бўғма ёки стенозловчи ларинготрахеит): нафас қисиши, кўпроқ инспиратор; бундай ҳолларда бемор аҳволининг танглиги нафас етишмовчилиги билан белгиланади ✦ Трахеит ✦ кўпинча тўш орқасида оғриқ билан ўтадиган “қаттиқ” йўтал ✦ Трахеит (ларинготрахеит) – ЎРВИ нинг энг кўп тарқалган икки

тури – грипп ва парагриппга хос. Умумий интоксикация белгиси туфайли келиб чиқадиган ўзига хос трахеит гриппга юқори даражада ишончли ташхис қўйишга имкон беради. Грипп эпидемияси оралиғи даврида ларинготрахеит билан қўшилиб келувчи ўртача интоксикация, одатда, парагриппоз инфекцияга боғлиқ бўлади ✦ Бронхит ✦ Қуруқ ёки нам йўтал ✦ Аускультатив равишда: қаттиқ нафас куруқ ёки нам тарқоқ хириллашлар ✦ пастки нафас йўллари обструкцияси ривожланиши мумкин (обструктив бронхит, бронхиолит): экспиратор нафас қиши, тахипноэ, шовқинли, хуштакли нафас, аускультатив – куруқ хуштакли ва турли калибрли нам хириллашлар, перкуссияда – товушнинг кутисимон оҳанги. Бемор аҳволининг оғирлиги яққол нафас етишмаслиги билан белгиланади.

- Лимфопродуциратив белгилар жигар ва талоқ лимфа тугунларининг ўртача катталашуви билан ифодаланиб (бўйин, паратрахеал, бронхиал, камроқ – бошқа гуруҳлари), кўпроқ аденовирусли инфекцияга хосдир.

- Геморрагик (тромбогеморрагик) белгилар томир деворининг шикастланиши билан ифодаланиб, қон оқувчанлиги ошиши билан намоён бўлади (шиллик пардалардан қон оқади), терида геморрагик (петехиал) тошмалар тошади ва фақат гриппда ривожланади.

ЛАБОРАТОР ТЕКШИРУВЛАР

Вирусологик текширув • Иммунофлюоресценция усули – бурун шиллик пардаси эпителийсининг вирусли Аг ни махсус АТ ёрдамида аниқлаш • Аг қўзғатувчисига нисбатан зардобли АТ ни аниқлаш: турли реакциялардаги махсус диагностикаларни қўллаган ҳолда серологик текширувлар (ТПГА, РНГА, ИФА ва ҳ.к.). АТ тиртрининг 4 барабар ошганлиги диагностик аҳамиятга эга. Ушбу синамалар махсусвирусологик лабораторияларда амалга оширилади.

Асоратлари • Бактериологик зотилжам • Йирингли отитлар, синуситлар • Сурункали бактериал инфекция ўчоқларининг фаоллашуви.

Даволаш • Грипп ва РСВ – инфекциялар учун этиотроп терапия ишлаб чиқилган (римантадин, озельтамивир, гриппга қарши иммуноглобулин) • Бактериал асоратлар ривожланганда (зотилжам, отит, синуситлар, лимфаденитлар) антибактериал терапия қўлланилади. Микрофлоранинг сезувчанлигини ҳисобга олган ҳолда антибиотик танланади • Симптоматик терапия ✦ Гипертермик синдромни йўқотиш учун парацетамол ва ибупрофен ✦ Бурундан нафас олиш қийинлашганда (ринитда) томирларни торайтирувчи маҳаллий (кометазолин, нафазолин) дорилар ✦ Бронхиал обструкция синдромида бронхолитик препаратлар (β – адреномиметиклар) тавсия этилади.

Профилактикаси • Грипп ва бошқа ЎРВИ билан оғриган беморни бошқалардан алоҳида ажратиш муддати – 7 кун • Бу касалликлар болалар муассасаларида содир бўлганда беморга яқин бўлганлар 7 кун давомида кузатув остида бўлишади. Бемор яқинида бўлган катта ёшдаги болаларга профилактика мақсадида кунига 2 марта 2-3 кун давомида 25 мг.дан римантадин буюрилади. Ҳар куни 2-3 марта хоналар нам латта билан тозаланиб, шамоллатилиши керак • Грипп эпидемияси даврида ёки ЎРВИ авж олганда болалар муассасаси тарбияланувчилари бурнига профилактика мақсадида кунига 3 маҳал 5 томчидан ИФН томизилади • Гриппга қарши фаол иммунлаш жараёни ҳар йили ЖССТ тавсиясига кўра вирус штаммидан

тайёрланадиган активсизлангирилган ёки тирик вакциналар билан ўтказилади. Барча вакциналар ўз турига хос иммунитетни таъминлагани сабабли йил сайин вакциналаш талаб қилинади.

ХКК – 10 • J00. Ўткир назофарингит (тумов) • **J02.** Ўткир фарингит • **J03.** Ўткир тонзиллит (ангина) • **J06.** Кўп сонли ва жойлашуви аниқланмаган юқори нафас йўллариининг ўткир инфекциялари • **J10.** Маълум грипп вируси келтириб чиқарган грипп • **J11.** Номаълум вирусли грипп • **J12.** Бошқа рукнларда таснифланмаган вирусли зотилжам (пневмония) • **J20.** Ўткир бронхит • **J21.** Ўткир бронхиолит • **J22.** Пастки нафас йўллариининг аниқланмаган ўткир респиратор инфекцияси.

ЭС – ҲУШНИНГ БУЗИЛИШИ

КОМА

Кома – марказий нерв системасидаги чуқур сўниши натижасида бош мия фаолиятининг ўзгариши ва ташқи таъсирга жавоб реакциясининг бўлмаслиги, ҳамда ҳаётгий муҳим аъзолардаги бузилишлар билан кечадиган патологик ҳолат.

ХКК-10: • R40 Сомнолентлик, ступор ва кома

ЭПИДЕМИОЛОГИЯСИ

• Эс – ҳушнинг бузилиши натижасида касалхонанинг реанимация бўлимига тушган беморларнинг 5% дан ортиғига кўп ҳолларда – кома диагнози қўйилади.

ЭС – ҲУШНИНГ ЧУҚУР СЎНИШ ДАРАЖАСИНИ БАҲОЛАШ

Эс – ҳушнинг чуқур сўниш даражаси Глазго шкаласи ёрдамида баҳоланади (жадвал)

Жадвал. Г Л А З Г О Ш К А Л А С И

Кўзнинг очилиши	Баҳо, балл
Спонтан	4
Оғзаки мурожаатга	3
Оғриқ таъсирига	2
Йўқ	1
Ҳаракат реакцияси	
Текширувчининг иккита бармоғингизни кўрсатинг деган илтимосини тўғри бажаради	6
Оғриқни сезади ва уни йўқотишга уринади	5
Оғриқ таъсирида қўл оёқларини тортади	4
Оғриқ таъсирига (билак, тирсак ва бармоқ бўғимларида) патологик эгилиш	3
Оғриқ таъсирига қўл-оёқларнинг патологик ёзилиши	2
Йўқ	1
“Ҳозир қайси йил”?	
саволига оғзаки жавоб:	

Тўғри жавоб беради	5
Нотўғри жавоб беради	4
Сўзларни айтади, лекин йилни айтолмайди	3
Нутқнинг бузилиши	2
Нутқнинг йўқлиги	1
Максимал баҳо	15
Минимал баҳо	3

Глазго шкаласи кўрсаткичи қанча паст бўлса, беморнинг ўлиш эҳтимоли шунчалик юқори бўлади. Кўрсаткич 8 ва ундан юқори бўлса, беморнинг тузалишига имкон бўлади. 8 баллдан кам бўлса, беморнинг ҳаёти ҳавф остида, 3 – 5 балл – асосан ўлим билан тугайди, айниқса, ҳаракатсиз қорачиқлар аниқланган бўлса.

КЛАССИФИКАЦИЯСИ

Аксарият ҳолларда комага шошилишч ёрдамни талаб этувчи гипоксик – ишемик ҳолатлар, камроқ миёда қон айланишининг бузилиши сабаб бўлади.

Бирламчи бош мия ичи шикастланишлари сабаблари

- Бош мия шикастлари (миянинг лат ейиши, мия ичи гематомаси).
- Мияга қон қуйилиши, мия инфаркти, субарахноидал қон қуйилиши.
- Мия ўсмалари.
- Эпилептик тутқаноқ ёки ундан кейинги ҳолат.
- МНС нинг юқумли касалликлари (менингит, энцефалит, мия абсцесси).

СИСТЕМ КАСАЛЛИКЛАР

- Қон айланишининг бузилиши.
 - ◆ Шок (гиповодемик, кардиоген, анафилактик).
 - ◆ Ўткир гипертоник энцефалопатия.
 - ◆ Аритмиялар ✦ Тахикардия ✦ Брадикардия ✦ Адамс – Стокс синдроми хуружи.
- Метаболик ўзгаришлар.
 - ◆ Гипоксия.
 - ◆ Қандли диабет ✦ Кетоацидоз ✦ Гипогликемия.
 - ◆ Электролитлар мувозанатининг бузилиши (гипонатриемия, гипер- ёки гипокальцемиа).
 - ◆ Уремия.
 - ◆ Жигар комаси.
 - ◆ Гипотиреоид кома.
- Заҳарланишлар (алкогол, наркотик, дори моддалари).
- Юқумли касалликлар (сепсис, зотилжам).
- Совуқ уриши, офтоб уриши.

ДИАГНОСТИКАСИ

АНАМНЕЗИ

• Тез ёрдам ходимидан, қариндошлари ёки дўстларидан қуйидаги маълумотларни аниқлаш муҳим:

- ◆ аллергияси бор – йўқлиги;
 - ◆ охирги пайтлардаги ҳолати;
 - ◆ яқин – орада бош мия шикастланишлари бўлганми;
 - ◆ кома белгиларининг ривожланиш тезлиги;
 - ◆ комага сабаб бўлган омиллар;
 - ◆ дори моддаларини суиистеъмом қилиш;
 - ◆ тиббий анамнез (инсулт, руҳий касалликлар, қандли диабет, АГ, буйрак – жигар касалликлари, алкоголизм ва эпилепсия);
 - ◆ стресс (руҳий зўриқиш) бўлганми, жонига қасд қилганми.
- Наркотик моддалар суиистеъмом қилганига шубҳа бўлса, қуйидагиларни аниқлаш лозим:
- ◆ гиёҳвандликнинг ашёвий далиллари;
 - ◆ бемор томирига наркотик юборганми – йўқми.

КЎЗДАН КЕЧИРИШ

Кома сабабларини аниқлаш

Қуйида келтирилган **жадвалда** таққослаш орқали кома сабабларини аниқлаш кўрсатилган.

Мия ўзаги функциясининг сақланиши. Мия ўзаги функциясининг сақланганини қуйидагилар билдиради:

- кўз қорачиқларининг ёруғликка сезувчанлиги (мия функцияси сақланганда ёруғликка сезувчанлик бўлади);
- кўз шох пардаси рефлекси (мия ўзаги функцияси сақланганда кўз шох пардаси пахта толаси билан таъсирлантирилганда юқори ва пастки қовоқлар тез юмилади);
- оғриқ таъсирига мимик реакция (мия ўзаги функцияси бузилганда чакка суяги ўсимтаси босиб кўрилганда жавоб реакцияси бўлмайди);
- кўз соққаси рефлекси (мия ўзаги функцияси бузилганда бўйин умуртқалари шикастланмаганда бемор бошини чапга – ўнгга бурганда кўз соққалари бошга қарама – қарши томонга ҳаракатланади)

Жадвал. Кома сабабларининг дифференциал диагнози

Белгиси	Команинг сабаблари
Тери қоламлари	
Кўкаришлар, тирналишлар	Бош мия ичи шикастланишлари
Оқарган, нам	Гипогликемия, гиповолемик шок
Қизарган, қурук	Диабетик кома
Кўкимтир	Гиперкапния
Томир юлдузчалари	Жигар комаси, алкоғолдан заҳарланиш
Сариқлик	Жигар комаси
Қип – қизил	Ис газидан заҳарланиш

Қўл ва оёқларнинг букиладиган юзларида инъекция изларининг бўлиши

Терида қичишиш излари

Геморрагик тошмалар

Юз гиперемияси

Тил

Тишлаш излари

Оғиздан келадиган ҳид

Этанол ҳиди

Ацетон ҳиди

Аммиак ёки сийдик ҳиди

Тана ҳарорати

Гипотермия

Гипертермия

Юрак уриши тезлиги

Бўлмачалар фибриляцияси

Брадикардия

Тахикардия

Артериал босим

Артериал гипертензия

Артериал гипотензия

Нафас

Тез, юзаки

Нафаснинг Чейн – Стокс типи

Сийрак нафас

Сийдик ва нажасни тута

Наркотиклар дозаси ошиб кетиши

Уремия

Менингококк инфекцияси, геморрагик диатезлар

Алкоголдан захарланиш, инсульт

Эпилепсия

Алкоголдан захарланиш

Диабетик кетоацидотик кома

Уремия

Совуқ қотиш, алкогольдан, барбитуратлардан захарланиш, гипогликемия, бош миянинг оғир шикастланиши

Инфекцион касалликлар (менингит, сепсис), бош миянинг оғир шикастланиши, офтоб уриши, субарахноидал қон қуйилиши

Мия томирлари эмболияси натижасида мияда қон айланишининг ўткир бузилиши

АВ – блокада, юрак гликозидларидан захарланиш

Юқумли касалликлар, шок аритмия

Геморрагик инсульт, субарахноидал қон қуйилиши, ўткир гипертоник энцефалопатия, уремик кома

Шок (қон кетиши, миокард инфаркти), интоксикация, бош миянинг оғир шикастланиши, диабетик кома

Захарланиш, уремия, диабетик кетеацидоз

Бош миянинг оғир шикастланиши

Опиум моддаларини суиистеъмол қилиш

олмаслик**Қорачик**

“Тўғноғич боши” тип, тез торайиши

Ёруғликка реакцияси сақланган ҳолда кўз қорачикларининг торайиши

Ассиметрия

Кенгайган

Менингеал белгилар**Кўз тубини текшириш**

Кўрув нерви дискининг шиши веноз пульсация пасайиши

Преретинал қон қуйилиши

Экссудатлар, геморрагиялар

Эпилептик тутқаноқ

Опиум моддаларини истеъмол қилиш

Метаболик энцефалопатия

МНС нинг ўчоқли зарарланиши

Мия ичи гипертензияси мия тиқилишига хос белгилари билан (ўсма ёки мия абсцесси)

Субарахноидал қон қуйилиши, МНС инфекцияси

Калла ичи гипертензияси

Субарахноидал қон қуйилиши

Ўткир гипертоник энцефалопатия

Окуло – вестибулар рефлекс (қулоқ пардаси йиртилмаганда) ташқи эшитиш йўлига 200 мл совуқ сув юборилади – шу томонда секин нистагм пайдо бўлиши меъёр реакция ҳисобланади.

ЛАБОРАТОР ВА ИНСТРУМЕНТАЛ ТЕКШИРИШ

- Зарур анализлар.
 - ◆ Қондаги қанд миқдори (гипо ёки гипергликемия).
 - ◆ Қон шаклли элементларини санаш (камқонлик, юқумли касалликлар).
 - ◆ Қон зардобидаги мочевина, креатинин, калий, натрий, кальций (СБЕ, электролитлар мувозанатининг бузилиши).
 - ◆ Қондаги жигар трансаминазасининг фаоллик кўрсаткичи (жигар етишмовчилигини аниқлаш).
 - ◆ Артериал қондаги газ таркиби (гипоксия, метаболок ацидоз ёки метанолдан захарланиш).
 - ◆ ЭКГ (аритмиялар).
 - ◆ Кўкрак қафасининг рентгенографияси (ўпка тўқимасининг инфильтрацияси).
 - ◆ Бош мия компьютер томографияси (тарқоқ ўсма)
- Текшириш имконият даражасида ўтказилиши керак:
 - ◆ Наркотик моддаларни истеъмол қилинганига шубҳа бўлган ҳолларда қон зардоби ва сийдикда этанол ёки наркотик моддаларни аниқлаш;
 - ◆ Инфекция белгилари бўлганда қонни бактериологик текшириш;
 - ◆ Умуртқанинг бўйин соҳаси жароҳатланганда рентгенография, ЯМР ўтказиш;

◆ Инфекция ёки мияга қон қуйилишига шубҳа бўлса, умуртқа поғонасининг бел соҳасини пункция қилиш, босим ошганлиги белгиларининг йўқлигида бош мия компьютер томографияси ёки ЯМР;

◆ Гипотиреозга шубҳа бўлганда қалқонсимон без гормони анализи.

ДАВОЛАШ

Мақсад. Беморнинг ҳушсиз ҳолати – доимо шошилиш вазият ҳисобланиб, унга тезда ёрдам кўрсатиш, команинг этиологиясини аниқлаш, кейин эса асосий касалликни даволашга ўтиш керак.

Шифохонага ётқизишга кўрсатма. Ҳушдан кетган барча беморлар шошилиш равишда тегишли реанимация бўлимларига ётқизилишлари лозим.

Шошилиш тадбирлар

• Нафас ва нафас олиш йўллари ҳолатини баҳолаш:

◆ Нафас олиш йўллари тозалаш;

◆ Бош ва бўйин соҳаси жароҳатланган бўлса, умуртқанинг бўйин соҳаси иммобилизация қилинади;

◆ Ён бош билан ётиш ҳолати нафас йўллариининг ўтказувчанлигини сақлаб қолади;

◆ Ўпка вентиляциясини кўлда ишлатидиган аппаратлар ва 100 % ли кислород билан ўтказилади;

◆ Интубация зарурлиги кўриб чиқилади;

• Қон айланиш ҳолатини баҳолаш:

◆ Гиповолемия ёки аритмияни даволаш;

◆ Венага дори юборишга яхши шароит яратиш ва марказий веноз босимининг мони-торингини кўриб чиқиш;

◆ Пульснинг йўқлиги – реанимация тадбирларини ўтказиш учун кўрсатма (сунъий нафас бериш, юракни массаж қилиш, агар натижа бермаса, беморни интубация қилиш, ўпкани сунъий вентиляция ва дефибрилляция қилиш);

• Гипогликемия белгиларининг бор йўқлигига аҳамият бериш:

◆ Синама қоғозчалар ёрдамида ёки капилляр қон зардобадаги қанд миқдорини аниқлаш;

◆ Агар беморда гипогликемия белгилари бўлса, бунда 20-50 мл 50 % ли глюкоза эритмасини венага юбориш билан синама ўтказилади;

◆ Қандли диабет бор беморларнинг қонида глюкоза миқдори меъёрга бўлганида ҳам, гипогликемия белгилари ривожланиши мумкин.

• Алкоголизм билан оғриган ёки етарлича овқат истеъмол қилмайдиган беморларга тиамин венага 100 мг. юборилади.

• Эпилептик статусда ташхис қўйиш зарур.

◆ Эпилептик статусда лоразепам 0,1 мг/кг 2 мг/ мин тезликда юборилади (белгилари тезроқ йўқотади). Мукобил дори моддалардан диазепам 10мг.дозада венага юборилади.

◆ Эпилептик тутқаноқнинг объектив белгилари ўзгарган бўлишини ҳам унутмаслик керак. Қўл – оёқ, оғиз ва кўзнинг тортишишига аҳамият бериш зарур.

Ҳар беш бемордан биттасида, кома сабаби эпилептик тутқаноқ бўлган ҳолларда текширилганда хуруж аниқланмаслиги мумкин.

- Гипотермия давоси иситилган ва 44⁰С ли намланган кислороднинг ингаляцияси, венага иситилган суюқликларни 1 л натрий хлор миқдорида юбориш. Шунингдек қоғоз, сув ўтказмайдиган материаллар ёрдамида компресс қилиб ўраб қўйиш қўлланилади.
- Наркотик аналгетиклар истеъмол қилинганига шубҳа бўлганда налоксон 400 мкг мушакка, 400 мкг венага юборилади.
- Заҳарланганда ёки заҳарланишга шубҳа бўлганда ошқозонни ювиш ўтказилади.
- Узоқ комада зондли ёки парентерал овқатлантириш, болдир чуқур вена томирларининг тромбозини олдини олиш, кўз шох пардасининг химояси, оғиз бўшлиғи гигиенасига риоя қилиш.

Бемор комадан чиқгач параллел равишда унга сабаб бўлган касалликларни даволаш лозим.

Хирургик даво. Мия ичи гематомасида, субарахноидал қон қуйилишида, ўсмаларда ёки мия абсцессидида қўлланилади.

Кейинги кузатиш. Беморнинг эс-хуши тиклангандан сўнг асосий касаллигини даволаш учун тегишли бўлимга ўтказилади.

ПРОГНОЗИ

Травма билан боғлиқ бўлмаган сабаблар

- Аксарият ҳолларда: яқин ҳафта мобайнида – 64 %, яқин йил мобайнида 88% беморлар вафот этади.
- Нохуш прогнозга олиб келувчи омиллар ✦ Команинг учинчи кунида Глазго шкаласи бўйича баҳоланганда ҳаракат реакцияси аниқланмайди ✦ Команинг учинчи куни кўз қорачиғи реакцияси аниқланмайди ✦ Еттинчи кунида электроэнцефалограммада тўғри чизиқ ёки «ялтиллаш аниқланмайди» ✦ Комадан 1 ҳафта кейин миянинг соматосенсор таъсирларга реакцияси бўлмайди.

Травматик сабаблар

- Йил мобайнида ўлим билан тугаш ҳоллари 25 % ни ташкил қилади.
- Ноқулай прогнозтик омиллари ✦ бош мия гематомаси (КТ ЯМР га асосан) ✦ кўз қорачиғи реакциясининг йўқлиги ✦ мўйсафид ёш ✦ Глазго шкаласи бўйича паст балл ✦ оғир травматик шикастланиш.

БОШ – МИЯ ШИКАСТЛАНИШЛАРИ

Бош – мия шикастланишлари (БМШ) - бош ва унинг қопқоғи, мия ичи суюқлигининг механик энергия туфайли зарарланиши (бош мия, мия пардалари, томирлар, мия нервлари). БМШ тушунчасига фақат шикастланишдан кейинги белгилар эмас, балки тузалиш давридаги физиологик ва клиник ўзгаришлар ҳам киради (баъзида йиллаб давом этадиган).

Классификацияси • БМШ қуйидаги турларга бўлинади: очиқ ва ёпиқ, якка ҳолдаги ёки бошқа аъзоларнинг шикастланишлари билан қўшилиб келган, комбинациялашган (бош мияни бир неча таъсирлар – механик, радиация, куйиш).

Клиник турига қараб, мия чайқалиши, эзилиши, учоғли (енгил, ўрта оғирликда ва оғир) ва диффуз фаркланади.

Диагностик тактика • Ҳаёт учун муҳим бўлган функциялар, Глазго шкаласи бўйича эс – ҳуш даражаси, ўчоқли неврологик ўзгаришларни баҳолаш • ЯМР томографияси 2 соат мобайнида эс – ҳушсиз ётган, шунингдек ўчоқли неврологик белгилари мавжуд бўлган барча беморларга тавсия этилади. **Дифференциал диагноз** – ҳар хил этиологияли коматоз ҳолатлар (қандли диабет, мия қон айланишининг бузилиши, инсульт, алкогольдан заҳарланиш, дори моддаларини суиистеъмол қилиш) билан ўтказилади.

ДАВОЛАШ

Тактикаси • Енгил даражадаги БМШ – специфик терапияга зарурат йўқ. Госпитализация, динамик кузатиш ва симптоматик даво ўтказиш лозим • Енгил ва оғир даражадаги БМШ да нафас йўллари ўтказувчанлиги тикланиши билан бемор дарҳол иммобилизация қилиниб, оғриқсизлантирилади ва махсус тиббий муассасага юборилади ✦ Транспортировка – умуртқа поғонаси иммобилизация қилинган ҳолда қаттиқ юзага ётқизиб амалга оширилади.

Оператив даволаш • Очик БМШ ҳамма ҳолатларида оператив даволаш ва унга юборишдан олдин умумий амалиёт вақти жароҳатга бирламчи хирургик ишлов бериши керак.

Консерватив даволаш • Жадал терапия ҳаёт учун зарур функцияларни қўллаб – қувватлашга йўналтирилган • Калла ичи босими ошганда унинг коррекцияси ва мониторинги, талвасаларда – талвасага қарши дори воситалари • БМШ нинг биринчи ҳафтасида талвасанинг олдини олиш дориларини қўллаш ўринлидир.

Асоратлари • Йирингли – яллиғланиш (менингит, энцефалит, мия абсцесси, субарахноидал эмпиема, калла суяклари остеомиелити). Антибиотикларни профилактика мақсадида буюриш бу асоратларнинг ривожланиш хавфини камайтиради • Нейровегетатив (периферик ва марказий гемодинамика, терморегуляциянинг ўзгариши) ва психопатологик ўзгаришлар.

Кечиши ва прогнози • БМШ қанчалик енгил бўлса, оқибати шунчалик яхши • БМШ нинг прогнози ёшга боғлиқ ✦ Катталар: динамикада ўзгаришларнинг яхши кечиши дастлабки 6 ой ичида кўриниб туради, 2 йилдан сўнг аҳволнинг янада яхшиланиши рўй бермайди ✦ Болалар: функционал тикланиш жиҳатидан прогноз нисбатан яхши. Болаларда калла ичи гематомаси катталардагига нисбатан камроқ юзага келади ✦ Қариялар: беморнинг ёши кексайган сари прогноз ёмонлашади. Кўпинча клиник белгилари аниқ кўринмайдиган субарахноидал гематомалар ривожланади • БМШ да ўлим билан тугаш ҳоллари 50% га етади ✦ Агар оғир БМШ дан кейинги 1 ҳафтада бемор эс – ҳуши равшанлаша бошласа, оқибат анча яхши бўлади ✦ Мия ўзагининг бирламчи зарарланиш белгилари (кома, нафас бузилиши, ёруғликка реакциянинг йўқлиги, окулоцефалик ва окуловестибуляр рефлексларнинг йўқолиши, мушакларнинг диффуз гипотонияси) ҳар доим оғир БМШ ва ёмон прогноздан дарак беради.

ХКК – 10 • S06 Калла ичи шикасти.

БОШ МИЯ ЧАЙҚАЛИШИ

Бош мия киниши ёки мия чайқалиши – калла суяги ва бош мия шикастланишининг энг энгил тури бўлиб, унда қисқа вақтга (30 минутгача) ҳушдан кетиш ҳосдир. Амнезия кузатилиши мумкин, лекин зарарланиш ўчоғига алоқадор неврологик ва менингеал белгилар кузатилмайди.

ХКК – 10: • S06. 0 Бош мия киниши

ПРОФИЛАКТИКАСИ

Профилактикасига умумий амалиёт врачлари томонидан травманинг олдини олишга қаратилган барча чора – тадбирлар киради.

ДИАГНОЗИ

Одатда беморнинг анамнезида баландликдан йиқилганлиги ёки бошқа оғир бўлмаган шикастланишлар борлиги қайд қилинади. Кўпинча бемор врач қабулига ўзи мустақил келади. Шикастланиш вақтида алкогольдан мастлик ҳолати анамнезни аниқлашда муаммолар келтириб чиқаради. Мия кинишининг диагностик белгилари, қисқа вақт (15 – 30 минутгача) беҳуш бўлиш ва амнезия ҳисобланади. Бундан ташқари, бемор кўпинча бош оғриғи, кўнгил айниши ва қайт қилишдан шикоят қилади. Неврологик текшириш пайтида зарарланиш ўчоғига ҳос бирорта белги аниқланмайди, бироқ текширувни 2 соатдан кейин албатта қайтариш лозим.

ДИФФЕРЕНЦИАЛ ДИАГНОСТИКАСИ

Мия кинишини унинг лат ёйишидан ажратиш керак. Миянинг лат ёйиши оғирроқ шикастланиш ҳисобланиб, бунда ҳушдан кетиш бир соатдан бир неча соатгача ёки ундан ҳам кўпроқни ташкил этиши мумкин.

Неврологик текширув вақтида зарарланиш ўчоғига ҳос белгилар аниқланади.

Мутахассис маслаҳатига кўрсатмалар. Мия кинишига бутунлай мос келмаган белгилар бўлгандагина нейрохирург маслаҳати зарур.

ДАВОЛАШ

ДАВОЛАШДАН МАҚСАД

Мия кинишида бирорта махсус дори-дармон ёки оператив даври қўллаш зарурати йўқ. Оғриқ қолдирувчи ва қайд қилишга қарши даво буюрилади.

ШИФОХОНАГА ЁТҚИЗИШГА КўРСАТМАЛАР

- Ёши кекса беморлар (касалик аста – секинлик билан тузалади).
- Аралаш шикастланишлари бўлган ва ўзига хизмат кўрсата олмайдиган беморлар.
- Болалар.
- Алкоголдан кучли маст ҳолатида бўлганлар.
- Анамнези аниқ бўлмаган беморлар.
- Катта кинетик энергияли буюмлар (таёқ билан уриш, юқоридан тушган унча оғир бўлмаган буюмлар ва бошқалар) билан шикастланганлар.
- Мия кинишига ҳос бўлмаган белгилар билан кечаётган, аммо ундан оғирроқ мия шикастланишлари гумон қилинган беморлар:
 - ◆ тўхтовсиз қайд қилиш (вена орқали суюқликлар юбориш зарур бўлганда);
 - ◆ ўтиб кетмайдиган қаттиқ бош оғриғи;
 - ◆ зарарланиш ўчоғига алоқадор неврологик белгилар борлиги;
 - ◆ калла суяклари синганда;

◆ дифференциал диагнозлаш қийинлашганда (масалан, гематома, эпилепсия, субарахноидал қон қуйилиши).

Атипик белгилар билан кечаётган барча ҳоллар беморларга миянинг КТ ёки ЯМР ўтказишга кўрсатма ҳисобланади, зарур бўлганда – нейрохирургик, нейроофтальмолог ва отоневролог маслаҳати.

ДОРИЛАРСИЗ ДАВОЛАШ

Шикастланишдан кейин бир кунгача ётоқ режими буюрилади; 1 – 3 кундан кейин бемор кундалик фаолиятга қайтиши мумкин.

ДОРИЛАР БИЛАН ДАВОЛАШ

Зарур бўлганида оғриқ қолдирувчилар буюрилади (масалан, парацетамол 500 мг.дан кунига 3 марта) ва қайд қилишга қарши (метоклопрамид 5-10 мг.дан кунига 3 марта per os ёки 2 мл.дан м/о).

БЕМОРНИ ЎРГАТИШ

Бемор ва унинг қариндошларини шифохонага ётқизишга юқорида келтирилган кўрсатмалар пайдо бўлганда, қайтадан врач кўриги зарурлиги тўғрисида огоҳлантириш керак.

МУТАХАССИС МАСЛАҲАТИГА КЎРСАТМАЛАР

Мия киниши бўлган беморларда атипик белгилар бўлиши, мия лат ейишига гумон ёки мия пардалари орасида гематома ривожланиши нейрохирург маслаҳатига шошилиш кўрсатма ҳисобланади.

КЕЙИНГИ КУЗАТУВЛАР

Одатда 3 кундан кейин бемор тўлиқ тузалиб кетади. Мабодо мия киниши белгилари ва бемор шикоятлари узоқ сақланиб турса (7 кундан ортиқ), қўшимча текшириш мақсадида шифохонага ётқизиш зарур.

ПРОГНОЗИ

Мия кинишида оқибат яхши – белгилар йўқолади, функционал имкониятлар тўлиқ тикланади.

БОШ МИЯНИНГ ЛАТ ЕЙИШИ

Оғир даражадаги мия лат ейиши (оғир калла-мия шикасти) - мия шикастланиши натижасида юзага келган ва коматоз ҳолат ривожланишига олиб келган патологик ҳолат (Глазго комаси шкаласи бўйича 3-8 балл).

ХКК-10: ● **S06.1** Бош миянинг травматик шишуви ● **S06.2** Бош миянинг диффуз травмаси ● **S06.3** Бош миянинг зарарланиш ўчоқлари бўлган шикастлари ● **S06.4** Эпидурал қон қуйилишлар ● **S06.5** Травматик субдурал қон қуйилишлар ● **S06.7** Узоқ муддат коматоз ҳолат билан кузатиладиган калла ичи шикастлари ● **S06.6** Травматик субарахноидал қон қуйилишлар ● **S06.7** Узоқ муддат коматоз ҳолат

билан кузатиладиган калла ичи шикастлари • **S06.8** Калла ичидаги бошқа шикастлар

ҚИСҚАРТМА: БМШ – бош – мия шикастланиши.

Профилактикаси. Йўл ҳаракати хавфсизлигини оширишга қаратилган ижтимоий тадбирлар, умумий криминоген ҳолатни яхшилаш ва бошқалар.

КЛАССИФИКАЦИЯСИ

• Тешиб кирмайдиган БМШ халқаро таснифи Глазгонинг кома шкаласи бўйича энгил, ўртача оғир ва оғир даражаларга ажратилади, бу тахминан бизда қабул қилинган мия лат ейишининг энгил, ўрта ва оғир даражаларига тўғри келади.

Жадвал. Глазгонинг кома шкаласи

Б а л л а р	Кўз нин г очи ли ши	Ҳаракат реакцияси	Гапга жавоб қайтариш
1	Йўқ	Йўқ	Нутқи йўқ
2	Оғрик	Оғрик таъсиротига тоник ростланиш (децеребрация)	Тушуниб бўлмайдиган товушлар
3	Айт илг ан	Оғрик таъсирида тоник букиш (декортикация)	Тушуниб бўлмайдиган сўзлар
4	Гап Ихт иёр ий	Оғрик таъсиротига қаратилмаган	Гапидан чалғиш
5		Оғрик таъсиротига қаратилган	Тўлиқ тушиниш
6		Эшитган буйруқларни бажара олади	

Олинган натижаларни изоҳлаш: жами 3 – 15 балл энгил; 13 – 15 балл ўртача оғир; 9 – 12 балл оғир.

• Энгил БМШда КТ ёки ЯМРда оператив даво талаб қиладиган ўзгаришлар бўлмади ва специфик давога кўрсатма йўқ; бундай беморларга мия чайқалишидаги каби даво буюрилади.

- Ўртача оғирликдаги БМШ бўлган кўпгина беморларда касалликнинг кечиши ва КТ даги ўзгаришлар енгил даражадаги беморларга яқинлашиб қолади; шунга мувофиқ фақатгина симптоматик даво зарур. Шунга қарамасдан 10-20% беморларнинг аҳволи 1 кун давомида кома ҳолатигача оғирлашади, кейинчалик касаллик худди оғир даражадаги каби кечади. Уларни даволашда оғир даражадаги беморларни даволашда қўлланиладиган ҳаракат ва услублардан фойдаланилади. Енгил беморларни даволаш тактикаси мия чайқалишига бағишланган бўлимда кўриб чиқилган, қуйида оғир даражадаги беморларни даволашга тўхтанган.

ДИАГНОСТИКАСИ

АНАМНЕЗ ВА ФИЗИКАЛ ТЕКШИРУВ

Шикастланиш механизми ўз-ўзидан шикастланиш даражасининг оғирлигини кўрсатади [йўл-транспорт ҳодисалари, оғир предмет билан бошга уриш, баландликдан йиқилиб боши билан урилиш ва бошқалар]. Беморнинг боши ва гавдасига етган шикастланиш белгиларини аниқлаш зарур. Ҳаёт учун муҳим кўрсаткичларни эса зудлик билан баҳолаш керак бўлади (нафас олиш ва нафас йўллари ўтказувчанлигини, пульс, АБ, шок белгилари ва бошқалар). Неврологик текширув вақтида, Глазго шкаласи бўйича биринчи навбатда эс-хуш ҳолати аниқланади ва дислокация белгилари [анизокария, мидриаз, Кушинг синдроми (брадикардия АГ билан бирга), децеребрация/декорткация] ҳолатлари баҳоланади.

ИНСТРУМЕНТАЛ ТЕКШИРИШЛАР

- Бош мия КТ си (вақт ўтиши билан лат ейиш ўчоқлари ва гематомалар хо бўлиш ҳавфини инобатга олиб баъзи ҳолларда КТ бир неча марта ўтказилади).
- Глазгонинг кома шкаласи бўйича эс – ҳуш даражаси 3 – 8 балл ва КТ да ўзгаришлари бўлган барча беморларга (лат ейиш ўчоғи, кичикроқ гематома) имплантация қилинган датчиклар ёрдамида ёки вентрикулостомия орқали ихтисослаштирилган бўлимларда бош мия ичи босимининг доимий мониторингини ўтказиб туриш керак.
- Кома ҳолатидаги барча беморларга умуртқа поғонасининг бўйин қисми рентгенография қилинади, чунки 5% ҳолларда бошқа шикастланишлар ҳам кузатилиши мумкин. Рентгенография қилаётганда бемор бўйни қаттиқ ёқа ёрдамида иммобилизация қилинади.
- КТ ўтказилмагунча ва ўсма касаллиги инкор қилинмагунча люмбал пункция қатъиян ман этилади.

ДИФФЕРЕНЦИАЛ ДИАГНОСТИКАСИ

Оғир БМШ да анамнез аниқ бўлса, дифференциал – диагностика ўтказишда муаммолар пайдо бўлмайди. КТ ёки ЯМРни динамикада қилиб туриш, айниқса дислокация ўчоқлари пайдо бўлганда жуда кераклигини доим эсда тутиш керак. Шикастланишнинг аниқ белгилари бўлмаганда ёки ноаниқ анамнезда бошқа этиологияли коматоз ҳолатлар билан дифференциал диагностика ўтказилади [қандли диабет ва бошқа модда алмашинуви касалликларида, мия қон айланиши бузилганда (йиқилиш инсультнинг натижаси бўлиши мумкин), алкоғолдан заҳарланиш, дори восита дозасининг ошиб кетиши].

Мутахассис маслаҳатига кўрсатма. Оғир ва ўрта оғирликдаги БМШга учраган барча беморлар нейрохирург маслаҳатидан ўтиши керак.

ДАВОЛАШ

- Ҳодиса жойида реанимация муолажаларини ўтказиш (нафас йўллари ўтказувчанлигини тиклаш, систолик артериал босимни 90 мм сим.уст. атрофида ушлаб туриш). Нафас йўллари ўтказувчанлигини тиклаб бўлган заҳоти (керак бўлса – интубация қилиш) жабрланувчи қаттиқ юзага ётқизишиб, албатта умуртқа поғонасининг бўйин қисмини иммобилизация қилиниб, махсус даволаш муассасасига транспортировка қилинади.
- Ўткир даврда даво махсус нейрореанимация бўлимида ўтказилади. Мия ичи босимини 20 мм. сим.уст. идан оширмасдан, систолик артериал босимни 90 мм. сим.уст.дан пасайтирмасдан сақлаб туриш керак, бу мия перфузион босимини 70 мм.сим.уст.дан ортиқроқ қилиб таъминлаб туради.

КЕЙИНГИ КУЗАТУВЛАР

Шикастланишнинг кеч, (бир неча ҳафтадан бир неча йилгача) неврологик белгилар батамом йўқолмаган беморларга реабилитация тадбирлари зарур (даволовчи гимнастика, логопедик машғулотлар) ва уларни умумий амалиёт врачлари ўтказиши зарур.

ПРОГНОЗИ

Кўпчилик ҳолларда шикастланиш оқибати унинг оғирлигига ҳамда бирламчи реанимация ҳамда даво тадбирларининг шифохонагача бўлган босқичда муваффақиятли ўтказилганига боғлиқ бўлади. Ўлим билан тугаш ва ”функционал яшаб кетиш” (яъни, лоақал ўз – ўзига хизмат қила олиш) беморнинг махсус шифохонага келтирилган вақтидаги неврологик ҳолатига боғлиқлиги жадвалда келтирилган

Жадвал. Прогноз мезонлари

Глазго шкаласи бўйича баҳолаш, балллар	Ўлим билан тугаш, % *	“Функционал” яшаб кетиш, %
3	90	5
4	76	10
5	62	18
6 – 7	51	44

60 дан катта ёш – оғир ва нохуш натижа билан тугаш эҳтимолини оширувчи мустақил омил ҳисобланади

СУБДУРАЛ ГЕМАТОМА

Ўткир травматик субдурал гематома – бу мия қаттиқ пардасининг ички қисми ва арахноидал пардаси орасидаги бўшлиққа қон йиғилиб қолишидир. Уларда эпидурал гематомали беморларга нисбатан миёда каттароқ бирламчи зарарланиш

аниқланади. Шунинг учун ушбу гуруҳ беморларини даволаш натижалари бирмунча салбий.

Этиологияси ва патогенези • Миянинг мажақланган соҳасидаги қон оқиш манбаи атрофида қон йиғилиши (одатда пешона ва чакка бўлаклари соҳаси). Бундай ҳолларда бутун мияда каттагина бирламчи зарарланиш қайд этилади, “аҳволи яхши бўлиб турадиган” давр бўлмайди, эс – ҳушнинг чуқур бузилиши кўринишидаги умумий белгилар устунлик қилади • Тезлашиш/секинлашишда, бошни кескин ҳаракат қилдириш натижасида “кўприк” веналар ёрилади. Миянинг бирламчи зарарланиши нисбатан камроқ бўлади ва “аҳволи яхши бўлиб турадиган” давр бўлиб, кейинчалик аҳволнинг кескин ёмонлашуви кузатилиши мумкин. Антикоагулянтлар қабул қиладиган беморларда субдурал гематома ривожланиш ҳавфи анчагина юқори эканлигини эсда тутиш керак (умумий популяция билан солиштирганда эркаларда 7 марта, аёлларда эса 26 марта). Бундай беморларда арзимаган шикастланишлар ҳам ҳаёт учун ҳавfli бўлган гематома хо бўлишига олиб келиши мумкин.

Клиник манзараси носпецифик бўлади ва бирламчи БМШнинг оғирлигини ифодалайди, баъзида “аҳвол яхши бўлиб турадиган” давр билан кечадиган тури кузатилади (“Эпидурал гематома”га қаралсин).

Диагностикаси. КТда миянинг конвекситал юзаси ва калла гумбази ички пластинкаси орасида жойлашган ярим ой кўринишидаги каттагина ҳоа аниқланади. Гематоманинг эскиганлигига қараб, сигнал интенсивлиги ўзгариб туради.

- 1 – 3 кун (ўткир гематома): КТда тасвир қуюқлиги юқори.
- 4 кундан 2 – 3 ҳафтагача (ўртача ўткир гематома) қуюқлик мия тўқималарининг зичлиги каби.
- 3 ҳафтадан 3 ойгача (сурункали гематома): қуюқлик паст (ликвор зичлиги яқинлашган).
- 3 ойдан кўпроқ: линза кўринишида бўлиши мумкин (эпидурал гематома каби) қуюқлиги ликвордан юқори, лекин янги қонниқидан паст.

Даволаш. Субдурал гематоманинг кўпчилик ҳолларида шошилишч оператив аралашув зарур – краниотомия, гематомани олиб ташлаш. Операцияга мутлоқ кўрсатма – КТ далилларига кўра, гематома қалинлиги 1 см.дан ошса. Операциядан кейинги даврда витал функцияни қўллаб туриш ва КИБни (25 мм. сим.уст.дан кам бўлиши керак) назорат қилиш учун жадал терапия зарур бўлади – маннитол, вентрикуляр дренаж, барбитуратлар, гипервентиляция.

Прогнози. Ўлим билан тугаш ҳоллари 50 – 90 %, лекин бу гематомадан кўра миянинг бирламчи травматик зарарланишига боғлиқлигини инобатга олиш керак. Ёши катта (60 ва ундан ошган) ва антикоагулянтлар қабул қиладиган беморларда ўлим билан тугаш ҳоллари 90 – 100 % га яқинлашади. Сўнгги вақтда ўткир травматик субдурал гематома прогнозига таъсир қилувчи омиллар юзасидан текширишлар олиб борилаёпти. Оқибатга ишончли таъсир қилувчи омиллар: • Шикастланиш механизми: энг ёмон прогноз мотоциклда шикастланишлар билан боғлиқ: шлемсиз – ўлим билан тугаш ҳоллари – 100 %, шлемда – 33 % • 65 ёшдан катта кишиларда прогноз анча ёмонлашади (ўлим билан тугаш 82%, “функционал яшаб кетиш” 5%).

Сурункали субдурал гематома, ташки томондан ўткир субдурал гематома билан ўхшаш бўлса ҳам, бир қанча жиддий тафовутларга эга.

СУРУНКАЛИ СУБДУРАЛ ГЕМАТОМА

Эпидемиологияси. Сурункали субдурал гематома одатда ёши катта кишиларда (ўртача 63 ёш) юзага келади. Уларнинг 50% дан камроғи анамнезда БМШ аниқланади. Субдурал гематоманинг 20 – 25% да гематома икки томонлама бўлиши мумкин.

Хавфли омиллар • Алкоголизм • Эпилепсия • Гидроцефалиядаги шунтловчи операциялар • Коагулопатия.

Этиологияси ва патогенези. Сурункали субдурал гематома сезилмай қолган (кўпинча кичиклиги сабабли) ўткир субдурал гематомадан шаклланади, деган фикр бор. Субдурал бўшлиққа қон йиғилиши яллиғланиш реакциясини келтириб чиқаради, фибрин ажралади ва гематома капсуласи ривожланади. Кейинчалик капсула васкулиризацияга учрайди ва фибринолиз натижасида марказидан суюклана бошлайди. Гематоманинг кечиши бир томондан капсуладаги қон зардобининг филтрацияси ва микроқонқуйилишлар нисбати билан, бошқа томондан – гематома ичидагиларнинг реабсорбцияси билан белгиланади.

Клиник манзараси ҳар хил: минимал белгилардан (узоқ муддат бош оғриши, деменция кучайиши ва хулқ-атворнинг ўзгариши), транзитор ишемик ҳужумни эслатувчи талваса ривожланишигача бўладиган ўзгаришлар, гемиплегия ва комани эслатувчи (кечишнинг энг ёмон варианты) белгиларгача. Кўп ҳолларда мияни КТ ёки МРТ қилмагунча диагноз қўйиб бўлмайди.

Диагностикаси. Бош мия КТ ва МРТ. Айрим ҳолларда МРТ кўпроқ маълумот беради (масалан, “изоқуюқ” дейиладиган икки томонлама гематомали беморларда, гематомани зичлиги бўйича бош мия паренхимасининг зичлигидан фарқлаб бўлмаганда, оралиқ структуралар дислокацияси бўлмайди).

Даволаш. Ўлчами 1 см.дан катта симптоматик ва асимптоматик ҳамма гематомалар оператив даволанади. Операциянинг мақсади – гематоманинг суюқ компонентини олиб ташлаш (пармаланган тешик орқали бажариладиган кичик операция, уни маҳаллий оғриқсизлантириш билан бажариш мумкин).

Прогнози. Дренажланган заҳоти деярли барча беморларнинг неврологик ҳолати яхшиланиши кузатилади, гематома ичи босими қанчалик баланд бўлса, клиник самара шунчалик яққол бўлади деган қонуният мавжуд. Ҳар хил муаллифларнинг маълумотларга кўра, ўлим билан тугаш ҳоллари 0 дан 8% гачани ташкил этади ва гематомани дренажлашга эмас, балки беморнинг умумий аҳволига боғлиқ бўлади. Операциядан кейинги 10 – куни қилинадиган КТ да 78% ҳолларда, 1,5 ойдан кейин – 15% да гематома қолдиқлари аниқланмайди. Гематоманинг қолдиқлари катталишиши ва беморнинг неврологик аҳволининг ёмонлашиши – қайта дренажлашга кўрсатма ҳисобланади.

ХКК-10. 161 Мия ичига қон қуйилиши.

ЭПИДУРАЛ ГЕМАТОМА

Эпидурал гематома бошнинг ички юзаси ва мия қаттиқ пардасининг ташқи варағи орасидаги бўшлиққа (эпидурал бўшлиқ) қоннинг локал йиғилиб қолишидир. **Эпидемиологияси.** БМШ билан шифохонага ётқизилган беморларнинг 1% ида эпидурал гематома аниқланади (бу субдурал гематомага нисбатан икки баравар кам). Эркакларда хотин-қизларга нисбатан 4 марта кўпроқ учраб, аксарият ҳолларда ёш эркакларда пайдо бўлади.

Этиологияси ва патогенези. Эпидурал гематома келиб чиқишининг классик тушунчасига кўра, чакка суяги синганда птерион соҳасидаги суякли тарновчадан ўтадиган ўрта мия қобиғи артерияси шикастланиши натижасида пайдо бўлади. Юзага келган қон оқиши мия қаттиқ пардасининг суяқдан ажралишига ва гематома ҳо бўлишига олиб келади. Қарама-қарши нуқтаи назарга биноан мия қаттиқ пардасининг кўчиши бирламчи, қон кетиши эса иккиламчи ҳисобланади.

Клиник манзараси. Эпидурал гематоманинг классик кечиши (“аҳволи яхши бўлиб турадиган” даврнинг бўлиши) 25% дан кам беморларда кузатилиб, унда клиник белгиларнинг аниқ фазалари хос: қисқа вақтга ҳушдан кетиш, бир неча соат давом этадиган “аҳволи яхши бўлиб турадиган давр” билан алмашади, шундан кейин эс – ҳушнинг сусайиши кузатилади, контралатерал гемипарез ва ипатерал мидриаз ривожланади. Операция қилинмаса, бемор аҳволи оғирлашиб, бирин – кетин децеребрация, атоник кома ва ўлим қайд этилади. Эпидурал гематомали беморларда юзага келган бошқа белгилар специфик эмас ва мия ичи босими ошганлигини ифодалайди (гипертензия, талваса, бош оғриши, қусиш). Эпидурал гематомали баъзи беморларда гемипарез ипатерал бўлиши мумкин эканлигини эсда тутиш лозим.

Диагностикаси. КТда калла гумбази суяқларига ёндошган линзасимон жуда зич каттагина ҳоа аниқланади. КТнинг сезувчанлиги – 84% (қолган 16% да эпидурал гематома субдурал гематомага ўхшаш бўлиши мумкин). Чакка суяги синганлиги фақат 60% беморларнинг краниограммаларида аниқланади.

Даволаш. Эпидурал гематоманинг борлиги кўпчилик ҳолларда – шошилишч оператив аралашувга кўрсатма ҳисобланади ва бемор ихтисослаштирилган бўлимларга ётқизилади.

Прогнози. Ўз вақтида диагноз қўйилганда ва даволанганда (“аҳволи яхши бўлиб турадиган давр”да) ўлимга олиб келиш 5 – 10 % ни ташкил этади. Агар эпидурал гематома “аҳволи яхши бўлиб турадиган давр”сиз кечадиган бўлса, ўлим 20 – 25% гача кўпаяди. Тахминан 20 % эпидурал гематомали беморларда кўшилиб келган субдурал гематома ҳам аниқланади, бундай ҳолларда прогноз анча ёмон бўлиб, ўлим 90 % гача кўпайиши мумкин.

Синонимлари • Экстрадурал гематома • Мия ичидаги парда усти гематомаси.

ХКК-10 • S06.4 Эпидурал қон қуйилиши

Инсулт – инфаркт ёки мияга қон қуйилиши натижасида зарарланишнинг барқарор белгилари ривожланиб, мия қон айланишининг ўткир бузилишидир.

ХКТ-10: • **I60** Субарахноидал қон қуйилиши • **I61** Мияга қон қуйилиши • **I62** Мияга бошқа нотравматик қон қуйилиши • **I63** Мия инфаркти • **I64** Қон қуйилишидан ёки инфарктдан келиб чиққанлиги аниқланмаган инсулт • **G46.3*** Бош мия ўзагидаги инсулт синдроми (160 – 167 +) • **G46.4*** Миячадаги инсулт синдроми.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯСИ

Йилига 1000 та аҳолининг 1 – 4 тасигача инсулт ҳоллари учрайди. У ривожланган мамлакатларда ўлимга сабаб бўладиган касалликлар ичида учинчи ўринни эгаллайди ва қариялар орасида ногиронликка олиб келувчи асосий касаллик ҳисобланади. Барча инсултларнинг ярмиси 70 ёшдан ошган кишиларда ривожланади. Инсулт бўлганларнинг учдан бирида ўлим биринчи йилда, 44 % да 5 йил ичида кузатилади. Каротид ҳавзасидаги катта инсултларда, айниқса кўп ўлим ҳоллари бўлиши (биринчи йилда 60%) мумкин.

Касалликни олдини олиш чора – тадбирларини кўриш учун умумий амалиёт врачлари томонидан ўз вақтида инсулт ҳавфи омиллари бор беморларни аниқлаш муҳим аҳамиятга эга.

Ҳавфли омиллар • 50 ёшдан катталар • 60 ёшгача бўлган қариндошларда юрак ишемик касаллиги ёки инсулт бўлиши • ЮИҚнинг клиник белгилари юзага келиши ёки мияга қон айланишининг бузилиши • Артериал гипертензия, айниқса диастолик артериал босим 100 мм.сим.уст.дан юқори бўлса • Қандли диабет • Қон зардобидида холестерин миқдорининг кўпайиб кетиши • Чекиш • Аускультацияда уйқу артерияси устидаги шовқин • Бўлмачалар фибрилляциясининг пароксизмал ёки доимий тури • Олдинги ҳафтада бўлиб ўтган юқумли касаллик • Контрацептивларни перорал қабул қилиш, айниқса чекадиган аёллар • Анамнездаги депрессия • Гипергомоцистеинемия. Митрал клапан пролапси.

- Ҳавф омиллари биргаликда таъсир кўрсатса, инсулт ривожланиш эҳтимоли геометрик прогрессия бўйича кўпаяди (учтадан ортиқ омил бирга бўлса, инсулт ривожланиш ҳавфи 19 % ни ташкил қилади).

- Умумий амалиёт врачлари аниқ мақсадни кўзлаб, қон айланишининг бузилиши борлигига шубҳа туғдирувчи белгиларни аниқлаши зарур: оёқ – қўлларнинг бўшашиши, парестезия ёки юз ва оёқ – қўлларнинг увишиши, нутқнинг бузилиши, битта кўздаги кўриш ўткирлигининг пасайиши ёки кўриш майдонининг ўзгариши, дизартрия, диплопия, парестезия ёки мувозанат бузилиши билан бирга келадиган систем бош айланиши.

- Физикал текшириш вақтида ёки анамнезида пульс ритми бузилганлиги аниқланса ҳамда ЮИҚ белгилари бўлганда бўлмачалар фибрилляциясини тасдиқлаш учун ЭКГ қилинади.

- Атеросклерозга олиб келувчи ҳавфли омиллар бўлганда, уйқу артериясини УТТ дан ўтказилади, бу кейинчалик каротид эндартерэктомиясини ўтказиш имкониятини аниқлаш учун керак.

ПРОФИЛАКТИКАСИ

Инсулт профилактикаси юқорида келтирилган ҳавфли омилларни қуйидаги тадбирлар ёрдамида бартараф қилишга асосланади.

- Артериал босимни тушириш.
- Бемор анамнезида мияда қон айланишининг бузилиш ҳавфи юқори бўлса, айниқса АГ, қандли диабет ёки юрак етишмовчилиги белгилари бўлса ААФ ингибиторларини буюриш.
 - ◆ Биринчи дозани қабул қилгандан кейин АБ назорат қилинади ва толерантлик бўлса, дори дозаси кўпайтирилади.
 - ◆ ААФ ингибиторларининг одатдаги дозалари қуйидагича
 - ★ Эналаприл: 2,5 – 5мг/кунда, кейинчалик доза 10 – 20 мг.гача кўпайтирилади
 - ★ Периндоприл: 1мг/кунда, кейинчалик доза 4 – 8 мг.гача кўпайтирилади
 - ★ Рамиприл: 1,25 мг/кунда, кейинчалик 5 мг.гача кўпайтирилади.
- Кўрсатмалар бўлса, статинлар буюрилади (масалан, узоқ вақтгача симвастатин 20 мг.дан).
- Беморга чекишни ташлаш маслаҳат берилади.
- Қандли диабети бор беморлар қонидаги глюкозани оптимал миқдорда сақлаб туриш.
- Уйқу артерияси бўшлиғи 60% ва ундан кўпроқ торайганда (УТТ маълумоти бўйича) ва инсулт белгилари аниқ кузатилмаса ҳамда оператив давога монеликлар бўлмаса (оғир юрак – ўпка етишмовчилиги) каротид эндартерэктомия тавсия қилинади.
- Юрак клапанлари зарарланмаган ҳолда бўлмачалар фибрилляцияси (БФ) бор беморларнинг синусли ритмини тиклаш имкони бўлмаганда ва инсулт ривожланиш ҳавфи юқори ёки ўртача бўлганда (қуйида “БФ бор беморлар ҳавф стратификацияси”га қаралсин) антикоагулянтлар буюрилади (варфарин). Даволаш вақтида ХММ кўрсаткичини 1,8 – 2,5 атрофида сақлаб турилиши керак. Даволашга таъсирчанлик кам бўлганда, ХММ кўрсаткичини мунтазам ўлчаш имкони бўлмаганда ёки қон кетиш ҳавқи юқори бўлганда антиагрегантлар буюрилади (ацетилсалицил кислота 50 – 325 мк/кунда ёки 25 мг.дан 200 мг. дипиридамом билан биргаликда кунига 2 марта).
- **БФ бор беморларнинг ҳавф стратификацияси**
 - ◆ **Юқори** ҳавф (1 йил ичида инсулт ривожланиш ҳавфи – 8 %). Ҳавфли омиллар
 - ★ Систолик артериал босим 160 мм сим. уст.дан юқори
 - ★ Чап қоринча дисфункцияси
 - ★ Анамнезида инсулт
 - ★ 75 ёшдан катта аёллар.
 - ◆ **Ўртача** ҳавф (1 йил мобайнида инсулт ривожланиши ҳавфи – 3,5 %). Ўртача артериал гипертензия, анамнезида ҳавфли омили йўқ.
 - ◆ **Паст** ҳавф (1 йил давомида инсулт ривожланиш ҳавфи – 1 %). Анамнезида ҳавф омили ва артериал гипертензия йўқ.

КЛАССИФИКАЦИЯСИ

- Ишемик инсулт (бош мия инфаркти)
 - ★ Мия йирик томирларининг атеросклерози
 - ★ Кичикроқ қон томирнинг окклюзияси (лакунар)
 - ★ Кардиоэмболия
 - ★ Аниқланган номаълум бошқа сабаблар натижасида.

- Геморрагик инсульт ✦ Субарахноидал қон қуйилиш ✦ Мияга қон қуйилиши (паренхиматоз) ✦ Аралаш (паренхиматоз – субарахноидал ва/ёки паренхиматоз-вентрикуляр) қон қуйилиш.
- ТИА алоҳида ажратилади – ўтиб кетадиган мия қон айланишининг бузилиши, бунда неврологик белгилар 24 соат давомида йўқолади (қўпинча 5 – 20 минутда). 80% беморларда аниқланган ишемик инсульт (мия инфаркти), каротид хавзасида бўлади. Қолган ҳоллар геморрагик инсульт (мияга қон қуйилиши) ҳисобига тўғри келади.

ДИАГНОЗИ

АНАМНЕЗ ВА ФИЗИКАЛ ТЕКШИРУВ

Анамнез йиғишда инсульт хавф омили борлигини аниқлаш керак (юқорида *Профилактика* бўлимига қаралсин).

Физикал текширишда. уйқу артерияси устида шовқин борлиги, айниқса анамнезида ТИА ёки қандли диабет бўлса (лекин, уйқу артериясида шовқин бўлмаслиги унинг анчагина торайганлигини инкор эта олмайди) • Аритмик пульсга • Митрал клапан пролапсининг шовқинига ёки бошқа юрак шовқинлари бор эканлигига аҳамият бериш керак.

Неврологик ҳолат текширилаётганда айниқса қуйидаги белгилар борлигига аҳамият бериш лозим • Эс – ҳушнинг заифлашиши • Кўриш майдони нуқсонлари • Дисфагия • Қўллардаги ҳаракатнинг ўзгариши • Тик туриш ёки одимлашнинг бузилиши • Сийдик тута олмаслик.

ЛАБОРАТОР ТЕКШИРИШЛАР

- Қон шаклли элиментларини санаш.
- Қон зардобида электролитлар, мочевино ва креатитин миқдори.
- Қондаги глюкоза.
- Қон зардобидаги липидлар.
- Коагуляция тизими кўрсаткичлари (протромбин, қисман активлаштирилган тромбопластин вақти – антикоагулянтлар тайинлаш кераклигини аниқлаш мақсадида), волчанка омили, антикардиолипин у антителаси.
- Қондан экма олиш (агар бемор иситмалаётган бўлиб, инфекцион эндокардит ва эмболик инсультга гумон бўлса).

ИНСТРУМЕНТАЛ ТЕКШИРИШЛАР

- ЭКГ (ТИА ҳолларининг учдан бири синус тугуни кучсизлиги синдроми билан боғлиқ).
- Кўкрак қафаси аъзолари рентгенографияси.
- Бош мия КТ ёки МРТ си (ишемик ва геморрагик инсультларни дифференциал диагностикаси учун).
- Ёш беморларда тромбоэмболия манъбаи сифатида очиқ овал тешикни аниқлаш учун ЭхоКГ.
- Агар каротид эндартерэктомия ўтказиш режалаштирилса, уйқу артерияларини УТТ ёки МР ангиографияси (кўрсатмалар бўйича) сўнгра ангиография текшируви.

ДИФФЕРЕНЦИАЛ ДИАГНОСТИКАСИ

- **Инсулт.** Ўткир бошланади; ўтиб кетиши қийин бўлган неврологик белгилар ва улар бош мия артерияларини қон билан таъминлайдиган соҳаларга мос келади. Бош мияни кўрмасдан ва бошқа текширишлар ўтказмасдан туриб, мия инфаркти турини аниқлаш ва уни геморрагик инсултдан амалий жиҳатдан фарқлаб олиш қийин. МРТдаги ўзгаришлар инсулт ривожланишининг биринчи минутларида пайдо бўлади.
- **ТИА.** Белгилари инсултникига ўхшаш, лекин 24 соат ичида ўтиб кетади (одатда 30 минут мобайнида йўқолади).
- **Эпилептик талваса.** Хуруж тўсатдан бошланади ва тугайди, одатда хуруж пайтида сезувчанлик пасайган бўлади, кўпинча ихтиёрсиз ҳаракатлар кузатилади, хуруждан кейин уйқу босади ёки эс – ҳушнинг бузилиши кузатилади; 24 соат ичида ўтиб кетадиган ўчоқли неврологик белгилар бўлиши мумкин. Олдин ҳам бўлиб ўтган хуружлар диагноз қўйишга асос бўлади, лекин эпилептик хуруж инсулт билан биргаликда ҳам намоён бўлиши мумкин эканлигини эсда тутиш керак.
- **Гипогликемия.** Белгилари инсулт ёки ТИА ли беморлардаги каби бўлиши мумкин, гипогликемик дорилар қабул қиладиган қандли диабети бор беморлардагина кузатилади; эпилептиформ хуруж билан биргаликда содир бўлиши мумкин. Аниқ диагноз қўйишнинг яғони тўғри усули – қондаги глюкоза миқдорини аниқлаш.
- **Мигреннинг асоратланган хуружи.** Аввалига неврологик белгилар борлигига кўра инсултни эслатади; хуруждан олдин ва кейин қаттиқ бош оғриши кузатилади; кўпинча сезгининг ва кўриш қобилиятининг сусайиши юзага чиқади; сезгининг сусайиши тарқоқ бўлиши мумкин. Бу ҳолатни ёш беморларда ва анамнезида қаттиқ бош оғриғи бўлган аёлларда гумон қилинади. МРТ одатда меъёрда; инсулт билан биргаликда мигрен ҳам бўлиши мумкин.
- **Мия ичи ҳоаси** (ўсма ёки метастазлар, абсцесс, субдурал гематома). Ўчоқли белгилар бир неча кун давомида ривожланади; мия артерияларини қон билан таъминлайдиган соҳаларнинг биттадан ортиғига даҳлдор бўлади; кўпинча анамнезида ҳавfli ўсмалар бўлиши (ўпка, сут беzi раклари), иситмалаш, иммуносупрессиялар ёки калла шикастлари. КТ ва МРТ ёрдамида инсултдан фарқлаб олиш мумкин.
- **Истерия (жазава).** Белгилари инсултни эслатиши мумкин, лекин кўпинча қарама-қарши, мия артерияларини қон билан таъминлайдиган соҳаларга мос келмайдиган белгилар ҳам кузатилади. МРТ одатда меъёрда.

МУТАХАССИС МАСЛАҲАТИГА КўРСАТМАЛАР

- Инсултга шубҳа бўлган барча ҳолларда, невропатологни маслаҳатга таклиф қилиш керак.

Маслаҳатнинг мақсадлари:

- ◆ Инсулт ташхисини тасдиқлаш қийин бўлган ҳолларда, физикал текшириш ва қўшимча текшириш натижалари аниқ ташхис қўйишга имкон бермаганда;
- ◆ Инсултнинг оғирлигини аниқлаш;
- ◆ Тегишли даво буюриш;
- ◆ Инсулт сабабини аниқлаш;

- Системали васкулит ёки бириктирувчи тўқима касалликлари гумон қилинганда ревматолог маслаҳати зарур бўлади.

Инсултнинг юрак – томир асоратлари ёки мия томирлари тромбоемболияси сабабларини даволаш учун кардиолог маслаҳати.

Аниқ намоён бўлаётган дислипидемияда ёки қандли диабетда эндокринолог маслаҳатси.

ДАВОЛАШ

ДАВОЛАШНИНГ МАҚСАДЛАРИ

- Ўткир даврида:
 - ◆ Ҳаётгий функцияларни сақлаб туриш (нафас, гемодинамика, сув – электролит мувозанати);
 - ◆ Зарарланиш майдонини чегаралаш;
 - ◆ Бош миянинг иккиламчи зарарланишларини келтириб чиқарадиган ва инфекция асоратларни олдини олиш;
 - ◆ Қайта инсулт бўлишнинг профилактик чоралари.
- Бўлиб ўтган инсултда:
 - ◆ Ҳавфли омилларга қарши чоралар кўриш;
 - ◆ Кейинги инсултни дорилар билан олдини олиш.

ШИФОХОНАГА ЁТҚИЗИШГА КЎРСАТМА

Инсулт бор деб гумон қилинган барча беморлар, диагностикани аниқлаш ва даво чораларини кўриш учун шифохонага ётқизилади.

Беморни жадал даво, кейинчалик – физиотерапия ва махсус реабилитация тадбирлари ўтказиш имконияти бўлган ихтисослашган бўлимларга юбориш лозим.

ДОРИЛАР БИЛАН ДАВОЛАШ

УМУМИЙ ТАДБИРЛАР

- Зарур бўлса, нафас йўллари ўтказувчанлигини таъминлаш (трахеостомик най ёки интубация ёрдамида). Яққол гипоксияда (цианоз, pO_2 пасайиб кетганда) кислород ингаляцияси.
- Артериал босим назорати.
 - ◆ Мия инфаркти кўпинча АБ нинг ўткир кўтарилиши билан бирга кузатилади. Шунинг учун қуйидаги ҳолатлар гипотензив воситаларни қўллашга кўрсатма ҳисобланади:
 - ✦ Систолик АБ 200 мм.сим.уст.дан ёки диастолик АБ 100 мм.сим.уст.дан баланд бўлса (агар систолик АБ 220 мм.сим.уст.дан баланд бўлса, гипотензив терапияни дарҳол бошлаш керак);
 - ✦ Коронар ёки буйрак етишмовчилиги белгилари;
 - ✦ Аорта аневризмаси ёрилиб кетганлигига гумон бўлганда;
 - ✦ Режалаштирилган тромболитик терапия;
 - ✦ Бош мияга қон қуйилиши КТ ёрдамида тасдиқланганда.
 - ◆ АБ ни аста – секин тушириш мақсадида енгил титрланувчи препаратлар, масалан, вена ичига натрий нитропруссид юборилади. Томирларни кенгайтирувчи таъсир кўрсатадиган ва АБ ни кескин туширадиган (чайнайдиган нифидепин таблеткаларини қўллаб бўлмади) дори воситаларини қўллаш керак эмас.

◆ АБ 185/110 мм.сим.уст.дан баланд бўлиб турса, тромболитик даво буюрилади.

◆ Инсултнинг ўткир фазасидан кейин қайта инсулт бўлиш эҳтимолини камайтириш мақсадида адекват даволаш керак.

• Нормоволемиyani ушлаб туриш учун в/и га 0,9% ли натрий хлорид эритмаси юборилади; таркибида глюкозаси бор эритмаларни юбормасликка ҳаракат қилиш керак.

• Глюкозанинг қондаги миқдори 8,2 – 9,3 ммоль/л. атрофида ушлаб туриш керак (гипергликемия бош мия ишемиясини кучайтиради), лекин гипогликемия бўлишидан эҳтиёт бўлиш лозим.

• Зарур бўлганда, қовуқ катетерланади.

Тромболитик терапия

Инсулт бошланишидан дастлабки 3 соат мобайнида неврологик ўзгаришларни бартараф қилиш мақсадида тромболитик терапия ўтказиш зарурати кўриб чиқилади. Тромболитик даво наф бериши ҳақидаги маълумотлар бир – бирига зид, ҳозирги вақтда бу усулни даво сифатида барча беморларга тавсия қилиб бўлмайди ва фақат ихтисослаштирилган бўлимларда мутахассис шифокор тавсиясидан кейин бошланади.

Инсулт қайталанишининг профилактикаси

• Антиагрегантларни доимий қабул қилиш (ацетилсалицилат кислота 75 мг.дан кунига 1 марта ёки 25 мг.дан икки марта ва дипиридамомл 200 мг.дан 2 марта биргаликда қабул қилинади). Бемор ацетилсалицилат кислотани қабул қила олмаса, клопидогрел 75 мг.дан ҳар куни ёки тиклопидин 250 мг.дан кунига 2 марта буюрилади.

• Инсултга олиб келувчи ҳавфли омилларни бартараф қилиш.

◆ АГ диуретиклар, β – адреноблокаторлар, ААФ ингибиторлари ёки кальций каналлари блокаторлари ёрдамида даволанади.

◆ Холестерин миқдори кўпайиб кетганда станинлар буюрилади.

◆ Қандли диабет назорати кучайтирилади.

◆ Беморга чекишни ташлаш маслаҳат берилади.

◆ Перорал антикоагулянтлар (варфарин) қуйидаги ҳолларда қўлланилади: БФ, синус тугунининг кучсизлиги синдроми, яқинда бўлиб ўтган миокарднинг олдинги инфаркти, томир девори тромби, чап қоринча аневризмаси ёки миокарднинг чап қоринчаси деворидаги акинез қисми, протезланган юрак клапани.

РЕАБИЛИТАЦИЯ

• Реабилитация мақсадлари ✦ Касаллик асоратларини бартараф қилиш ёки енгиллаштириш ✦ Реадаптацияга ёрдамлашиш.

• Кўпинча реабилитация тадбирлари беморларда қуйидаги ўзгаришлар бўлганда амалга оширилади ✦ Қўл – оёқ фалажлари ✦ Кўриш майдони нуқсонлари ✦ Олий пўстлоқ фаолиятининг бузилиши ✦ Ютишнинг узок давом этувчи бузилишлари (беморларнинг ярмида) ✦ Депрессия (беморларнинг ярмида) бўлганида.

• Реабилитация турлари ✦ Физиотерапия ва даволовчи гимнастика ✦ Нутқ бузилишларини бартараф қилиш ✦ Нейропсихологик реабилитация.

БЕМОРЛАРНИ ЎРГАТИШ

Инсульт ҳавфли омиллари бор беморларга мияда қон айланиши бузилишининг биринчи аломатлари тўғрисида суҳбат ўтказиш лозим. Айниқса, зудлик билан тиббий ёрдам учун мурожаат қилишнинг аҳамиятини таъкидлаш керак. Инсульт бўлган беморларга иккиламчи инсульт профилактикаси ҳақида тушунтириш зарур.

КЕЙИНГИ КУЗАТУВЛАР

- Инсультдан кейинги биринчи ҳафта мобайнида неврологик статусни ҳар куни текшириш (кейинчалик – керак бўлганда).
- Инсульт ҳавфли омилларини бартараф этишни назорат қилиш.
- Депрессия белгиларини фаол аниқлаш (махсус саволномалар тўплами ёрдамида), керак бўлса, ўз вақтида даво буюриш.
- Қондаги липидлар, (гиперлипидемияда), гликозидланган Нв миқдорини (қандли диабетда), протромбин вақтини ёки халқаро меъёраштирилган муносабат (ХММ) (варфарин қабул қилаётган беморларда) назорат қилиш.
- Юрак – томир ёки неврологик ҳолат ўзгаришларида ЭКГ, холестерин мониторинги, жисмоний зўриқиш билан ўтказиладиган синамалар, уйку артериясини доплери ва нейровизуализация текширувлари ўтказилади.
- Амбулатор физиотерапия ва даво гимнастикаси.
- Антигипертензив, антиагрегант, антикоагуляция ва гиповолемик терапиялар самарадорлигини назорат қилиш ва зарур бўлганда давога ўзгартиришлар киритиш.

ПРОГНОЗИ

- Биринчи 4 кун давомида инсульт бўлган беморларнинг учдан бир қисмида асосий неврологик ўзгаришлар ҳисобига аҳолининг оғирлашиши қайд қилинади. Шифохонага тушганда эс – ҳушнинг бузилишлари, АГ ёки гипергликемия ёмонлашишдан олдинги омиллар ҳисобланади.
- Бешта бемордан биттасида сўнгги 5 йил мобайнида қайтадан инсульт ривожланиши.
- “Кичик” инсульт бўлган саккизта беморнинг биттасида кейинги 10 йил мобайнида “катта” инсульт кузатилади.
- Беморларнинг учдан бир қисмида кейинги бир йил давомида ўлим қайд қилинади. “Кичик” инсульт ёки ТИА да ҳавф камроқ.
- Инсультнинг ҳар хил турларида қайталаниш ва ўлим қайд қилиниш ҳоллари – жадвалда келтирилган.
- Инсульт кечишини прогнозини ёмонлаштирадиган омиллар: қариялик оғир ёки зўрайиб кетаётган инсульт, юрак ишемик касаллиги (айниқса, ёшларда), ёки галмагал оксоқланиш, юрак етишмовчилиги, чекиш, стационарга келган вақтидаги гипергликемия, сийдик тута олмаслик, турмуш ўртоғининг йўқлиги.

Жадвал. Қайта инсульт бўлиш ҳавфи ва ўлим билан тугаш ҳоллари

Инсульт тури ^А	Қайталанган инсульт*	Ўлим билан тугаш*
Бош миянинг лакунар	9	11

инсульти		
Каротид ҳавзасининг тотал инфаркти	6	60
Каротид ҳавзасининг қисман инфаркти	17	16
Вертебро – базиляр ҳавзадаги инфаркт	20	19

*Кейинги йил мобайнида, %.

СУБАРАХНОИДАЛ ҚОН ҚУЙИЛИШИ

Аневризматик субарахноидал қон қуйилиши – мия томирлари аневризмасининг ёрилиши натижасида субарахноидал бўшлиққа қон қуйилишидан келиб чиқадиган патологик ҳолат.

ХКК-10: • I60 Субарахноидал қон қуйилиши.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯСИ

Касалланиш ҳар 100000 аҳолининг 6 – 10 тасида кузатилиб, кўпроқ 55 – 60 ёшларда учрайди. Тўсатдан бошланган барча субарахноидал қон қуйилишларнинг 70 – 80 % артерия аневризмасининг ёрилишидан келиб чиқади.

ПРОФИЛАКТИКАСИ

Ҳавfli омилларга қуйидагилар киради • АГ • Кун давомида АБ нинг сезиларли даражада кўтарилиб туриши • Перорал контрацептивлар қабул қилиш • алкоғолизм • Ҳомиладорлик ва туғруқ.

КЛАССИФИКАЦИЯСИ

Бемор аҳволининг оғирлигини баҳолаш, прогнозлаш ва даво чораларини белгилаш тактикасини анаклаш учун жаҳон нейрохирурглар федерацияси томонидан субарахноидал қон қуйилиши бўйича қабул қилган шкаладан фойдаланилади (жадвал).

Жадвал. Субарахноидал қон қуйилиши бўйича жаҳон нейрохирурглар федерацияси қабул қилган шкала (**WFNS grading scale of SAH**)

Дара жаси	Глазго шкаласи бўйича баҳолаш	Қўпол неврологик дефицит*
0**	–	
I	15	Йўқ
II	13 – 14	Йўқ
III	13 – 14	Бор
IV	7 – 12	Бор/йўқ
V	3 – 6	Бор/йўқ

*Афазия, гемипарез/гемиплегия **Ёрилмаган аневризма

ДИАГНОЗ**АНАМНЕЗ ВА ФИЗИКАЛ ТЕКШИРУВ**

Бош мия томирлари аневризмаси кечишининг бир нечта клиник вариантлари мавжуд.

- “Катта йиртилиш” – аневризма ёрилишининг классик кечиши. 100% ҳолларда катта субарахноидал қон қуйилиши билан содир бўлади, ҳамда паренхиматоз қон қуйилишлар (20 – 40 %) бўлиши мумкин. Қоринчалар ичига қон қуйилиши (15 – 25 %), субдурал гематома (2 – 5 %) ҳам кузатилади. Бемор кўпинча оғир аҳволда бўлиб, операциядан олдинги даврда жадал терапия ўтказиш зарур бўлади. Ҳушида бўлган беморлар кўпинча “санчилаётган” бош оғригидан шикоят қилишади. Обьектив белгилари – менингеал синдром, АГ, эс-хушнинг кома ҳолатигача бузилиши, кўз соққасига қон қуйилиши (преретинал, ретинал ва шишасимон танага қон қуйилиши – Терсон синдроми).
- Масс – эффект – ёндош структураларнинг эзилишидан келиб чиққан локал неврологик дефицит (масалан, орқа бириктирувчи артерия аневризмаси III жуфт бош мия нервларини эзиб кўйганда парасимон аневризмада кўриш майдонининг йўқолиши).
- Кичик носпецифик белгилар – кўпинча “катта йиртилиш” хабарчиларидан ҳисобланади, шунинг учун бемор бош оғриғи, эпилепсияга яқин тутқаноқ, ТИА шикоятлари билан мурожаат қилиши врачдан маълум “гумонсирашликни” талаб этади.
- Асимптоматик кечиши – нейровизуал текширишлар ривожланган сари ва айниқса ангиографиянинг ноинвазив усуллари (МРТ, КТ – ангиография) киритилиши асимптоматик аневризмалари бор кишиларни аниқланиш сонини кўпайтирмоқда.

ИНСТРУМЕНТАЛ ТЕКШИРИШЛАР

Субарахноидал қон қуйилишини тасдиқлаш учун бош мия КТ си ўтказилади. Субарахноидал қон қуйилиши ва яллиғланиш жараёнларини фарқлаш керак бўлганда, люмбал пункция қилиниб ликвор текширилади. Ҳар қандай ҳолларда ҳам, фақатгина бош мия КТ қилиниб, ўсма борлиги рад этилгандан кейингина орқа мия пункцияси бехатар ўтказилиши мумкин. Субарахноидал қон қуйилиши ташхиси тасдиқланса, бемор мия томирларининг ангиографиясини ўтказиш лозим.

ДИФФЕРЕНЦИАЛ ДИАГНОСТИКАСИ

Дифференциал диагностикани субарахноидал қон қуйилишини келтириб чиқарувчи сабаблар билан ўтказилади.

- Бирламчи субарахноидал қон қуйилиши (аневризма ёрилиши).
- Иккиламчи субарахноидал қон қуйилиши (мия ичига қуйилган қоннинг қоринча тизимига ёки субарахноидал бўшлиққа ёриб чиқиши).
- Шикастланиш.
- Геморрагик синдром.
- Антикоагулянтлар қабул қилиш.
- Бош мия ўсмалари.
- Систем васкулитлар.

- Қон қуйилишига олиб келадиган орқа мия касалликлари (ўсма, артериовеноз мальформация).
- Ятроген қон қуйилишлар (муваффақиятсиз ўтказилган орқа мия пункцияси).
- 15 – 20 % ҳолларда субарахноидал қон қуйилишининг сабаблари ноаниқлигича қолади ва бундай ҳолларда прогноз нисбатан яхши бўлади.

МУТАХАССИС МАСЛАҲАТИГА КЎРСАТМАЛАР

Барча беморлар зудлик билан невропатолог ва нейрохирурга кўрсатилиши зарур.

ДАВОЛАШ

ДАВОЛАШДАН МАҚСАД

- Даво чоралари ихтисослаштирилган бўлимларда амалга оширилади.
- Қон қуйилишидан келиб чиққан бош миядаги иккиламчи ўзгаришларни олдини олиш ва уларни бартараф қилиш. Агар бемор ҳушида бўлса, бош мия ичи босимини тушириш, АБ ни физиологик чегараларда сақлаб туриш, қайд қилишга қарши даво ва анальгетиклар буюрилади. Ҳушидан кетган беморларга юқоридаги тадбирлар жадал терапия бўлимида олиб борилади.

РЕЖИМ ВА ПАРҲЕЗ

Беморларга 7 кунгача ётоқ режими, ичак фаолиятини кучайтиришга қаратилган парҳез буюрилади.

ДОРИЛАР БИЛАН ДАВОЛАШ

Мия томирлари спазминини олдини олиш мақсадида ҳамма беморларга перорал нимодипин 60 мг.дан ҳар 4 соатда, 3 ҳафта давомида буюрилади. Беҳуш беморларга дори зонд орқали юборилади. Беморни хирургик йўл билан даволашга кўрсатмаларни мутахассис ҳал қилади ва амалга оширади.

КЕЙИНГИ КУЗАТИШ

Операциядан кейинги кечки даврда, қўшимча неврологик реабилитацияга муҳтож беморлар тегишли стационарларга ўтказилади.

ПРОГНОЗИ

Даволаш натижалари ва прогноз кўпинча бўлиб ўтган субарахноидал қон қуйилишининг оғирлигига боғлиқ. Биринчи марта субарахноидал аневризматик қон қуйилишини бошидан кечирганлар ичида умумий ўлим даражаси тахминан 45% (32 – 67 %) ни ташкил этади. Операция қилинмаган беморларнинг 30 – 35 % дастлабки 3 ой ичида қайта қон қуйилишидан ҳалок бўладилар. Ички уйқу артерияси ҳавзасидаги “стандарт” аневризмани операция қилиш маҳалида ҳалок бўлиш ҳавфи ўртача 5%, оғир неврологик етишмовчилик ҳавфи эса – тахминан 12%.

ЭПИЛЕПСИЯ

Эпилепсия – бош миянинг сурункали касаллиги бўлиб, ундаги айрим нейронлар гуруҳининг ҳаддан ташқари электр фаоллиги натижасида қайталаниб турадиган тутқаноқлар билан намоён бўлади. 2001 йилда дунёда ҳар 100000 кишига 16,2 та касалланиш тўғри келган.

Этиологияси • Идиопатик (бирламчи, эссенциал, криптоген) эпилепсия – 75 % беморларда кузатилади • Симптоматик иккиламчи эпилепсия ✦ Метаболик ўзгаришлар ✦ Гипогликемия ✦ Гипопаратиреоз ✦ Фенилкетонурия ✦ Томир касалликлари ва инсульт ✦ Мия инфаркти ✦ Томир мальформацияси ✦ Васкулит ✦ Мияга қон қуйилиши ✦ Ўсмалар ✦ Калла ичи гематомаси ✦ Гематомалар ✦ Миянинг туғма нуқсонлари ✦ Бош мия шикастланишлари ✦ Калла суякларининг синиши ✦ Туғруқдаги шикастланишлар ✦ Мия гипоксияси ✦ Наркоз ✦ Ис газидан захарланиш ✦ Нафас тўхташи ✦ МНС инфекцияси ✦ Менингит ✦ ОИВ – инфекция ✦ Мия абсцесси ✦ Энцефалит ✦ Нейросифилис(захм) ✦ Қутуриш ✦ Қоқшол ✦ Ҳавфли безгак ✦ Токсоплазмоз ✦ Мия циститеркози ✦ Дори воситалар ва токсик омиллар ✦ Камфора ✦ Хлорохин ✦ Коразол ✦ Стрихнин ✦ Пикртоксин ✦ Қўрғошин ✦ Алкогол ✦ Кокаин ✦ *Анафилактик реакциялар ✦ Абстинент синдромдан кейин ✦ Талвасага қарши терапия ✦ Транквилизаторлар қабул қилиш ✦ Узоқ вақт алкоголь истеъмол қилиш ✦ Мия шиши ✦ Гипертензив энцефалопатия ✦ Эклампсия ✦ Гиперпирексия ✦ Ўткир инфекциялар ✦ Иссиқ уриши.

Генетик аспектлар. Кўпгина генетик нуқсонлар фенотипик жиҳатдан талвасалар кўринишида қайд этилади.

КЛИНИК МАНЗАРАСИ

• Бемор ўз фаоллигини хуруж вақтида бирданига вақтинча тўхтатади ва тутқанок тугаган заҳоти тиклайди ✦ Абсанслар кунига бир неча марта, кўпинча бемор тинч ўтирган пайтида ҳам кузатилиши мумкин. Жисмоний зўриқиш пайтида тутқанок камроқ бўлади ✦ Абсанслар генетик детерминантланган бўлиб, кўпроқ болаларда кузатилади ва ҳеч қачон 20 ёшдан кейин бошланмайди ✦ Тутқаноклар оралиғида бемор бутунлай соғлом ҳолда бўлади ✦ Тиришишлар аурадан бошланиши мумкин (эпигастрал соҳадага ноҳуш хислар, беихтиёр бош ҳаракатлари, кўриш ва эшитиш галлюцинациялари ва бошқ.), бундан кейин беморнинг қийқириши, хушдан кетиши ва йиқилиши кузатилади ✦ Тоник тиришишларнинг қисқа фазасидан сўнг қўл – оёқ, гавда ва бошдаги мушакларни ўз ичига оладиган клоник тортишишлар фазаси бошланади ✦ Беихтиёр сийдик ва нажас ажраши кузатилиши мумкин ✦ ЭЭГ: тарқоқ эпилептик ёки битишмалар ва секинлик билан ҳаракат қиладиган тўлқинлар ✦ Тутқанок давомийлиги 2 – 5 минут ✦ Тутқанокдан олдин кайфиятнинг продромал ўзгаришлари кузатилиши мумкин ✦ Тутқанокдан кейин бемор ҳолати ва онгнинг чалкашиши, чуқур уйқу кузатилади, бош ва мушак оғриқлари билан намоён бўлади ✦ Тутқаноклар барча ёшдаги инсонларда кузатилиши мумкин ✦ Миоклоник тутқанокда қўл-оёқ ва гавда мушакларининг тўсатдан тортишишлари; одатда метаболизм бузилишларида, дегенератив касалликларда, энцефалитларда кузатилади. ✦ Атоник ва акинетик эпилептик тутқаноклар – билан характерланадиган эс – ҳушнинг ва мушак тонусининг кескин йўқолиши болаларда учрайди. Қисқа вақт давом этувчи бирламчи – тарқоқ тутқанок, натижасида бола йиқилиб тушади. Тўсатдан йиқилиш кўпинча шикастланишларга олиб келади ✦ Бош китадиган тортишишлар, салом берадиган тортишишлар – қўл, гавданинг кескин букилиши ва оёқларнинг кескин ростланиши билан кузатиладиган бирламчи-тарқоқ тутқаноклар ✦ Тутқанок бир неча сония давом этади, лекин кунига бир неча марта қайталиниши мумкин ✦ Кўпинча бола 3 ёш бўлгунча

кузатилади, ундан кейин аксарият ҳолларда, тутқаноқларнинг бошқа турига ўзгаради ♦ Одатда мия шикастланишлари тутқаноқнинг аниқ сабабчиси эканлиги аниқланади.

- Парциал тутқаноқ ✦ Оддий парциал тутқаноқ эс – ҳуш ўзгармаган ҳолда, специфик мотор, сенсор ёки психомотор ҳодисалар кўринишида бошланади ♦ Чегараланган тоник ёки клоник активлик ва ўткинчи сенсор ўзгаришлар билан намоён бўлади ♦ Эпилептик активлик секин-аста гавданинг бошқа соҳаларини эгаллаши мумкин – джексон тутқаноғи кўринишида (масалан, юздан бошланиб, кўлни, кейинчалик оёқни ўз ичига олиши) ёки доимий намоён бўлиш соҳаси кузатилиши, сўнгра тарқалиши (кожевников эпилепсияси) билан намоён бўлиши мумкин ♦ Кўпинча мураккаб ёки тарқоқ тутқаноқдан олдин бўлади ва ♦ ЭЭГ: фокал эпилептик – битишмалар, тутқаноқ пайтида, баъзи ҳолларда тутқаноқлар орасидаги даврда бўладиган секин ҳаракат қилувчи тўлқинлар кўринишида кечади ✦ Мураккаб парциал (психомотор) тутқаноқ ҳар хил ёшда юзага келиши мумкин ва кўп ҳолларда органик ўзгаришлар билан боғлиқ бўлади ♦ Кўпинча тутқаноқдан олдин аура кузатилади, ундан кейин эс – ҳуш бузилади. Аура галлюцинациялар (ҳид билиш, там билиш, эшитиш, кўриш) ёки мураккаб иллюзияларни (deja vu тури каби – бўлиб ўтган, jamais vu - ҳеч қачон кўрилмаган) ўз ичига олади ♦ Тутқаноқ бошланишида бемор бир оз гандираклаши, керак бўлмаган ҳаракатлар қилиши, тушуниб бўлмайдиган товушлар чиқариши мумкин; у гапга тушунмайди ва кўрсатилаётган ёрдамга фаол қаршилик кўрсатади ♦ Бемор 1 – 2 минутгача ташқи муҳит билан мулоқотни узади ♦ Кўнгил айнаши ёки қайд қилиш, локал сенсор ёки мотор ўзгаришлар одатда мураккаб тутқаноқларда кузатилади ♦ Баъзи беморларда психомотор эпилептик ҳолат ривожланади – бир неча соат ёки кунлар давомида беморнинг эси кирди – чиқди ёки тормозланган бўлади.

- Фибрил тортишиш ✦ 3 ойликдан 5 ёшгача кузатилади ✦ Тутқаноқ иситма кўтарилган пайтда бошланади ✦ Наслий мойиллиги бор болаларнинг 4 % ида учрайди ✦ Ҳавфсиз (оддий) тутқаноқлар – қисқа, камдан – кам, тарқоқ; асоратланган – ё фокал, 15 минут давом этади, ёки 24 соат ичида 2 марта ёки ундан ортиқ кузатиладиган ✦ 2 % болаларда эпилепсия кечроқ ривожланади, асоратланган фибрил тутқаноғи бўлган болаларда эпилепсия ривожланиш эҳтимоли юқорирок.

- Эпилептик ҳолат (тўхтовсиз бўладиган эпилептик тутқаноқ) ✦ Мотор, сенсор ва руҳий тутқаноқлар бирин – кетин давом этади, тутқаноқлар оралиғида эс – ҳуш тўла тиклана олмайди ✦ Клоник эпилептик ҳолат бир неча соат ёки бир неча кун давом этиши мумкин, кўпинча ўлим билан тугайди. Бирданига ёки талвасага қарши дориларни кескин тўхтатишдан бошланади ✦ Парциал давом этувчи эпилепсия – бир неча сония ёки минут оралиғида қайтарилиб турадиган, бир неча кун ёки ҳафта давом этадиган, кам учрайдиган мотор тутқаноқлар туридир.

- Эпилептик психозлар ✦ Битта ва бир нечта тутқаноқлардан кейин кескин ёки тутқаноқлар билан боғланмаган ҳолда аста – секинлик билан юзага келиши мумкин ✦ Клиник кўринишида барча руҳий бузилишлар ҳолати кузатилади: галлюцинатор, параноидал, аффектив – параноидал, кататоник ва бошқа белгилар ✦ Мазмунга бой кечинмалар, ғазабланиш, экстаз бўлиш характерлидир ✦

Босинқираш, одатда, жуда чуқур маъноли бўлади, (беморлар ўзларини улуғ миссионер, коинот эгалари, ёки аксинча, буюк гуноҳкорлар деб биладилар) ✦ Кўпинча тажовузкор психомотор кўзғалишли ва зиён етказувчи лаҳзалар яққол намоён бўлади ✦ Клиник кўриниши шизофрения хуружини эслатади ✦ Давомийлиги бир неча ҳафтадан бир неча йилгача.

- Эпилепсияда шахсдаги сурункали ўзгаришлар ✦ Касаллик қанча эрта бошланган бўлса, шунга кучлироқ намоён бўлади ✦ Тез таъсирланиш, ўзи боғлиқ бўлган шахсларга ҳушомадгўйлик қилиш, гумонсираш, кек сақлаш, ҳаддан ташқари синчков бўлиш ва саранжомликка интилувчанлик хос бўлади, оғир ҳолларда – ўч олиш, қаттиққўллик, арзимаган нарсалардан ғазабланиш, нутқ секинлашган, бир хил, босиқ, суҳбатнинг бир мавзусини иккинчисига қийинлик билан ўзгартириш ✦ Эпилепсиянинг ҳавfli кечишида аклий заифлик ривожланади: интеллектнинг пасайиши, ўз соғлиғи ва эҳтиёжи билан қизиқиш доирасини торайиши, эсининг танланган заифлашуви (фақат ўзига тегишлисини эслаб қоладилар), оғир ҳолларда танқиднинг йўқлиги, ўзини ножўя тутиш, инстинкт йўқолиши, ваҳшийлик, тажовузкорлик.

Лаборатор текширишлар • Периферик қон таҳлили ✦ Ўткир инфекцион жараёнга хос ўзгаришлар ✦ Метаболик бузилишларнинг аломатлари – глюкоза, натрий, калий, фосфор, магний, мочевина миқдорининг ўзгариши • Қон зардобида дори воситалар (хусусан, талвасага қарши препаратлар) ва токсик моддалар (кўпинча алкоголь) борлигини аниқлаш.

Инструментал текширишлар • ЭЭГ – текшириш сезувчанлиги, спецификлиги ва ҳажми талваса ўчоғининг анатомик жойлашишига ҳамда касаллик асосини ташкил қилувчи омилларга боғлиқ бўлади • Мия пўстлоғи фаоллигини узоқ вақт назорат қилиш учун 24 соатлик ЭЭГ қўлланилади • МРТ ва КТ мия моддасида ўчоқли ўзгаришлар борлигини аниқлашга ёрдам беради. Зарарланиш ўчоғи пешона ва чакка бўлақларида жойлашган бўлса, тарқоқ тортишишлар кузатилади ✦ Талвасага қарши даво ЭЭГ натижаларини ўзгартириши мумкин ✦ Эритромицин, сульфаниламидлар, варфарин ва циметидин қабул қилганда ҳамда алкоголь ичилганда антикоагулянтлар миқдори кўпайиб кетиши мумкин.

Дифференциал диагностика ўтказишда эпилептик талваса сабаблари ва клиник белгилари билан ўхшаш касалликларни аниқлаш кўзда тутилади • Нарколепсия • Мигрень • Ҳушдан кетиш • Эпилептик хуруж симуляцияси • Шизофрения (эпилептик психозларда) • Деменция.

ДАВОЛАШ

Режим эпилептик хуруждан ташқари ҳолларда амбулатор.

Даволаш тактикаси

- Талвасага қарши препаратлар комбинацияси ёрдамида эпилептик тутқаноқни бартараф қилиш. Хуруж маҳалида нафас йўллари ўтказувчанлигини назорат қилиш, бемор тилини тишлаб олмаслигини ва тили кетиб қолмаслигини олдини олиш, беморни шикастланишлардан сақлаш тадбирларини амалга ошириш.

- Профилактик чоралар ✦ орқага қайтариш мумкин бўлган ўзгаришларни (метаболик ўзгаришлар, АГ, иситмалаш, абстинент синдром) даволаш ✦ Талвасага қарши восита танлаш тутқаноқдаги тортишиш турига ва воситанинг нохуш

таъсирига боғлиқ бўлади ✦ Энг содда ва энг кам ДВ қабул қилиш кераклигини эсда тутиш лозим ✦ Талвасага қарши воситалар профилактика мақсадида стресс ҳолатларда қабул қилинади ✦ Уларнинг қондаги ҳажми қуйидаги ҳолларда аниқланади: ✦ Биринчи марта буюрилганда (икки ҳафтадан кейин) ✦ Ўзаро таъсир этувчи ДВ лар тавсия этилганда ✦ Интоксикация белгилари бўлганда.

- Зарурат бўлганда хирургик даво қилинади.
- Фебрил тутқаноқлар ✦ Тана ҳароратининг пасайиб кетиши ✦ Тез – тез бўлиб турадиган фибрилл тутқаноқларда унинг олдини олиш мақсадида тана ҳарорати кўтарилган захоти диазепам 0,33 мг/кг. ҳар 8 соатда буюрилади, у меъёрлашгандан кейин ҳам 24 соат давомида қабул қилиш давом эттирилади.

ДОРИ ВОСИТАЛАРИНИ ТАНЛАШ

• Тарқоқ тутқаноқлар ✦ Клоник – тоник тутқаноқ (*grand mal*) ✦ Фенитоин 200 – 400 мг/кунда 1 марта ёки 3 га бўлиб кун давомида (қондаги терапевтик концентрацияси 10 – 20 мкг/мл.) ✦ Фенобарбитал 100 – 200 мг/кунда 1 марта ёки 2 га бўлиб қабул қилинади (10 – 30 мкг/мл.) ✦ Карбамазепин 600 – 1200 мг/кунда 2 – 4 га бўлиб қабул қилиш (4 – 12 мкг/мл.) ✦ Вальпроат кислотаси 750 – 1000 мг/кунда 1 марта ёки 2 – 3 га бўлиб; қабул қилишни 15 мг/кг/кундан, ҳафта мобайнида 5 – 10 мг/кг/кундан ошириб 60 мг/кг/кунгача кўтарилади (50 – 150 мкг/мл.) ✦ Абсанслар ✦ Этосуксимид 500 – 1500 мкг/кунда 1 марта ёки 2 га бўлиб қабул қилинади (қондаги терапевтик концентрацияси – 40 – 100 мкг/мл.) ✦ Вальпроат кислотаси ✦ Клоназепам 0,01 – 0,03 мг/кг/кунда, секин – асталик билан 0,1 – 0,2 мг/кг/кунда оширилади (20 мг/кунда гача) 2 – 3 мартагача бўлиб қабул қилинади (20 – 80 нк/мл.) ✦ Оксазолидиндион (триметадион) самара бўлмаган ҳолларда ёки бошқа препаратларга монелик бўлгандагина буюрилади ✦ Миоклоник тутқаноқлар ✦ Вальпроат кислота ✦ Клоназепам ✦ Абстинент эпилептик тутқаноқлар (барбитуратлар ёки алкоголь қабул қилишни тўхтатиш синдроми) ✦ Фенитоин, ўткир хуружни бартараф қилиш учун ✦ Магний препаратлари, алкогольли абстиненцияда тутқаноқнинг олдини олиш мақсадида.

- Парциал тутқаноқлар ✦ Фенитоин ✦ Карбамазепин.
- Психозларда (қайси клиник белги устун туришига қараб) – нейрорептиklar, антидепрессантлар, литий препаратлари, транквилизаторлар.
- Эпилептик ҳолатда ✦ Тиамин 100 мг. в/и га ✦ Глюкоза 25 – 50 г. в/и га тез оқизиб қуйиш (болаларга 1 г/кг.) ✦ Диазепам 10 – 20 мг. в/и ёки 10 мг. в/и ҳар 15 минутда 1 соат мобайнида (болаларга – 0,3 мг/кг. в/и га) ✦ Хуружлар қайталанмаслиги учун фенитоин юборилади 500 мг. в/и га минутига 50 мг. тезлик билан, сўнгра 500 мг. 30 минут давомида 100 мг. дан (болаларга – 10 мг/кг. дан в/и га икки марта 30 минут оралатиб) ✦ Фенитоин самарасиз бўлганда – фенобарбитал 90 – 120 мг. в/и га, қайтадан юбориш мумкин – ҳар 10 – 15 минутда 1000 мг. гача (болаларга – 10 мг/кг., қайта юборишда – 25 мг/кг.) ёки натрий тиопентал 2 – 4 мг/кг/соат в/и, кейин 2-8 мг/кг/соат тезликда доимий инфузия ✦ Диазепам, барбитуратлар трахеяни интубация қилиш имконияти бўлганда қилинади.

Оператив даволаш. Чакка бўлагининг резекцияси, кортикал эпилептик ўчоқни кесиш ва кадоксимон танани ёриш баъзи беморларда тутқаноқ қайталаниш тезлигини ва тутқаноқнинг ифодаланишини камайтириши мумкин.

Кечиши ва прогнози • Идиопатик эпилепсия – оқибати нисбатан яхши, тутқаноқнинг тез – тез қайталаниши бемор ёши ошган сайин камаяди. Тутқаноқларга талвасага қарши даво нисбатан яхши таъсир кўрсатади • Симптоматик эпилепсия – прогнози нисбатан ёмон. Тутқаноқларни даволаш анча қийин. Мураккаб парциал тутқаноқларда хуружлар орасидаги даврда тутқаноқларнинг тез-тез қайталанишига боғлиқ бўлмаган, рухий ўзгаришлар етарли даражада кўп учрайди • Эпилептик ҳолатда ўлим билан тугаш 6 – 8 % (3 – 6 % болаларда) ҳолларда. Тутқаноқнинг узайиши касаллик оқибати ёмонлаштиради. 12 соатдан ортиқ давом этадиган тутқаноқларда ўлим билан тугаш 80 % ни ташкил қилади • 2 йил мобайнида тутқаноқлар бўлмаса, талвасага қарши дориларни қабул қилиш секин – аста тўхтатилади. 33% беморларда бекор қилингандан сўнг 3 йил ўтгач, тутқаноқ қайтадан бошланади.

Кузатиш • Қондаги талвасага қарши дорилар миқдорини доимий назорат қилиш. **Ҳомиладорлик** • Ҳомиладор аёл талвасага қарши дори қабул қилганда туғма нуқсонлар ҳавфи 2 баравар кўпаяди, шунинг учун ҳомиладорлик даврида, айниқса биринчи 3 ой мобайнида уларнинг дозасини камайтириш тавсия этилади • Агар дори дозаси камайтирилганда тутқаноқ бошланиб қолса, айниқса катта эпилептик хуружлар кузатилса, шу заҳоти дозани ошириш керак • Талвасага қарши препарат қабул қилаётганда туғма нуқсонлар ҳавфини камайтириш мақсадида фолат кислота қабул қилиш буюрилади • Дори қабул қилаётган онага кўкрак билан эмизиш ман этилмайди, лекин она қонидаги дори миқдорини назорат қилиб туриш лозим.

Ёшга хос ҳусусиятлар • Идиопатик эпилепсия одатда 2 – 14 ёшларда бошланади 2 ёшгача бўлганларда тутқаноқлар одатда ривожланиш нуқсонлари, туғруқ травмалари ёки метаболик ўзгаришлар билан боғлиқ бўлади • 25 ёшдан кейин бош миянинг шикастланиши, ўсмалар ёки бошқа органик касалликлар туфайли симптоматик эпилепсия юзага келади.

ХКК-10 • G40 Эпилепсия • G41 Эпилептик ҳолат.

ҚИЗИБ КЕТИШ ВА ИССИҚ УРИШИ

Қизиб кетиш (иссиқ таъсирида ҳушдан кетиш, иссиқ таъсиридаги коллапс, иссиқ таъсиридаги умидсизланиш) ва иссиқ уриши (гиперпирексия, офтоб уриши, организмнинг қизиб кетиши) – ташқи муҳитнинг юқори ҳарорати таъсирида дегидротация, электролитларни йўқотиш ва терморегуляция механизмларининг бузилиши билан кузатиладиган организмнинг патологик реакцияси.

Ҳавфли омиллар • Атроф муҳит намлигининг баландлиги • Қарияларда • Семизлик • Сурункали алкоголизм • Алкоголдан ва наркотиклардан маст бўлиш • Астеник синдром • ДВ ни қабул қилиш (масалан, антихолинергик, антигистамин, психотроп воситалар) • Юрак – томир касалликлари • Сиқиб турадиган оғир кийим.

КЛИНИК МАНЗАРАСИ

• Қизиб кетиш ✦ Секин – аста ривожланади ✦ Продромал белгилар: зўрайиб боровчи чарчоқ, бўшашиш, ҳавотирланиш, кўп терлаш ✦ Ўткир томир

етишмовчилиги: сийрак ипсимон пульс, паст АБ; тери оқарган, совуқ ва нам
 ✦ Эс – хуши кирди – чикди, дезориентация ва кейинчалик хушидан кетиши (шок).

• Иссиқ уриши ✦ Тез ривожланади ✦ Продромал белгилар: бош оғриғи, бош айланиши, бўшашиш ✦ Терлашнинг камайиши (хар доим эмас); терида гиперемия, тери иссиқ ва қуруқ ✦ Пульс минутига 180 тагача; нафас сони тезлашган; тана ҳарорати 40 – 41⁰С ✦ Коллапс ўлим билан тугаши мумкин.

Дифференциал диагностикаси • Инсулин шоки • Тана ҳарорати кўтарилишининг бошқа сабаблари • Заҳарланишлар • Ички қон кетиш • Травматик шок • Аритмиялар • Мия ишемияси • Миокард инфаркти • Кокаиндан ўткир заҳарланиш.

Даволаш • Қизиб кетишда ✦ Жабрланувчи текис юзага ётқизилади ёки боши пастга туширилади ✦ Бир неча минут оралатиб озгина туз қўшилган совуқ сув ичириб турилади • Иссиқ урганда ✦ Тезлик билан совутиш: кийим ечилади, сувга туширилади, муз қўйилади, хўл матога ўраб қўйилади (ёки бемор кийими яхшилаб хўлланади). Тана ҳарорати 38,9⁰С гача тушганида ва барқарорлашганда совутишни тўхтатиш мумкин ✦ Хар 10 минутда тана ҳароратини ўлчаш, гипертермиядан гипотермияга ўтиб кетмаслик мақсадида, ҳароратнинг 38,3⁰С дан пасайишига йўл қўймаслик керак ✦ Кўзгатувчи, седатив воситалар, морфин ман этилади ✦ Талваса синдромида – диазепам ёки барбитуратлар в/и га ✦ Қоннинг электролит таркибини назорат қилиб инфузион терапия ўтказиш.

Асоратлари • Аритмиялар • Миокард инфаркти • Ўпка шиши • Талваса хуружлари • Ўткир буйрак етишмовчилиги • Томир ичида қоннинг қуйилиб қолиш синдроми • (ТИҚҚҚС) • Гепатоцеллюляр некроз.

Прогнози • Қизиб кетганда яхши • Иссиқ уришида шошинч ёрдам кўрсатилмаса, тортишишлар ўлим билан ёки мияда қайтариб бўлмайдиган жараёнлар билан тугаши мумкин. Тана ҳароратининг 41⁰С гача кўтарилиши – ёмон оқибат белгиси. 42⁰С гача кўтарилиши кўпинча ўлим билан тугайди. Иссиқ урганда ўлим билан тугаш ҳоллари (10 – 80 %) гипертермиянинг давомийлигига ва даражасига, ҳамда диагноз қўйиш тезлигига ва даволашнинг самарадорлигига тўғридан – тўғри боғлиқ бўлади.

Профилактикаси. Жазирамада яхши шамоллатилмайдиган хоналарда ёки ҳаво ўтказмайдиган кийимларда оғир жисмоний ишларни бажарганда эҳтиёт бўлиш керак. Йўқотилган суюқлик ва электролитлар миқдорини оз-моз туз қўшилган сувни ичиш билан бартараф қилиш мумкин. Офтобдан муҳофаза қилишни ўринли қўллаб, мумкин қадар кўпроқ офтобда товланиш ва намлиги юқори шароитларда кўпроқ бўлиш. Жисмоний зўриқишлар ва машғулотлар вақтида дегидротацияга йўл қўймаслик: хар 15 минутда 240 мл. суюқлик ичиш лозим.

ХКК-10 • Т67. Юқори ҳарорат ва ёруғлик таъсири.

ҲАЙЗ ЦИКЛИНИНГ БУЗИЛИШИ ВА БАЧАДОНДАН ҚОН КЕТИШИ

БАЧАДОНДАН ДИСФУНКЦИОНАЛ ҚОН КЕТИШИ

Бачадондан дисфункционал қон кетиши (БДҚК) – органик ўзгаришларга боғлиқ бўлмаган, эндокрин бошқаруви касалликлари, аксарият ановулятор цикллар (90% БДҚК) сабабли пайдо бўладиган қон кетиш. Ҳайз тутилиб қолгандан сўнг кучли қон кетишлар билан ўтадиган номунтазам ҳайз кўриш цикллари ҳам БДҚК га киради. Ўсмирлик ёшида (ювенил) БДҚК фолликул атрезиясига боғлиқ, яъни улар гипоестроген, фолликуллар персистенциясида кўпроқ ҳолларда гиперэстроген бўлиши мумкин. Қон кетиши ҳайз кечиккандан сўнг ҳар хил муддатларда пайдо бўлади ва камқонлик билан ўтади. Климактерик қон кетишлар ҳам аксарият етилган фолликул персистенцияси билан боғлиқ, яъни гиперэстроген ҳисобланади.

- Ановулятор циклларда қон кетишидан олдин ҳайз кўриш турлича давомлиликда кечикади.

Статистик маълумотлар • Ҳамма гинекологик касалликларнинг 14 – 18 % • 50% ҳолларда бемор аёллар – 45 ёшдан ошган (пременопаузал ва менопаузал даврлар), 20% - ўсмирлик ёшда (менархе) БДҚК кузатилади.

Этиологияси • Цикл ўртасида суркалувчи ажралмалар – бу овуляциядан кейин эстрогенлар ишланишининг пасайишидан • Тез – тез ҳайз кўриш – фолликуляр фазанинг қисқаришидан бўлади ва бу гипоталамо – гипофизар система билан ноадекват қайта боғланиши натижасидир • Лютеин фазасининг қисқариши – ҳайз олдида суркалувчан ажралмалар келиши ёки прогестерон секрецияси барвақт пасайиши туфайли полименорея; сариқ тана функцияларининг етарли бўлмаслиги натижаси • Сариқ тананинг узайтирилган активлиги – прогестероннинг доимий ишланиш оқибати, бу циклнинг узок давом қилишига ёки давомли қон кетишига олиб келади • Ановуляция – эстрогенларнинг ортиқча ишлаб чиқарилиши, менструал цикл билан боғлиқ эмас, лютеинловчи гормон (ЛГ) нинг цикли ишланиши билан ўтмайди.

Патоморфологияси. БДҚК сабабига боғлиқ. Эндометрийни патогистологик текшириш шарт.

Клиник манзараси • Бачадондан номунтазам қон кетиши, кўпинча оғрикли, қон йўқотиш ҳажми турлича • Қуйидагилар бўлмайди: ✦ Систем касаллик белгилари ✦ Сийдик ажратувчи тизим ва ошқозон – ичак йўли функцияларининг бузилиши ✦ Ацетилсалицилат кислота ёки антикоагулянтларни узок вақт қўлланилиши ✦ Гормонал препаратлар ишлатиш ✦ Қалқонсимон без касалликлари ✦ Галакторея ✦ Ҳомиладорликлар (айниқса эктопик), жинсий аъзоларнинг хавфли ўсмалари белгилари.

Лаборатор текширувлар • Бошқа эндокрин ёки гематологик бузилишларга шубҳалар бўлганда, шунингдек пременопаузал даврдаги бемор аёлларда • Қалқонсимон без функцияларини аниқлаш, КУТ, ПВ ва ҚПВ, гирсутизм диагностикаси, пролактин концентрациясини аниқлаш (гипофизар дисфункция бўлганда), УТТ, лапароскопия.

Махсус текширувлар • Овуляция бирлигини ва унинг муддатини аниқлашга имкон берадиган махсус ✦ Ановуляцияни аниқлаш учун базал ҳароратни ўлчаш ✦ “Қорачик” феноменини аниқлаш ✦ “Папоритник” феноменини аниқлаш ✦ Бачадон бўйни шилимшиғи белгии ✦ Папаниколау усулидаги суртма • Тухумдон кистаси ёки бачадон ўсмасини аниқлаш учун • Трансвагинал УТТ – ҳомиладорлик,

жинсий аъзоларнинг ривожланиш нуқсонлари, тухумдонлар поликистозси борлигига шубҳа қилинганда ўтказилади • Эндометрий биопсияси ✦ 35 ёшдан ошган ҳамма аёлларда ✦ Семизликда ✦ Қандли диабетда ✦ Артериал гипертензияда • Бачадон бўшлиғини қириш – эндометрий гиперплазияси ёки карциномасига хавф юқори бўлганда. Эндометрий, атипик гиперплазия ва карциномага шубҳа қилинганда эндометрий биопсиядан кўра бачадон бўшлиғида қиришни амалга ошириш афзалроқ.

Дифференциал диагностикаси • Жигар касалликлари • Гематологик касалликлар (фон Виллебранд касаллиги, лейкозлар, тромбоцитопения) • Ятроген сабаблар (масалан, шикастланиш) • Бачадон ичи спираллари • ДВни қабул қилиш (перорал контрацептивлар, анаболик стероидлар, ГК, холиноблокаторлар, ангишвонагул гуруҳи препаратлари, антикоагулянтлар) • Эктопик ҳомиладорлик ✦ Ўз – ўзидан бўладиган аборт • Қалқонсимон без касалликлари • Бачадон раки • Бачадон лейомиомаси, эндометриоз • Ел бўғоз • Тухумдон ўсмалари.

ДАВОЛАШ

Режим. Амбулатор; кучли қон кетганда ва гемодинамика беқарор бўлганда шифохонага ётқизилади.

Дорилар билан даволаш ✦ Шошилич ҳолатларда (оғир даражали қон кетишлар, гемодинамиканинг беқарорлиги) ✦ Конъюгацияланган эстрогенлар 25 мгдан в/и ҳар 4 соатда, энг кўпи билан 6 марта юборилади ✦ Қон кетиш тўхтатилгандан кейин – медроксипрогестерон кунига 10 мгдан в/и 10 – 13 кун давомида ёки ўз таркибида 35 мгдан этинилэстрадиол бўлган, комбинацияланган перорал контрацептивлар (масалан, этинилэстрадиол + ципротерон) ✦ Анемияни даволаш – таркибида темир бор препаратлар ёрдамида ✦ Шошилич даво талаб қилмайдиган ҳолатларда ✦ Эстроген гемостаз – этинилэстрадиол 0,05 – 0,1 мг. Сўнгра 5 – 7 кун давомида дозаси секин – аста камайтиради ва 10 – 15 кун мобайнида қўлланилади, кейинчалик эса, 6 – 8 кун мобайнида 10 мгдан прогестерон юборилади ✦ Прогестеронли гемостаз (ўртача оғир ва оғир даражали анемияларда қилинмайди) – медроксипрогестерон 10 мг. 6 – 8 кун ёки 20 мг. 3 кун, прогестерон 1 таблеткадан 1 – 2 соат ✦ Перорал контрацептивлар – биринчи кун 1 таблеткадан 1 – 2 соат оралатиб, қон кетиши тўхтамагунча (6 соатдан ошмаслиги керак), сўнгра кунига 1 таблеткадан камайтиради. Кунига 1 таблеткадан қабул қилишни 21 – кунгача давом эттирилади ва шундан кейин тўхтатилади, ҳамда бу билан сунъий равишда ҳайз цикли бошланади ✦ Медроксипрогестерон ўрнига прогестерон ✦ 100 мг. м/о – шошилич қон тўхтатиш мақсадида; циклик давода қўлланилмайди ✦ Вагинал суппозиторийлардан фойдаланилмайди чунки бу ҳолда ДВ дозасини аниқлаб олиш қийинлашади ✦ Даназол – 200 – 400 мг/кунда. Маскулинизацияга сабаб бўлиши мумкин; Асосан экстирпация қилиниши керак бўлган беморларда қўлланилади • Монеликлар ✦ Даволаш бошқа турдаги бачадон қон кетишлари тасдиқланмагандан кейин ўтказилади ✦ Гормонал терапия кўр – кўрона буюрилмайди.

Хирургик даволаш • Шошилич ҳолатлар (профуз қон кетиши, гемодинамиканинг яққол бузилиши) ✦ Репродуктив ва климактерик даврлардаги БДҚК да бачадон бўшлиғи деворларини қириш ✦ Қўшимча патология

бўлгандагина бачадон олиб ташланиши мумкин • Шошилиш ёрдам талаб қилмайдиган ҳолатларда – медикаментоз даво наф бермаганда бачадон ички деворлари қирилади.

Беморни кузатиш. БДҚК муносабати билан эстрогенлар қабул қилаётган ҳамма аёллар, аномал қон кетишларни ва даво самарадорлигини қайд қилиб бориш учун кундалик юритишлари керак.

Асоратлари • Анемия • Асосланмаган узоқ муддат эстрогенлар билан даволашда – бачадон аденокарциномаси.

Кечиши ва прогнози • БДҚК сабабларига боғлиқ • Ёш аёлларда ДБҚКни хирургик аралашувсиз дори – дармонлар билан самарали даволаш мумкин.

Қисқартириш. БДҚК – бачадондан дисфункционал қон кетиши.

ХКК – 10 • N92.3 Овулятор қон кетиши • **N92.4** Предменопаузал даврда кўп қон кетиши • **N93** Бачадон ва қиндан аномал қон кетишлар • **N95.0** Менопаузадан кейинги қон кетиш.

ПОСТ МЕНОПАУЗА ДАВРИДА БАЧАДОНДАН ҚОН КЕТИШИ

Менопаузадан кейинги қон кетиш – менопаузадан бир йил ва ундан ортиқроқ вақт ўтганидан кейин аёл жинсий йўлларида қон кетиши: репродуктив йўлнинг барча қисмларидан, бачадон, бачадон бўйни, қин, вульвадан қон кетиши, у кучли ёки ўртача бўлиши мумкин.

Этиологияси: эстрогенлар ўрнини босувчи терапия натижаси; ортикларнинг инфекцияси, атрофияси, ўсмалари (ҳавфли ёки ҳавфсиз), полиплари, патологияси; менопаузадан кейинги қон кетишларнинг 30% ини эндометрий карциномасидаги қон кетиш ташкил қилади.

Даволаш: асосий касалликни даволаш; органик ўзгаришлар бўлмаганда бачадон бўшлиғи деворларини қириш; экзоген эстрогенлар қабул қилишни тўхтатиш, жумладан кремларни ҳам.

ХКК – 10 • N95.0 Менопаузадан кейинги қон кетишлар.

БАЧАДОН ФИБРОМИОМАСИ

Бачадон фибромиомаси (БФ) – лик мушак ва фиброз бириктирувчи тўқимадан ташкил топган чегараланган ҳавфсиз ўсма. Ўсма гормонга боғлиқ, ёлғиз бўлиши ёки кўпинча кўп сонли тугунчалар аниқланиши мумкин (баъзида 10 та ва ундан ҳам кўпроқ). **Статистик маълумотлар.** Барча аёлларнинг 4 – 11 % ида, 30 ёшдан ошганларнинг – 20 % ва 50 ёшдан ошганларнинг – 40 % аниқланади.

Этиологияси ва патогенези. БФ си лик мушак хужайралари (СМХ) нинг локал пролиферацияси натижасида ривожланади. Ўсма ўсиши билан БФ структурасида фиброз элементлар кўпая боради ✦ Бачадоннинг қисқариши миометрида таранглашиш майдонини юзага келтиради, бу эса етилмаган хужайраларнинг ўсишини тезлаштиради ✦ Миометрида таранглашиш майдонларининг кўп

бўлиши, кўп сонли БФ ларнинг ривожланишига олиб келади • БФ да қондаги эстрогенлар таркиби ўзгармаган бўлса ҳам, уларнинг ривожланиши гормонлар дисбалансига жумладан гиперэстрогенияга боғлиқ ✦ Касалликни балоғатга етиш давридан олдин ва менопаузадан кейин ривожланиш ҳоллари кам учрайди ✦ Менопаузадан кейин БФ ўсишдан тўхтади ва кўпинча тескари ривожланиш жараёнлари бошланади ✦ Ҳомиладорлик БФ нинг ўсишини тезлаштиради ✦ Кўпинча гиперэстрогенияни келтириб чиқарувчи ҳолатларда пайдо бўлади (масалан, ановуляция, полиплар ва эндометрий гиперплазияси) • Аммо ҳайз цикли ўзгармаган аёлларда ҳам ривожланиши мумкин ✦ Ўсманинг саркомага айланиши 1% ҳолларда кузатилади.

КЛАССИФИКАЦИЯСИ

Аввалига ўсма мушак толалари оралиғида пайдо бўлади, кейинчалик, ўсиш йўналишига қараб, интрамурал (бачадон деворида), субмукоз (эндометрийга қараб ўсадиган) ва субсероз (қорин бўшлиғига қараб ўсадиган) БФ фарқланади.

- Интрамурал (мушак ичида). Интрамурал БФ кўпроқ пайдо бўлиб чегараланган, ўз капсуласига эга ҳар хил катталиқдаги тугунлар кўринишида бўлади. Бачадон сербар бойламида жойлашган БФ ни бойлам ичи БФ деб аташади.
- Субмукоз (шиллик парда остида) БФ – ўсма тугунлари миометрий билан ингичка оёқча орқали боғланган бўлади, шунинг учун бачадон ичига кириши ва цервикал канал орқали чиқиб қолиши мумкин (оёқчадаги туғилган субмукоз тугун). Субмукоз БФ одатда тез ўсади ва уларни қоплаб турувчи эндометрий ўзгаришлари ҳамда қон кетишлар билан кузатилади.
- Субсероз БФ – улар ҳам оёқчали ва анчагина катта ўлчамли бўлиб, баъзан ҳеч қандай белгиларсиз кузатилиши мумкин. Одатда бундай БФ лар ҳаракатчан оёқчадаги ўсмалар кўпинча чарвига ва ингичка ичакнинг ичак тутқичига ёпишган бўлади. БФ лари иккиламчи ёпишиш жойидан қон билан қўшимча таъминланиши ва ўсиш жараёнида, ушбу қўшимча манъба асосийсига айланиши мумкин. Оёқча некрозланса (масалан, буралиб қолганда) ўсма қон билан иккиламчи таъминланишга боғлиқ бўлиб, паразитар БФ га айланади.

КЛИНИК МАНЗАРАСИ

- Ҳайзга боғлиқ патологик қон кетишлар (одатда гиперменорея) кузатилиб, унинг интенсивлиги секин – аста кўпайиб боради ва яққол анемияга сабаб бўлиши мумкин ✦ БФ ни ўраб турган эндометрийнинг шиллиқости қавати некрози, ёки бачадоннинг чўзилиши ва бунинг натижасида қонаётган юзанинг катталашиши ва интрамурал БФ ўсиб кетганда миометрийнинг қисқариш функцияси сусайиши оқибатида кўп қон кетиши учрайди ✦ Кўпинча БФ эндометрий гиперплазияси ва полиплар билан биргаликда учраши ҳам патологик қон кетишига олиб келади ✦ Баъзи ҳолларда ҳайз оралиғидаги қон кетишлар ҳам кузатилади. БФ организмдаги жинсий гормонлар мувозанатига бинобарин ҳайз циклининг мунтазамлигига ҳам таъсир этмайди.
- Оғриқ. Асоратланмаган БФ одатда оғриқсиз кечади. Қаттиқ оғриқ одатда оёқчанинг буралиб қолиши ва БФ тугунининг некрозланиши билан боғлиқ бўлади. Хуружсимон оғриқ бачадон бўшлиғига кириб борувчи субмукоз БФ ларига хосдир.

- Одатда миоматоз бачадон ёки тугун катталиги 10 – 12 ҳафталик ҳомила муддатига тўғри келса ва ундан катта бўлса, кичик чанок аъзоларининг эзилиши юзага келиши мумкин ✦ Сийдик ажратишнинг тезлашиши БФ қовуқни эзиб қўйишидан келиб чиқади ✦ Сийдик тутилиши миоматоз ўсиш натижасида юзага келган бачадон ретроверсиясида кузатилади, бунда унинг бўйни олдинга орқа уретровезикал бурчак томонга сурилади ва сийдик чиқариш каналини симфизга сиқиб қўяди ✦ Гидроуретер, гидронефроз ва пиелонефрит бойламлар ичидаги тугун сийдик найларини эзиб қўйиши туфайли кузатилади ✦ Қабзият ва дефекацининг қийинлашиши бачадон орқа деворида жойлашган катта тугунлар эвазига бўлиши мумкин.

- Бепуштлиқ. БФ тухум ҳужайранинг бачадон найлари бўйлаб ҳаракат қилишига ва концептус имплантациясига йўл қўймайди ✦ Бачадон бурчаклари соҳасида жойлашган, катта интрамурал БФ лар кўпинча бачадон найларининг интерстициал қисмини беркитиб қўяди ✦ Субмукоз БФ нинг устидаги эндометрий, эндометрийнинг бошқа қисмларига нисбатан, циклнинг бошқа фазасида бўлиши мумкин ✦ Субмукоз ёки интрамурал БФ бор аёлларда бола ташлаш ва ой куни етмасдан туғиш ҳоллари кўпроқ учрайди.

ДИАГНОСТИКАСИ

- Қоринни пайпаслаш. Пайпаслашда БФ зичлашган нотўғри шаклли тугун каби қўлга уннайди. Саркомада, шишда ва БФ дегенерациясида юмшоқ ва оғрийдиган тугунлар аниқланади. Ҳомиладорликда бачадон юмшоқроқ консистенцияли бўлади.

- Кичик чанок аъзоларини текшириш (бачадонни бимануал текшириш, кўзгулар ёрдамида текшириш) ҳар 3 – 4 ойда ўтказилиши керак. Хос белгилардан бири – бачадоннинг катталашishi. У одатда асимметрик, нотекис ва битишмалар кузатилмаса ҳаракатчан бўлади ✦ Субдурал БФ ларда унинг симметрик катталишиши характерлидир ✦ Баъзи субсероз миоматоз тугунлар бачадон танаси билан боғланган бўлмаслиги ва қорин бўшлиғида эркин ҳаракат қила оладиган бўлиши мумкин. Бундай ҳолларда бачадон ортиқларидаги ва кичик чанокдан ташқаридаги ўсмалар билан дифференциал диагностика ўтказиш керак ✦ Бачадон бўйнида жойлашган БФ ва оёқчадаги субмукоз БФ бўйин каналига кириб бориши; баъзида субмукоз БФ бачадон бўйнида ёки қинга кириш соҳасида кўриниши мумкин.

- БФ билан бирга учрайдиган эндометриозларни аниқлаш учун тўғри ичак-бачадон бойламлари пайпасланади.

- БФ да ҳайз вақтида кўп қон йўқотиш мумкин, шунинг учун қонни мунтазам умумий текширувдан ўтказиб туриш лозим. Темир етишмовчилигини қоплаш мақсадида темирли препаратлар буюрилади.

- Физикал текширишларни қийинлаштирувчи катталашган бачадон кичик чанок бўшлиғини тўлдириб турса, ҳамда миоматоз бачадон сийдик чиқариш каналини эзиб қўйишидан юзага келган гидронефрозни аниқлаш мақсадида кичик чанок аъзолари УТТ дан ўтказилади.

- Субмукоз БФ га гумон қилинганида акушер – гинеколог тавсиясига мувофиқ одатда гистеросальпингография ёки гистероскопия ўтказилади.

- КТ/МРТ.
- Миоматоз тугунлар тез катталашиб кетса, ҳавfli ўсмаларга айланмаганлигини аниқлаш лозим.

Дифференциал диагностика қуйидаги касалликлар билан ўтказилади • Ҳомиладорлик • Тухумдонлардаги ўсмалар • Кўричак ва сигмасимон ичак ўсмалари • Аппендикуляр абсцесс • Дивертикулит • Нефроптоз.

ДАВОЛАШ

Кузатиш. БФ кичик ўлчамли бўлганда ва клиник белгилари кузатилмаганда – беморларни вақти – вақти билан текшириш (белгилар барқарор бўлганда – ҳар 6 ойда, биринчи бор ташхис қўйилганда, катта ўсмаларда – ҳар 2 – 3 ойда).

Парҳез. Зайтун, кунгабоқар ва жўхори ёғларини овқатга қўшиш керак. Уларнинг таркибида тўйинмаган ёғ кислоталари, В гуруҳли витаминлар бор. Минерал сувлар овқатдан 30 минут олдин, олма, олхўри, лавлаги ёки картошка шарбатлари билан оралатиб ичилади.

КОНСЕРВАТИВ ДАВО

- Кўрсатмалар: ўлчамлари катта бўлган ўсмалар (репродуктив ёшдаги аёлларда 12 ҳафтагача бўлган ҳомила ўлчамидак, менопаузадан олдин – 12 – 15 ҳафталик ҳомила), интрамурал ва субсероз жойлашганда. Консерватив даво тайинлашдан олдин кольпоскопия қилиниши, бачадон бўйни ва бачадон танасининг шиллик пардаси алоҳида – алоҳида кириб тозаланиши керак.
- Мутлоқ монелик: саркоматоз ўзгаришларга гумон бўлганда, субмукоз тугун пайдо бўлса, субсероз тугуннинг буралиб қолган оёқчасининг некрози, БФ тухумдон ўсмалари, бачадон раки ёки шошилич хирургик даво талаб этадиган бошқа касалликлар билан бирга бўлган ҳолларда.
- Узоқ таъсир кўрсатадиган гонадолиберин агонистларини, гонадотропин секрециясини тўхтатадиган ва шу билан псевдоменопаузага олиб келадиган дориларни тери остига ойига 1 марта 6 ой мобайнида буюриш мумкин. Амалиётда қуйидаги гонадолиберин агонистлардан фойдаланиш мумкин: бусерелин, трипторелин, гозерелин ✦ Ушбу режимда БФ нинг ўлчамлари 55% га кичрайд ✦ Лекин даволаш тўхтатилгач, у яна катталаша бошлайди ✦ Монеликлар: анамнезида остеопороз бўлса, шунингдек остеопороз ривожланиши мумкин бўлгани учун ёш аёлларга узоқ давом этадиган курслар буюрилмайди ✦ Нохуш таъсирлари: менопаузага хос ўткир белгилар (“қизиш”, кечаси терлаш, уйқусизлик, эмоционал лабиллик ва остеопороз).
- 45 ёшдан ошган аёлларга шу гуруҳ дорилар эндометрийдаги гиперпластик жараёнларни сусайтириш мақсадида буюрилади.
- Ретинол ҳайз циклининг 5 кунидан 25 кунигача 12 ой мобайнида ва В, К, Е, С гуруҳ витаминлари.
- Қўшимча касалликлар, масалан темир танқислиги анемиясини даволаш.
- Физиотерапия – калий йодид, мис ёки рух билан, бачадон бўйнини электр стимуллаш, бўйин-юз ва эндоназал ионли гальванодиатермия.
- Бальнеологик омиллар – йодбромли, радонли, “марварид” ванналари.
- Фитотерапия – дала қирқбўғини, очамбити, эрман, игир.

ХИРУРГИК ДАВОЛАШ

• Кўрсатмалар: ✦ БФ дан, айниқса яққол анемиялардан келиб чиққан қон кетишлар. Центрипетал ўсадиган субмукоз ёки интрамурал БФ ларга хос гиперменорея ✦ Миоматоз тугуннинг оёқчаси некрози ёки буралиб қолишидан бўладиган қаттиқ оғриқ ✦ Бачадонни 12 ҳафталик ҳомила ўлчамига катталашини (бўйрак фаолиятини бузилиши, бачадон ортиқларини текшириш қийинлашини) ✦ Ёндош аъзолар фаолияти бузилганда ✦ Субмукоз БФ ✦ Ҳомиланинг тушиб қолиши ✦ Ўсманинг тез ўсиши – 1 йил давомида 4 – 5 ҳафталик ҳомилагача катталашини ✦ Бачадон ичида жойлашган ўсмаларда оғриқнинг бўлиши.

• Хирургик аралашув тури аёлнинг ёшига, мавжуд белгиларга, ҳамда келгусида фарзандлик бўлиш хоҳиши борлигига боғлиқ бўлади.

Прогнози • Миомэктомиядан кейин олдин бепушт бўлган беморларнинг 40% ҳомиладор бўладилар • Операциядан кейин 10 йил мобайнида қайтадан БФ пайдо бўлиши 30% ҳолларда кузатилади.

Ҳомиладорлик 3 – 4 % беморларда учраб, ўлчами катта бўлмаган ўсмаларда туғруқ меъёрда ўтиши мумкин • I ва айниқса II триместрларда миоматоз тугунларнинг тез, III триместрда эса секин ўсиши кузатилади • Асоратлар ✦ Ҳомилани олиб ташлаш ҳавфи (30% ҳолларда) ✦ Токсикозлар ✦ Қоғаноқ сувларининг вақтидан олдин кетиб қолиши ✦ Ҳомиланинг гипотрофияси, гипоксияси, ҳар хил деформациялари ✦ Ҳомиланинг бачадонда нотўғри жойлашини ✦ Туғруқ аномалиялари.

Қисқартириш. БФ – бачадон фибромиомаси.

Синоними. Лейомиофиброма.

ХКК – 10 • D25 Бачадон лейомиомаси

ҲОМИЛА ТУШИШИ (АБОРТ)

АБОРТ – ҳомила яшай олмайдиган муддатда (яъни, бачадондан ташқарида яшай олмаслиги) ҳомиладорликни тўхтатиш. Ўз – ўзидан бола ташлаш – эмбрион ёки хомилани тухум пардалари билан, тиббий ёки механик аралашувсиз ўзи тушишидир. Тана вазни 500г.дан кам бўлмаган, 22 ҳафталик гестациягача туғилган ҳомила яшай олиши мумкин деб ҳисобланади. Абортдан фарқли ўралок вақтидан олдин туғишда, 37 ҳафтагача бўлган етилмаган бола туғилса ҳам унда яшаш қобилияти бўлади.

Статистик маълумотлар • Тухум хужайралари уруғлангандан кейин 40% ҳолларда ўз – ўзидан бола ташлаш юз беради • Лекин аксарият вазиятда у аниқланмай қолади. Чунки уруғланган/имплантацияланган тухум хужайрани ҳайдаб чиқариш ҳомиладорликнинг эрта даврида (аминорея ва ҳомиладорликнинг бошқа клиник белгилари бошлангунча) юз беради • Барча аниқланган ҳомиладорликнинг 10 – 15 % клиник томондан аниқланган ўз – ўзидан бола ташлаш билан тугайди • Бачадон ичи воситалари (БИВ) ва аборт: БИВ жойида қолганида ўз-ўзидан бола ташлаш ҳоллари 50% ни ташкил этади. Ҳомиладорлик

аниқланса, инфекцияланишнинг олдини олиш мақсадида БИВ ни олиб ташлаган маъқул. БИВ ни ҳомиладорликнинг эрта даврида олиб ташланса, ўз – ўзидан бола ташлаш тахминан 20 – 30 % ни ташкил этади. БИВ дан фойдаланилганда, ҳомиладор бўлиб қолиш ҳоллари ҳар 100 та аёлдан 2 – 3 тасида учрайди. **Ёшига боғлиқлиги** • Ёш (15 ёшдан кичик) ва ката ёшдаги (35 ёшдан катта) аёлларда ўз – ўзидан бола ташлаш ҳавфи 30 ёшгача бўлган аёлларга нисбатан 3 баравар кўпдир.

Абортнинг классификацияси. Эртанги (12 ҳафтагача) ва кечки (12 – 28 ҳафтагача) бола ташлаш фарқланади. 22 – 28 ҳафталик ҳомила туғилгандан кейин 7 кун ичида нобуд бўлса, кечки ўз-ўзидан бола ташлаш қайд қилинади

Клиник кечишига кўра ўз-ўзидан бола ташлашнинг қуйидаги босқичлари фарқланади: таҳдид солувчи аборт, бошланган аборт, жадалга кирган аборт, чала аборт, тўлиқ аборт, тўлиқсиз аборт.

Этиологияси • Кўп ҳолларда спонтан ўз – ўзидан бола ташлашнинг сабаблари аниқ эмас. Спонтан абортга хромосомали ўзгаришлар энг кўп сабаб бўлади (концептус – эмбрион/ҳои́ла) • Уруғланган тухум ҳужайранинг нуқсонли имплантацияси. Эндокрин ўзгаришлар • Инфекцион касалликлар • Заҳарланишлар (дори ва алкоголь) • Плацентар етишмовчилик • Сперматозоид нуқсони • Шикастланиш • Терапевтик ёки криминал аралашувлар. **Генетик сабаблари.** Ҳомиладаги хромосома ўзгаришлари ўз – ўзидан бола ташлашлар сонини кўпайтиради.

Ҳавфли омиллар • Ҳомиладаги хромосомалар ўзгариши (спонтан абортлар сонини 100 каррагача кўпайтиради) • Бачадон касалликлари • Алкогол/наркотик воситалар • Кофеинни ҳаддан ташқари кўп истеъмол қилиш (қунига 2 пиёладан кўп) аборт ҳавфини анча оширади • 35 ёшдан ошган ҳомиладор аёл • Соматик касалликлар (масалан, қандли диабет, қалқонсимон без касалликлари) • Баъзи вирус ёки бактериялар таъсири.

Клиник манзараси (аввал ташхисланаган бачадондаги ҳомиладорликда) • Туғруқ йўлларида қон кетиши (ажралма пушти рангли ёки жигар ранг) • Бачадоннинг қисқариши • Бачадон бўйнининг очилиши • Қоғаноқ пардалари бутунлигининг бузилиши • Ҳомила тухумининг, унинг қисмлари ёки яшай олмайдиган ҳомиланинг туғруқ йўлларида чиқиб келиши • Иситмалаш • Шок • Юмшоқ, ўлчамлари катталашган бачадон • Аборт босқичларига боғлиқ бўлган клиник кўриниши ♦ Таҳдид солувчи аборт оғриқ ва қорин пастадаги оғирлик, қон кетиши ва бачадоннинг қисқариши, лекин бўйни очилмаслиги билан намоён бўлади ♦ Бошланган абортда, ҳомила тухуми бачадон деворидан кўчиши натижасида қон кетиши, миометрий қисқариши, бачадон бўйнининг очилиши кузатилади ♦ Жадалга кирган аборт – бачадон бўйнининг очилиши, ҳомила пардаларининг бутунлиги бузилиши ва ҳомила тухуми ёки унинг бўлакларининг қон кетаётганда чиқиб келиши ♦ Чала аборт – тўқималарнинг бир қисми бачадон ичида қолиб кетади. Чала ўз – ўзидан бола ташлаш кўпинча ҳомиладорликнинг 10 ҳафтасидан кейин рўй беради; ҳамроҳ ва ҳомила туғруқ йўлларида алоҳида – алоҳида чиқиб келади. Ҳамроҳ тўлиқ ёки қисман сақланиши мумкин, бу узоқ вақт қон кетишига олиб келади (баъзан профуз қон кетиш) ♦ Тўлиқ аборт – эмбрион, ҳомила,

пардаларининг тўла чиқиб келиши ♦ Тўлиқсиз аборт – нобуд бўлган ҳомила тухуми узок вақт бачадон ичида бўлади (бунда бачадон ўлчамлари катталашидан тўхтади).

Лаборатор текширишлар • В гуруҳидаги стрептококкларга, гонококк ва хламидийга бактериал экма • Қон: гемоглобин (НВ) ва гематокрит (Нт) миқдорининг камайиши • Хорион гонадотропин (ХГТ) Тахмин қилинаётган ҳомиладорлик маркери ♦ ХГТ ни (ёки унинг суббирликларини) сифат ва ҳажм усуллари билан сийдикда ёки қон зардобидида аниқлаш ♦ Ҳомиладорликни эрта аниқлаш учун қўлланиладиган синама – синамалар сийдикдаги ХГТ нинг миқдорини овуляциядан кейинги 2 ҳафта ичида аниқлай олади ♦ Қон зардобини ХГТ нинг β – суббирлигига текшириш овуляциядан бир ҳафта кейин ва кутилаётган ҳайздан бир ҳафта олдин тахминан ҳомиладорлик борлигини ташхислаш мумкин (агар имплантация рўй берган бўлса) ♦ ХГТ – эмбрион/ҳомила ҳолатининг мезони ҳисобланади. Бу гормоннинг қон зардобидидаги миқдори ҳомиладорликнинг 2 ҳафтасидан 9 ҳафтасигача тез кўпаяди • Прогестерон ҳажми 5 нг/млдан кам бўлса – эктопик ҳомиладорликнинг ёки эмбрион/ҳомила яшай олмаслигининг белгиси.

Махсус текширишлар • Патоморфология: бачадондан чиқаётган ажралмаларда эмбрион фрагментларининг бўлиши • УТТ ✦ Эктопик ҳомиладорликни ва эмбрион/ҳомиланинг яшай олиш қобилиятини аниқлаш ✦ УТТ ёрдамида бачадондаги ҳомилани 4 ёки 5 ҳафтадан бошлаб аниқлаш мумкин • Қон кетиш манбаини аниқлаш учун кўзгулар билан текшириш. В гуруҳидаги стрептококкларни, гонококкларни ва хламидийни аниқлаш мақсадида бактериал культуралар олиш. Катетер орқали олинган сийдикни экиш • Бачадоннинг ўлчамларини, консистенциясини, бўйнини очилиш даражасини аниқлаш учун қинни бимануал текшириш. Бачадон ортиқлари ўлчамларини ва уларнинг сезувчанлигини аниқлаш.

Дифференциал диагностикаси • Эктопик ҳомиладорлик • Бачадон бўйнидаги полиплар, ўсмалар ва яллиғланиш жараёнлари • Ел бўғоз • Дисменорея.

Ҳомиладорлик белгилари • Чин белгилари – ҳомиланинг юрак уришларини аниқлаш (одатда кўшимча доплер текширишлари ўтказилади, лекин 9 ҳафталик ҳомиладорликдан олдин эмас) ва УТТ да ҳомила/эмбрион визуализацияси • Эҳтимоллик белгилари – бачадон ўлчамларининг қорин ўлчамлари билан биргаликда катталашини, бачадон бўйнининг юмшаши, аменорея, кўкрак безларининг катталашиб оғриб туриши, ХГТ қондаги ва сийдикдаги миқдорининг кўпайиши.

Даволаш • Ҳомиладорликнинг узилиш ҳавфи бўлганда ва бошланган абортда аниқланган этиологик омилларга қараб, шифохонага ётқизиш, ётоқ режими, психотерапия, седатив воситалар, спазмолитиклар, Е витамини, эндовазал гальванизация ва патогенетик терапия • Гормонлар миқдорини назорат қилган ҳолда, ўринбосар терапияси ўтказилади – ҳомиладорликнинг 8 – ҳафтасидан кейин прогестерон 7 кун мобайнида, уни мизопростолом (0,0125 – 0,025 мг/кунда) билан биргаликда ҳам буюрса бўлади • Ҳомиладорликнинг иккинчи триместрида токолитик терапия (магний сульфат, фенотерол, тербуталин) буюрилади • Жадалга кирган, чала ва тўлиқ абортларни даволаш ҳомила тухумини ёки унинг

қолдиқларини ва қон лахталарини олиб ташлашдан иборат Бачадон бўйнининг истмико-цервикал етишмовчилигида ва аборт ҳавфи бўлганда бачадон бўйнининг серкляжи ўтказилади • Спонтан абортдан ёки бачадонни қиришдан кейин қон кетишининг олдини олиш мақсадида ✦ Окситоцин 10 ТБ м/о ✦ Метилэргометрин 0,2 мг.м/о керак бўлганида анальгетиклар • Махсус даво чоралари мутахассис врач томонидан ихтисослашган бўлимда ўтказилади.

Асоратлари • Бачадон ички деворини қиришдаги асоратлар: бачадонни тешилиши, инфекцияланиши ва қон кетиши • Қайталанган спонтан аборт • Депрессия (психотерапия ўтказиш керак бўлиб қолиши мумкин).

Кечиши ва прогнози • Таҳдид солувчи аборт ҳолларида, қон кетиши тўхтаган бўлса ва текшириш натижалари ҳомиладорликнинг меъёр кечаётганини кўрсатса, прогнози яхши. Биринчи триместрдаги қон кетиш ой куни етмасдан туғишга ёки кичик вазнли ҳомила туғилишига (ҳатто вақтида бўлса ҳам) ва ҳомиланинг неонатал ҳалок бўлиш ҳавфига олиб келади • Чала ёки жадалга кирган аборт ва ҳомиланинг неонатал ҳалок бўлишидан кейин бачадон ички деворини қириш ўтказилса прогноз яхши • Бирламчи спонтан абортда ҳомиладорлик прогнози нисбатан ёмонроқ.

Профилактикаси • Аёл туғруқ йўлларида кетаётган ҳар қандай қон кетишини, бачадондаги ҳомилага гумон бўлса ёки у исботланган бўлса бошланаётган аборт деб қабул қилиш керак • Ҳомиладорликнинг эрта даврларидаги қиндан қон кетиши тез – тез учраб туради ва қон кетиш сабаблари ҳар доим ҳам аниқланмайди • Спонтан ўрганиш бўлиб қолган бола ташлаш ҳолларида бачадон бўшлиғидан чиққан материални кариотиплашга жўнатилади. Врач кейинги тактикасини аниқлаб олиш учун одат бўлиб қолган бола ташлаш сабабларини ўрганиши керак • Бачадон бўйни патологияси билан боғлиқ бўлган, одат бўлиб қолган абортда, бачадон бўйни хирургик ўзгартирилади.

ХКК – 10 • О03 Ўз – ўзидан бола ташлаш.

ШОШИЛИНЧ ҲОЛАТЛАР

БРОНХИАЛ АСТМА

Бронхиал астма (БА) – нафас йўллариининг сурункали касаллиги бўлиб, унинг патогенетик механизми асосида яллиғланиш ҳисобига пайдо бўлган бронхларнинг гиперреактивлиги ётади. Клиник кўрнишининг асосини шиллик қават гиперсекрецияси, шиши ва бронхоспазм оқибатида келиб чиқувчи нафас сиқиш хуружи ташкил этади (экспиратор устунлигидаги).

Нафас сиқиш хуружи ва БАга хос бўлган, йўтал, кўкрак қафасидаги «тўлиқлик» ҳисси» баъзан маълум масофадан эшитулувчи қуруқ хуштаксимон хириллашлар кечки ёки эрталабки вақтларда пайдо бўлади ҳамда бронхиал обструкциянинг қисман ёки тўлиқ орқага қайтиши билан кузатилади (спонтан ёки даволаш мобайнида).

ХКК - 10 • j 45 Астма • **J 45.0** Астма аллергик ҳолат устунлиги билан • **j 45.1** Аллергик бўлмаган астма • **j 45.8** Аралаш астма • **j 45.9** Аниқланмаган астма • **j 46** Астматик статус [status asthmaticus]

Қисқартма: БА - Бронхиал астма.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯСИ

Дунё аҳолисини 5% БА га чалинган. Ёш болаларда касалланиш 30% гача.

ПРОФИЛАКТИКАСИ

- Сабаб бўлувчи аллерген билан алоқани йўқотиш (дориларсиз даволаш бўлимининг аллергик «Риноконъюктевит» мақоласига қаралсин).
- Ташқи муҳитдаги специфик бўлмаган таъсир этувчи омилларни бартараф этиш (тамаки тутуни, чиқинди газлар ва бошқалар).
- БА аспирилли турида – аспирин ва бошқа НЯҚДВ қўллашни тўхтатиш, шунингдек махсус парҳезга риоя қилиш («дорили аллергия» мақоласига қаралсин).
- β-адреноблокаторларни қабул қилишни ман этиш (БА турларидан қатъий назар).
- Касбга боғлиқ зарарли омилларни бартараф этиш.
- Инфекция ўчоқларини, нейроэндокрин бузилишларни ва ёндош касалликларни ўз вақтида даволаш.
- Барча дори воситаларни мос равишда қўллаш.
- Бошқа аллергик касалликларни даволаш.
- Ўз вақтида гриппга қарши эмлаш ва респиратор вирусли инфекцияларга профилактика ўтказиш.
- Даволаш аллергенлар билан текширув чора-тадбирларини ихтисослаштирилган шифохоналарда ва аллерголог кузатуви остида олиб бориш.
- Инвазив текширув усулларида ва операция амалиётларидан 20 - 30 минут олдин қуйидаги дори воситаларидан бирини: ГКСлардан - дексометазон, преднизолон, метилксантин гуруҳидан парентерал юбориш. Уларнинг миқдори ёшга, тана

вазнига ва БА оғирлик даражасига қараб белгиланади. Бу муолажаларни ўтказишдан олдин аллерголог билан маслаҳатлашиш тавсия этилади.

КЛАССИФИКАЦИЯСИ

БАнинг умум қабул қилинган классификацияси ҳозирги вақтда мавжуд эмас.

Клиник-патогенетик мезонлари бўйича атопик, инфекцион-аллергик ва аспирилли астма турлари фарқланади.

Баъзан бир неча патогенетик механизмлар қўшилиб келиши мумкин.

БАнинг клиник манзараси (касаллик тури), оғирлик даражаси ва касаллик босқичлари бўйича классификацияси қуйида келтирилган.

Касаллик тури

- **Атопик тури.** Уй чанги (асосан «чанг канаси»), кутубхона чанги, суваракларни ўлдиришда қўлланиладиган воситалар, шунингдек уй ҳайвонлари ва қушлар эпидермиси, моғор замбуруғи, ўсимлик чанги, кам ҳолатларда – озиқ овқат ва дори аллергенларига сенсibiliзациялашгандан сўнг пайдо бўлади.
- **Инфекцион аллергик тури.** БА инфекцион аллергик турининг шаклланишида аллергенларга нисбатан организмда сенсibiliзация мавжудлиги аҳамиятга эга (нейссерия, стафилакокки).
- **Аспирилли тури.** Арахидон кислота метаболизмини бузилиши ва лейкотрин ишлаб чиқишини ошиши БАнинг аспирилли турини келиб чиқишида асосий роль ўйнайди. Бу ҳолатда бурун полипозиди (бурун олди бўшлиғи), ацетилсалицилат кислотасига ва бошқа ЯҚНДВ аллергия бўлишидан ташкил топган аспирилли учлик (триада) шаклланади. Ушбу келтирилган учлик БА билан касалланган беморларнинг 4,2% ида кузатилади. Баъзи ҳолларда учликнинг бир компоненти яъни бурун полипозиди кузатилмайди. Уларда инфекцион ёки инфекцияга боғлиқ бўлмаган аллергенларга ҳам сенсibiliзация бўлиши мумкин.
- **Касалликни оғирлик даражаси.** БАни кечишида 3та оғирлик даражаси фарқ қиланади.
- **Енгил кечиши:** хуружлар сони ҳафтасига 1 мартадан кунга 1 мартагача бўлиб у уйқунинг бузишига сабаб бўлиши мумкин, кечки хуружлар ойига 2 марта. НЧЮТ ёки ЎСФ меъерий кўрсаткичнинг 80% ёки ундан юқори, кунлик тебраниш 20-30% ташкил этади.
- **Ўрта оғирлик:** ҳар куни хуружлар бемор фаоллигини камайтиради ва уйқу бузилишига сабаб бўлади. Кечки хуружлар ҳафтасига 1 мартадан кўп ва уларни бартараф қилиш учун қиска муддатли β_2 антогонистига бўлган талаб ортади. Жисмоний фаоллик ва бошқа носпецифик омиллар БА хуружини келтириб чиқариши мумкин. НЧЮТ ёки ФНЧХ1- меъерий кўрсаткичнинг 60-80%, кунлик тебраниш 30% дан юқори.
- **Оғир даражаси** (доимий белгилар: нафас қисиш хуружлари, уларни ҳар доим ҳам тўлиқ бартараф этиб бўлмайди, тез-тез кузатиладиган кечки хуружлар). Жисмоний зўриқиш, ташқи муҳит ҳарорати ўзгариши, химик ва

бошқа таъсир этувчи омиллар нафас сиқиш хуружларини кучайтиради, НЧЮТ ёки ОФВ меъёрий кўрсаткичнинг 60% дан кам кунлик тебраниши 20-30% дан кўп.

- **Астматик статус** (status asthmaticus) оғир ва ҳаёт учун хавфли бўлиб – бир неча соат давомида астматик дори воситалар билан бартараф этиб бўлмайдиган узок давом этувчи экспиратор нафас бузилиш хуружи билан келувчи ҳолат ҳисобланади ♦ Астматик статусни анафилактик (шиддатли кечувчи) ва метаболик (секин ривожланувчи) турлари фарқланади ♦ Бронх ўтказувчанлигининг обструкцияга учраши ва унинг тўлиқ бузилиши; кам балғамли йўтал
- Гипоксиянинг яққол намоён бўлиши
- Бронхларни кенгайтирувчи дори воситаларига чидамлилигининг ошиши
- Баъзи ҳолларда – β_2 агонистлар – ва метилксантинлар миқдорининг ошиб кетиш белгилари.

БА кечиш босқичлари. БА қуйидаги босқичларга бўлинади: сўниб борувчи хуруж ва ремиссия даври.

ДИАГНОСТИКАСИ

БА диагностикасида унинг нозологик бирлиги (махсус диагностика қилиш мақсадида) этиология ва имкон қадар патогенетик механизмларини аниқлаш мақсадида махсус текширишлар ўтказилади.

АНАМНЕЗ

Шикоятлари

- Нафас қисиш хуружи (одатда, нафас чиқаришнинг қийинлашуви билан) – қисқа вақтли, тез бартараф этилувчи ёки чўзилган, даволаш чоралари самара бермайди.
- Нафас қисиш хуружидан олдин қуйидагиларни сезиши мумкин: бурун атрофида ва халқум соҳасида қичишиш, томоқ қичиши, акса уриш, бурунни битиши ёки ринорея, тери қичиши ва бошқалар.
- Ажралмали ёки кам ажралмали хуружсимон йўтал, агарда диагностикани тасдиқловчи текшириш натижалари бўлса у нафас қисиш хуружининг эквиваленти деб қаралади (астманинг йўталли варианты).
- Шовқинли хуштаксимон нафас
- Ҳансираш
- Юрак уриб кетиши
- Меҳнат қобилятининг пасайиши.

Аллергик анамнези

- Касалликнинг биринчи белгиларининг пайдо бўлиш тарихи (қайси ёшда, қайси фаслда, ўша вақтда бемор қандай шароитда бўлганлиги).
- Касалликнинг фаслга боғлиқлиги, белгиларининг неча марта такрорланганлиги ва оғирлиги.
- Касаллик белгилари куннинг қайси вақтида безовта қилиши.
- Белгиларнинг ривожланишига олиб келувчи омиллар ♦ Аллергенлар билан алоқа ДВ қабул қилиши (антибактериал, ЯҚНДВ, β адреноблокаторлар ва

бошқалар) ♦ Баъзи озик - овқатларни истеъмол қилиш
 ♦ Носпецифик кўзгатувчиларнинг таъсири –ўткир хидлар, атир-упалар, лак, бўёқ, совуқ ҳаво, кимёвий моддалар шунингдек жисмоний ва психоэмоционал зўриқиш, ЎРВИ ва респиратор йўллариининг бошқа яллиғланиш касалликлари (бронхит, пневмония ва бошқалар).

- Касбий зарарли таъсирлар бўлиши.
- Яшаш шароити (уй ҳайвонлари, паррандалар ва бошқалар).
- Бемор ва унинг қариндошларида аллергик касалликлар бўлиши.
- Илгариги бемор касалликлари-тарихини таҳлили. Тиббий ёрдамга ва шифохонага ётиш учун мурожаат қилганлиги, ўтказган касалликлари (пневмония, бронхит, бурун ва гаймор бўшлиқлари поллипозиди ва бошқалар).

ФИЗИКАЛ ТЕКШИРУВЛАР

Физикал текширувдаги кўринарли ўзгаришлар касалликнинг босқичи ва БАнинг оғирлик даражасидан билан боғлиқ.

- БАнинг ремиссия даврида ва унинг асоратлари бўлмаганда кўрсаткичлар меъёрида бўлади.
- Касалликнинг декомпенсация даврида қуйидаги ўзгаришлар кузатилиши мумкин: ♦ Нафас олиш ва ЮУСнинг тезлашиши ♦ АҚБнинг кўтарилиши ♦ Нафас олиш вақтида кўкрак нафасидаги ёрдамчи мушаклар иштироки ♦ Ўпкаларнинг пастки чегараси ҳаракатчанлиги пасайиши ♦ Перкуссияда: перкутор кутисимон товуш аниқланиши ♦ Аускультацияда: дағал нафас, ҳар хил баландликдаги қуруқ ҳуштаксимон хириллашлар асосан нафас чиқариш вақтида ♦ Баъзан турли хилдаги нам хириллашлар ♦ Бронхиал секрет характери шиллиқли ёки шиллиқ йирингли баъзида кўп миқдорда сувли ёки қуюқ ёпишқоқ.
- Астматик статусда: ♦ бемор ҳолати-ортопноэ ♦ йўтал, кам миқдорда шиллиқ ва қуюқ секрет ажралиши билан ♦ кўп терлаш ♦ цианоз ♦ аускультацияда: асосан ўпкаларнинг пастки қисмида нафаснинг кескин сусайиши, хириллашлар ♦ оғир ҳолатларда бронхиал ўтказувчанлик йўқолиб хириллашларнинг умуман эшитилмаслиги («соқов ўпка») ♦ баъзан АБ кўтарилиб, ЮУС кескин тезлашиши, парадоксал пульс аниқланиши.

ЛАБОРАТОР ВА ИНСТРУМЕНТАЛ ТЕКШИРУВ

- Қоннинг клиник таҳлили (авж олиш даврида эозинофилия кузатилиши);
- Балғамнинг умумий таҳлили (эозинофилия, Куршман спираллари, Шарко-Лейден кристаллари);
- Балғамнинг муҳит ва антибиотикларга сезгирлигини бактериологик текширув.

Қўшимча лаборатор текширувлар

- Қон зардобидида оқ фракцияларини;
- Қон зардобидида иммуноглобулин А,М,Г лар миқдорини.

- Қон таҳлили: тизимли таъсир қилувчи ГКС олаётган беморлар учун – кортизол, АКТГ миқдорини аниқлаш.
- Зарур аллергологик текширувлар: атопик ва инфекцион аллергенлар билан тери синамалари ўтказиш.

Қўшимча аллергологик текширувлар

- Аллергенлар билан чақирилувчи (провакацион) ингаляция синамалар.
- Дори воситаларини кўтара олмасликни аниқловчи синамалар: лейкоцитларни табиий эмиграцияси тўхтатувини чақирувчи (провакацион) тил ости синамалари.
- Қон зардобида умумий Jg E нинг миқдорини текшириш (иммунофермент таҳлили).
- Қон зардобида специфик Jg E нинг миқдорини аниқлаш (радиоаллергосорбент синамалари).
- Аллергия чақирув (провакацион) синамалари фақат махсус шифохона ёки хоналарда аллерголог томонидан бажарилиши керак.

Бажарилиши шарт бўлган инструментал текширув

- Кўкрак нафаси аъзолари рентгенографияси.
- Бурун ёндош бўшлиқлари R-графияси, ЭКГ.
- Ташқи нафас функциясини текшириш (ТНФ).

Қўшимча инструментал текширув

- Диагностик бронхоскопия.
- Бронхомотор синамалар ♦ Бронхолитиклар билан ўтказиладиган (β_2 -агонистлар-сальбутамол, фенотерол; холинолитиклар - ипратропин бромид) синамалар бронхиал обструкциянинг қайтишини тиклаш учун қўлланилади ♦ НЧЮТ ва ФХЎС1ни нисбий баҳолаш синаманинг таъсиригача ва ундан 5-20 минутдан кейин ўтказилади ♦ ФХЎС ва НЧЮТнинг 29% дан кўпроқ ошиши синама мусбатлиги ва бронхиал обструкциянинг йўқолишини кўрсатади ♦ Бронхоконстрикторлар (метахолин, гистамин) билан ўтказиладиган синама ♦ Бронхларнинг реактивлик даражасини акс эттириб, бронхиал обструкциянинг ўсиб бориш тезлигини қайд этади ♦ Жисмоний зўриқиш ортиши билан ўтказиладиган синама ♦ Бемор умумий аҳволини (бронхоспазмнинг мавжудлигини) баҳолаш учун жисмоний зўриқиш тўхтатилгач 2-3 минутдан сўнг ўтказилади.

ДИФФЕРЕНЦИАЛ ДИАГНОСТИКАСИ

Дифференциал диагностика анамнестик маълумотлар, аллергологик ва умумклиник текширувлар асосида ўтказилади.

- БАнинг дифференциал диагностикасини ўтказишда қуйидаги касалликлар билан таққосланади ♦ ўпканинг сурункали обструктив касалликлари ♦ юрак етишмовчилиги ♦ респиратор вирусли инфекциялар ♦ бронхиолитлар ♦ аспергиллёз ва бошқа эозинофилияли бронх ўпка аллергик касалликлари.

БА турли шакллариини дифференциал диагностикаси:

- Атопик БА ♦ касаллик одатда 20-30 ёшгача юзага чиқади ♦ белгилари атопик аллергенлар (уй чанги, гул чанги ва ҳакозалар) билан боғлиқ бўлади ♦ элиминация синамасидан кейинги натижа яққол кўринади – аллерген юкламани камайиши ва касаллик белгиларининг йўқолиши орасидаги боғлиқлик ♦ атопик аллергенлар билан ўтказиладиган тери ва ингаляцияли синамаларнинг мусбатлиги ♦ қон зардобидида умумий ва махсус Ig E миқдори ошади ♦ периферик қон таҳлили ва балғамда эозинофилия кузатилади ♦ ёндош аллергик касалликларнинг (аллергик ринит, конъюнктивит, атопик дерматит) мавжудлиги ♦ Оилавий анамнезда аллергик касалликлар мавжудлиги.
- Юқумли - аллергик БА ♦ Илк маротаба касалликни 30-40 ёшда келиб чиқиши
- Тери синамаларининг юқумли аллергенлар билан мусбатлиги ♦ 48 % ҳолларда юқумли аллергенлар билан инголяцион синамалар мусбатлиги ♦ Юқумли аллергенларга юқори сезгирлик бўлганда лаборатор текширувларда мусбат натижа ♦ Аллергологик наслий мойиллик атопик БА га қараганда камроқ ♦ кечиш ўрта оғирликда ёки оғир даражада ♦ Эмфизема ва пневмосклероз шаклланиши атопик БА га қараганда кўпроқ ♦ Элиминация самараси борлиги хос эмас ♦ Бурун ёнбош бўшлиқларини патологияси: атопик БА га қараганда кўпроқ учрайди.
- Аспиринли БА ♦ Илк маротаба касаллик 30-40 ёшдан сўнг пайдо бўлади ♦ «аспиринли учлик» мавжудлиги: БА, ацетил салицил кислотани кўтара олмаслик ва қайталанувчи бурун полипоз (гаймор бўшлиқларнинг). 65 % ҳолларда полипоз бўлмайди аммо БА бошқа шаклларига нисбатан бу шаклда кўпроқ учрайди ♦ Аспиринли ва бошқа НЯҚДВ қабул қилиш натижасида бўғилиш хуружларини ривожланиши ♦ атопик ва юқумли аллергенларга нисбатан сенсебилизация юзага чиқиши мумкин ♦ Кечиши: ўртача оғирликда ёки оғир бўлади.

Текширув натижалари ва касаллик анамнези маълумотлари солиштирилгандан сўнггина диагноз қўйилади.

Мутахассислар маслаҳатига кўрсатмалар

- Спецефик аллергологик текширувларни ўтказиш ва диагнозни тасдиқлаш учун аллерголог-иммунолог маслаҳати керак.
- Дифференциал диагностика ўтказиш мақсадида қўшимча текширувлар ва асоратларни аниқлаш учун отолоринголог ва пульмонолог маслаҳати зарур.

ДАВОЛАШ

Даволашдан мақсад:

- Кўзиш даврини бартараф этиш.
- Монанд базис терапияни танлаш, уни қўллаш натижасида касаллик белгиларини камайтириш ёки тўлиқ йўқотиш.
- Беморларни зарур ахборот билан таъминлаш ва пик флоуметр ёрдамида «ўз ўзини назорат қилиш»га ўргатиш.

ШИФОХОНАГА ЁТҚИЗИШГА КЎРСАТМАЛАР

- БА нинг кўзиш даври.
- Аллерген-специфик иммунотерапия ўтказиш (иммунотерапия ўтказган даврда сабаб бўлувчи аллергия билан алоқани инкор этиш мумкин бўлмаганда).

ДОРИЛАРСИЗ ДАВОЛАШ

- Сабабчи аллергия билан алоқани йўқотиш. Аллергенни элиминация қилиш бемор сенсбилизация даражасига монанд ҳолда тавсия этилади.
- Аспиринли БА ли беморда ацетил салицил кислота ва бошқа НЯҚДВ ларни қабул қилиш ман қилиш.
- β адреноблокаторлар қабул қилишни тақиқлаш (БА турига қарамасдан).
- Специфик бўлмаган кўзгатувчиларни таъсирини чеклаш: чекиш, касбий зарарлар, поллютантлар, ўткир ҳидлар ва бошқалар. Зарур ҳолатларда – жисмоний ва психоэмоционал зўриқишларни олдини олиш.
- Шифобохш жисмоний тарбия (ШЖТ). Ҳар бир беморга жисмоний зўриқиш индивидуал танланган бўлиши керак.
- Физеотерапевтик даво усуллари.
- Уқалаш (БА хуружлари сўнганда).
- Климатотерапия (санатор - курорт даволаш).Энг қулай иқлимли шароит ўрта тоғли ҳудуд (денгиз сатҳидан 900-1000 м) илиқ, қуруқ иқлимли доимий об-ҳаволи, шунингдек, намлик даражаси паст бўлган денгиз атрофи ҳудудлари кўрсатма бўлиб ҳисобланади.

ДОРИЛАР БИЛАН ДАВОЛАШ

БА ни дорилар билан даволаш касалликни авж олишда хуружларни бартараф қилиш шунингдек базисли давога қаратилган. БА атопик турида патогенетик даво - аллергия- специфик иммунотерапия ҳам қўлланилади.

Хуружларни бартараф қилиш

- Қисқа муддатли таъсир этувчи β_2 агонистлари (сальбутамол, феротерол).
- Узоқ, ва тез таъсир этувчи β_2 агонистлари (формотерол).
- Комбинацияланган ДВ, холинолитиклар ва β_2 агонистлари (ипратропий бромиди ва фенотерол).
- Қисқа таъсир этувчи метилксантиллар (аминофиллин).
- Системали ГКС (преднизолон, дексаметазон).

Касалликнинг авж олишини бартараф этиш

- Терапевтик даво меъёри беморни объектив текширишлар натижасига боғлиқ.
- Инфузион дори воситаларни қўллаш самарали. Асосий хусусиятлари: тез таъсирга эгалиги, ошқозон ичак йулига ноўя таъсирга эга эмаслигини билган ҳолда ва бемор умумий аҳолидан келиб чиқиб дозани танлаш.

- Бемор аҳволини яхшиланишига қараш инфузион дориларни юбориш дозаси ва давомийлиги тайинланади. Системали таъсир этувчи ДВ бошланғич миқдордан 25-30 % аста секинлик билан ҳар куни камайтирилади. Инфузион дори воситалар юбориш сони ва дозасини камайтириб бориш билан бирга уларни ингаляция (яққол бронхиал обструкция белгилари бўлмаганда) ва таблетка турига алмаштириш.
- Оғир ҳолларда (астматик статусда) оксигенация кўрсатма бўлади. Юрак қон томир системасида асоратлар бўлишини ҳисобга олган ҳолда ЭКГ мониторинг ўтказиш. Ўткир нафас етишмовчилиги эҳтимоли бўлганда интубация қилиш.
- БА авж олишни бартараф этиш учун қуйидаги дори воситалар қўлланилади:
- ГКС - системали препаратлар (инфузион шаклда): преднизалон дексаметазон.
- Қисқа таъсир этувчи β_2 агонистлари ингаляция шакли (фенотерол, салбутамол).
- Узоқ муддат таъсир этувчи β_2 агонистларни (сальметерол, формотерол) дозасини ошиб кетишига йўл қўймаслик.
- Холинолитикларни ингаляция шакли (ипратропин бромид, тиотропиумбромид).
- Қисқа ва узоқ таъсир этувчи метилксантинларнинг таблетка шакли (аминофиллин, теофиллин). Уларнинг дозасини ошиб кетишига йўл қўймаслик.
- Нафас йўлларидаги ҳаракат фаолияти стимуляторлари ва секретолитиклари (рег ос ёки инголяторлар- ацетилцмстеин, бромг.ексин, амброксол).
- Ўткир даврда антигистамин дори воситаларни (H1- блокаторлар) қўллаш мумкин эмас чунки улар бронхиал секретни дренажини қийинлаштиради.
- Асоратлар бўлганда (пневмония, бронхит, гайморит) антибактериал ДВ билан бирга замбуруғларга қарши ДВ қўлланилади.
- Ингаляцияни яхшилаш учун бронхолитиклар, балғам кўчирувчилар ва яллиғланишга қарши ДВ ни небулайзерда қўллаш.
- Даволаш давомида қондаги газлар нисбати, кислота- ишқор мувозанати, Ташқи Нафас Фаолияти (ТНФ) кўрсаткичларни ва ЭКГ мониторингини назорат қилиш.

БАЗИС ТЕРАПИЯ

Дори воситаларни танлашда БА кечишининг оғирлиги аллергияга қарши воситаларни нарҳи ва бемор ҳаёт шароити ҳисобга олинади.

Касалликни енгил кечиши

Интермиттирловчи кечишида базис терапия талаб этилмайди. Персистирловчи кечишида қуйидагилар зарур.

- Кромоглицин кислота ёки недокромил билан ингаляция.
- Комбинацияланган ДВ: қисқа таъсирли β_2 агонистлар, кромоглицин кислота.
- Семиз ҳужайралар мембранасини стабилизацияловчи антигистамин ДВ

- Узайтирилган таъсирли теофиллинлар.
- Лейкотриен рецепторлари антогонистлари билан даво курси
- Ностабил кечиш ва юқори аллергенли зўриқишда кам миқдордаги ГКС.

БА ўрта даражаси

- Клиник белгиларнинг намоён бўлиш даражасига мос равишда ингаляцияда ГКС ДВ 200-1000 мг. қўлланилади
- Узайтирилган таъсирли β_2 -агонистлари
- Баъзан ДВ ларни биргаликда қўллаш: узоқ таъсирли ГКС + β_2 агонист.
- Семиз хужайралар мембранасига стабилизацияловчи таъсир этувчи антигистамин ДВ ёки лейкотриен рецептори антогонистлари.
- Холинолитиклар (ипратропин бромид, тиотропия бромид) β -адреномиметиклар ва метилксантинларга қарши кўрсатма бўлганда ёки уларни кўтара олмасликда.

БА оғир даражаси

- Ингаляциядаги ГКС препаратлари 1000 мг. дан юқори будесонид дипропионат ёки унинг эквиваленти.
- Узоқ таъсирли β_2 агонистлар (ингаляция ёки таблетка ҳолида)
- Узоқ таъсирли метилксантинлар
- Ингаляциядаги ГКС + узоқ таъсирли β_2 агонистлари билан биргаликда
- Антилейкотрин ДВ
- ГКС билан тизимли терапия – юқорида келтирилган даволаш муолажалари самара бўлмаганда қўлланилади.
- ГКСларнинг ножўя таъсирини камайтириш мақсадида даволаш шифокор назорати остида ўтказилади.

Базис терапия сифатида қўлланиладиган дори воситалари

- **Глюкокортикоидлар**
- ◆ **ГКСлар билан тизимли даволаш** фақат БА оғир кечишида буюрилади, мабодо у самарасиз бўлганда унинг ингаляцияли турлари қўшилади. ГКСлар дозасини танлаш тамоили касаллик белгиларидан келиб чиқиб кам миқдорда буюришга асосланган. Дорининг ножўя таъсирларининг олдини олиш мақсадида даво шифокор қатъий назоратида амалга оширилади.
- ◆ Презнизолон (таблетка 0.005 г, кунлик доза 0.02-0.04г)
- ◆ Метилпреднизолон (таблетка 0.004г.кунлик доза 0.01г.– 0.08 г)
- ◆ Дексаметазон (таблетка 0.0005 г, кунлик доза 0.002 – 0.006 г) ўткир ҳолатни бартараф этиш мақсадида.
- ◆ Триамциналон (таблетка 0.004 г, кунлик доза 0.008-0.016 г)
- ◆ Бетаметазон (инъекция учун 1 мл ампуладаги эритма: бетаметазон динатрий фосфат 0.002г.+ бетаметазон дипропепнат 0.005 г: 1 инъекциядан 2-4 хафтада м/о).
- ◆ **ГКСларнинг ингаляция турлари** БАнинг енгил даражасида кичик дозада, касалликнинг ностабил кечиши ва юқори аллерген зўриқишларда.
 - ◆ Бекламетазон ўрта оғирлик даражада кечишида: 600-1200 мкг/ кунда. Оғир кечишида 800-2000 мкг/кунда (2-4 мартадан қабул қилишга).

- ◆ Будесонид ўрта оғирликда: 600- 1200 мкг/кунда (2 марта қабул қилишга) Оғир кечганда: 800-1600 мкг/кун (2- марта қабул қилишга).
- ◆ Флутиказон гемигидрат ўрта оғирликда: 1000 мкг/кунда (2 марта қабул қилишга). Оғир кечганда: 1500 мкг/кун (2 марта қабул қилишга)
- ◆ Флутиказон ўрта оғирлик даражада: 500-1000 мкг/кунда (2 марта қабул қилишга). Оғир кечганда 500-1000 мкг/кун (2 марта қабул қилишга)

- **Метилксантинлар**

- ◆ Қисқа таъсирли метилксантинлар аминафиллин (таблетка 0.15 г)
- ◆ Узоқ таъсир этувчи метилксантинлар: теофиллин

- **β2-агонистлар**

- ◆ **Қисқа таъсирли β2-агонистлар**

- ◆ Сальбутамол (дозаланган аэрозоль, ингаляцияда дозаси 100 мкг) 2 дозадан 1 кунда 6 мартагача.
- ◆ Фенотерол (дозаланган аэрозоль, ингаляцияда дозаси 100-200 мкг) 2 дозадан 1 кунда 6 мартагача.
- ◆ **Узоқ таъсир этувчи β2-агонистлар**
- ◆ Салметерол (дозаланган аэрозоль, ингаляцияда дозаси 50 мкг) 2 дозадан 1 кунда 2 маҳал.
- ◆ Формотерол (дозаланган аэрозоль, ингаляцияда дозаси 12 мкг) 1-2 дозадан 1 кунда 1-2 маҳал ёки порошок ингаляция учун (ингаляцияда дозаси 4.5-9 мкг) 2 дозадан 2 маҳал 1 кунда.

- **Холинолитиклар**

- ◆ Ипратропий бромиди (дозаланган аэрозоль, доза 18 мкг) ўртача 2 дозадан 3-4 маҳал 1 кунда, 1 кунда 1-2 ингаляциягача.
- ◆ Беродуал (ипратроп бромид ингаляцияда дозаси 25 мкг фенотерол, ингаляцияда дозаси 50 мкг) Ўрта оғирликда кечиш 1-2 дозадан 3 маҳал 1 кунда (1 кунда 8 дозагача) Оғир кечишда 1-2 дозадан 3 маҳал 1 кунда (1 кунда 8 дозагача)
- ◆ Тиотропий бромиди (порошокли ингалятор) 18 мкг 1 кунда 1 марта

- **Кромоглицин кислота** БАнинг энгил ва ўрта даражада кечишида қўлланилади.

- ◆ Бронхоспазм хуружи жисмоний зўриқишдан сўнг кузатилганда кромоглицин кислота В (дозаланган аэрозоль) 2-10 мг.. 4 маҳал 1 кунда қўлланилади. Жисмоний зўриқишдан сўнг кузатиладиган бронхоспазм хуружида кунига 2-10 мг.. дан
- ◆ Недокромил (дозаланган аэрозоль) 2 дозадан (4 мг..) 2-4 маҳал кунда. Жисмоний зўриқишдан сўнг кузатиладиган бронхоспазм хуружидан 15-60 мин олдин 4 мг.. дан
- ◆ Дитек (комбинацияланган, фенотерол+кромоглицин кислота дозаланган аэрозоль 2-4 маҳал 1 кунда 2 дозадан.

- **Антигистамин дори воситалари** семиз хужайралар мембранасини мустахкамлайдиган таъсир кўрсатувчи бўлганлиги учун уни атопик БАнинг энгил ва ўрта оғирлигида қўлланилади:

◆ Кетотифен (1 мг. таблеткада) 1 мг. дан 2 маҳал (2 мг. дан 1 маҳал) 1 кунда.
Лейкотриен рецепторлари антагонистлари кўпроқ персистирловчи аспиринли астмада тавсия этилади:

- ◆ Зафирлукаст (таблеткада 20 мг.) 20 мг. кунига 2 маҳал.
- ◆ Монтелукаст (таблеткада 10 мг.) 10 мг. 1-2-4 маҳал кунига.

ПАТОГЕНЕТИК ТЕРАПИЯ

Атопик БА билан касалланган беморларга айнан шу касалликка олиб келган аллерген ёрдамида махсус аллергик иммунотерапия ўтказиш кўрсатилган.

БЕМОРНИ ЎРГАТИШ

Беморда кўникмаларни шакллантириш учун улар билан касаллик табиати ҳақида суҳбат ўтказиш, БАнинг хуружларини олдини олиш чора тадбирларини ўргатиш, касалликни авж олиш ва тинч давридаги даволаш усуллари, астмага қарши воситаларнинг ўз вақтида ва тўғри қўллашга (шу билан бир қаторда ингаляция дори воситаларини), пикфлоуметрия кўрсаткичлари асосида ўзларини назорат қилишга ўргатиш зарур.

МУТАХАССИС МАСЛАҲАТИГА КЎРСАТМАЛАР

Аллерголог-иммунолог маслаҳати симптоматик ва патогенетик даволаш чора-тадбирларини мос равишда танлаш мақсадида тавсия этилади.

БЕМОРНИ КЕЙИНГИ ОЛИБ БОРИШ

БА билан касалланган беморларга асосий ва патогенетик терапияларнинг самарадорлигини баҳолаш мақсадида умумий амалиёт врачлари билан бир қаторда шифокор-аллерголог-иммунологнинг динамик кузатуви тавсия этилади.

АСОРАТЛАРИ

БАни асоратлари иккига бўлинади: ўпка ва ўпкадан ташқари

- Ўпкадаги асоратлар - сурункали бронхит, гиповентиляция натижасида пневмония, ўпка эмфиземаси, пневмосклероз, нафас етишмовчилиги, бронхоэктазлар, ателектазлар, пневмоторакс.
- Ўпкадан ташқари асоратлар ўпкали-юрак, юрак етишмовчилиги, миокард дистрофияси, аритмиялар, узок вақт тизимли таъсирга эга бўлган ГКС воситаларни қабул қилган беморларда ушбу дори воситаларининг ноўғай таъсири ривожланиши мумкин.

ПРОГНОЗИ

- БА билан оғриган беморларда касаллик оғирлик даражасидан қатъий назар бронх-ўпка системасидаги патологиянинг авж олиб бориши соғлом шахсларга нисбатан жадалроқ ривожланади.
- Касалликнинг енгил кечиши ва мос равишда даволанган БА оқибати нисбатан яхши.

- Ўз вақтида ўтказилмаган даволаш чора тадбирлари касалликни энгил туридан оғир турига ўтишига олиб келади.
- Оғир ва ўртача оғирликда кечувчи БА оқибатини даволаш мос равишда танланганлиги ва асоратларнинг бор-йўқлигига боғлиқ. Мавжуд бўлган ёндош касалликлар БА оқибатини оғирлаштириши мумкин.
- Ўлимга олиб келувчи сабаблар - оғир асоратлар ва БА хуружида тиббий ёрдам ўз вақтида кўрсатилмаслиги.

АСТМАТИК СТАТУС

Астматик статус (хаёт учун хавф соладиган бронхиал астма хуружидир) – бемор учун кечиши ғайритабiiй бўлган астматик хуруж бўлиб, одатий бўлган бронходилятор билан даволаш самарасиздир. Астматик статус заминида бронхиал астманинг оғир хуружи ётади ва уларга шифохона шароитида тиббий ёрдам кўрсатиш лозим. Астматик статусни сабабларидан бири β_2 -адреномиметиклар дозасининг ошиб кетиши натижасида β_2 - адренорецепторлар камалланишидир.

Сабаблари • Доимий тиббий ёрдамнинг етишмовчилиги • Объектив мониторинг ҳолати хусусан пикфлоуметрия текширувининг бўлмаслиги • Ўз - ўзини назорат қилиш қобилиятини йўқлиги • Адекват бўлмаган даволаниш (асосан базис терапия бўлмаслиги) • БАнинг оғир хуружи ёндош касалликлар билан бирга келганда амбулатор шароитда даволанишни қийин кечиши (масалан рухий касалликлар) • Аллергенлар, вируслар ва бактериал инфекциялар билан алоқада бўлиш.

КЛИНИК МАНЗАРАСИ

- Ўсиб боровчи бронхолитикларга резистент дорини меъеридан кўп қабул қилганликнинг самараси.
- Кучайиб боровчи балғам ажралишининг қийинлашуви.
- Оддий бронхиал астма хуружига хос бўлган белгиларнинг юқори даражада кучли бўлиши, нафас чиқариш давомийлигининг кескин узайганлиги, курук хуштаксимон ва гувилловчи хириллашларнинг кучайиб бориши туфайли «соқов» ўпка (аускультацияда нафас шовқинларининг эшитилмаслиги) кузатилиши. Сўнги ҳолат бронхиал обструкциянинг энг оғир даражасини билдиради
- Баъзан гипоксемияли гиперкапник кома ривожланиши мумкин ♦ Церебрал бузилишлар ♦ Артериал гипотензия ♦ Коллапс.

ДАВОЛАШ

ДАВОЛАШ ТАМОЙИЛИ

- Шифохонага ётқизиш.
- Биринчи йўналишдаги терапия: кислород терапияси (бурун катетри ёрдамида 1-4 л/мин), гиперкапник ҳолат терапия ўтказишга монёлик қилмайди. В2-адреномиметиклар небулайзер ёрдамида (анамнезида дори микдорининг ошиб кетиш ҳолати қайд этилмаган бўлса) ингаляция қилинади (сальбутамол, фенотерол), ёки катта ҳажмли (750 мл) битта нафас олишга

мўлжалланган клапанли спайсер ёрдамида дозаланган ингалятордан фойдаланилади. Юрак-қон томир тизимида ГКСларнинг ноўя таъсирини камайтириш мақсадида мос равишда оксигенотерапия ўтказилади. ГКС дори воситаларни иложи борича вақтلىроқ вена ичига ва перорал бериш бир хил самарали (40-125 мг. метилпреднизолон вена ичига ҳар 6 соатда, преднизолон 40-80 мг. кунда перорал).

- Агар беморнинг аҳволи яхшиланмаса лекин ЎСВ га муҳтожлик бўлмаганда
 - ◆ кислород-гел аралашмасини ингаляция қилиш (нафас йўлларидаги газли оқимга қаршилик пасайиши, майда бронхларда турбулент оқимларнинг ламинар бўлиб қолиши) ◆ Магний сульфат вена ичига юборилади ◆ Ўпкани ноинвазив вентилицияси.
- Астматик статусли беморни ЎСВ га ўтказиш барча ҳаётий кўрсатмаларга мувофиқ бажарилади (даволаш муассасаларидан ташқарида, шошилиш тез тиббий ёрдам, умумий ёки интенсив терапия бўлимида). Амалиётни анестезиолог ёки реаниматолог ўтказди. Бронхиал астмада ЎСВ дан мақсад оксигенация жараёнини таъминлаб туриш, қон рНни меъёраштириш, ятроген асоратларнинг олдини олиш. Баъзан ўпканинг механик вентилицияси бузилиши мумкин ундай ҳолларда натрий гидрокарбонат эритмаси вена ичига юборилади.
- Иккинчи йўналиш терапияси: Антихолинергик дори воситалари ипратропин бромид ва унинг β_2 адреномиметиклар билан комбинацияси (ипратропин бромид+фенотерол) – небулайзер ёрдамида сўнгра эса дозаланган ингалятор спейсер билан юборилади. Теофиллин билан даволашнинг дастлабки 6 соатида унинг қон зардобидидаги миқдорини назорат қилиб туриш лозим. Ингаляциядаги бронхолитикларнинг самарасизлигида 0,5 мг. сальбутамол ёки тербуталин (4-8 мкг/кг) 1 соат давомида вена ичига юборилади.
- Системали аллергия реакция (анафилактик) астматик хуружнинг асоси бўлса β_2 - адреномиметикларни тери остига юбориш, бемор хуши бузилганда ёки нафас тўхташ хавфи бўлганда ва ингаляцияли терапия самарасиз бўлганда 0,3 мг. эпинефрин бошланишида интервал 20 минут сўнгра ҳар 4-6 соатларда буюрилади.
- Бемор тунги хуружлар йўқолгунча ва қисқа таъсирли бронхолитикларнинг 3-4 ингаляцияси кунлик талабни қондиргунча шифохонада қолдирилади.

ХКК 10 • J46 астматик статус [status asthmaticus].

АНАФИЛАКТИК ШОК

Анафилаксия – бу сенсibiliзацияланган организмнинг антиген билан қайта мулоқоти (алоқа) натижасида юзага келиб чиқадиган ўткир реакция бўлиб, аллергия реакциянинг I типи бўйича ривожланади (тезкор реакция тури).

Анафилактик шок – гемодинамиканинг бузилиши натижасидаги қон айланиши етишмовчилиги ва ҳаётий муҳим аъзоларнинг гипоксияси билан кечадиган хавф солувчи, ўткир ривожланувчи ҳолатдир.

ХКК – 10 • Т 78.2 Аниқланмаган анафилактик шок. ♦ **Т78.0** Озиқ овқат маҳсулотларига патологик реакция орқали юзага келган анафилактик шок. ♦ **Т80.5** Зардоб юборилиши билан боғлиқ бўлган анафилактик шок. **Т88,6** Мос равишда танланган ва тўғри юборилган дори воситалар таъсиридаги юзага келган анафилактик шок.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯСИ

- Анафилактик реакция ҳолатларида 4,4% анафилактик шокка тўғри келади.
- Анафилактик шок аллергик касалликлар билан оғриган беморларда ривожланади. Атопик касалликлари бўлган беморларда анафилактик шок ривожланиш даражаси юқорироқ.
- Анафилактик шокка қуйидаги воситалар олиб келиши мумкин: дори воситалари (20,8% гача, ЯҚДВ дори воситаларига аёллар эркаларга нисбатан 5 марта кўпроқ реакция берадилар), гетерологик зардоблар (хайвонлар қонидан олинган), вакциналар, пардақанотлилар захарлари, озиқ-овқат ва гул чанги, баъзи бир бактерия аллергенлари, мойиллиги бўлган беморларда совук таъсирга реакция.
- Анафилактик шок гул ва уй чанги эпидермал ва инсект аллергенлар билан ўтказиладиган аллерген специфик иммунотерапия оқибатида ёки асорати бўлиб ривожланиши мумкин. Бундан ташқари ушбу аллергенларни диагностик мақсадларда қўлланганда ҳам анафилактик шок ривожланиш ҳолларда қўлланилади.
- Пардақанотлилар чақишидан ривожланган анафилактик шок олиб келган ўлим ҳолати 1 млн аҳолининг 0,4-2 ўлим оқибатига тўғри келади.

ПРОФИЛАКТИКАСИ

- Дори воситаларни айниқса антибиотикларни мос равишда танлаб қўллаш (палапартиш тарзда танлаб қўлланган дори воситалар организмни сенсibiliзацияга ва кейинчалик анафилактик реакцияга сабаб бўлиши мумкин).
- Аллергик специфик иммунотерапия ва диагностик қон провакацион синамалар фақатгина аллерголог томонидан, юзага келиши мумкин бўлган анафилактик шок реакцияларни бартараф этиш учун зарур бўлган барча воситалар билан таъминланган аллергологик хоналарда ёки шифохоналарда ўтказилади.
- Аллергик касалликлари бўлган беморларда сабабчи аллерген эллиманация чоратадбирлари даркор. Дори воситаларга аллергияси бўлган беморларга даволаш режаси тузилаётганда аллерголог билан маслаҳатлашган ҳолатда танланади.
- Анамнезида анафилактик реакциялар бўлган беморлар реакция юзага чиққан ҳолатда қандай чора-тадбирлар қўллаш кераклиги ҳақида маълумот берамиз. Ушбу маълумот даволовчи аллерголог томонидан беморга берилган паспортда кўрсатилган бўлиши керак.

ДИАГНОСТИКАСИ

Анафилактик шокнинг бирламчи диагностикаси касалликнинг клиник манзараси ва аллерген чақирувчи омил ҳақидаги маълумотлар асосида қўйилади. Беморни умумий аҳволи турғунлашгандан сўнг аллерголог текширув ўтказилади.

АНАМНЕЗИ

Аллергик анамнез йиғиш кўпинча анафилактик шокни бартараф этиш борасида ўтказилган терапиядан сўнг мумкин бўлади. Бироқ баъзи ҳолларда шокка олиб келган сабаб аниқ бўлади.

- Анафилактик шок кўп ҳолатларда аллерген парентерал юборилганда ривожланади, бироқ баъзан аллерген ингаляция, тери, шиллик қаватлар ва ошқозон ичак тизимига бевосита алоқа тушганда ҳам ривожланиш эҳтимоли бор.
- Белгиларни пайдо бўлиш вақти бир неча минутдан, бир неча соатгача бўлиши мумкин.
- Дори воситалар (антибиотиклар ва ЯҚДВ) пардаканотлилар заҳари (асалари ва бошқа ариллар), озиқ-овқат аллергенлари (3 ёшгача болаларда товук тухуми, катта ёшлиларда ерёнғоқ, балиқ, қисқичбақасимонлар), гул чанги, гетерологик зардоб ва вакциналар анафилактик шокка олиб келувчи аллергенлардир.
- Анафилактик шок гул ва уй чанги эпидермал ва инспект аллергенлар билан ўтказиладиган аллерген специфик иммунотерапия оқибатида ёки асорати бўлиб ривожланиш ҳоллари кузатилади.
- Камдан-кам ҳолларда латексга ўта сезгирлиги бўлган беморларда хирургик операция мобайнида анафилактик шок ривожланиши мумкин.
- Совуқлик реакциясига сезгир бўлган беморларда унинг таъсирида анафилактик шок ривожланиш эҳтимоли мавжуд.

ФИЗИКАЛ ТЕКШИРУВЛАРИ

Клиник манзараси: клиник белгилар лик мушаклар қисқариши, қон томирлар ўтказувчанлиги ортиши, эндокрин безлари дисфункцияси, қон ивиши бузилиши ҳолатлари билан боғлиқ бўлади. Клиник кўринишни белгиловчи асосий белгилардан кардиоваскуляр ва респиратор бузилишлар бўлиб, улардан бири анафилактик шок намоён бўлишида устунлик қилиши мумкин.

- Юрак қон-томир тизимидаги ўзгаришлар.
 - ◆ Юрак етишмовчилиги (қон-томир тонусини бошқарувчи марказ фалажи, қон томирлар коллапси, қон-томир тизимида суюқликни атроф тўқималарга ўтиши ҳисобига келиб чиққан гиповолемия)
 - ◆ АБ кескин тушиб кетиши, миокардга ножўя таъсир қилади (анафилактик шок қон-томир кассаликлари бўлган беморларга катта хавф туғдиради).
- Ўпка бронх тизимидаги ўзгаришлар ва нафас етишмовчилиги.
 - ◆ Бронхоспазм.
 - ◆ Шиллик гиперсекрецияси.
 - ◆ Нафас йуллари турли қисмларидаги яққол намоён бўлган шиш. Ҳалқум шиши (асфикция хавфи).
 - ◆ Ўпка тўқимасидаги геморрагиялар ва ателектазлар, кичик қон айланиши доирасидаги димланиш.
- Бошқа аъзо ва тизимлардаги ўзгаришлар.
 - ◆ Мия қон айланиши бузилиши, демиленизацияловчи жараёнлар.

- ◆ Жигар майда қон томири, лик мушаклари спазми, қорин бўшлиги капиллярлари ва артерияларининг кенгайиши ва уларда қоннинг йиғилиши (туриб қолиши), ошқозонда пепсин ва HCL ишлаб чиқариш кучайиши
- ◆ Сийдик қопи ва ичакларнинг лик мушаклари спазми (ихтиёрсиз дефикация ва сийиш)
- ◆ Бачадон лик мушаклари спазми (қонли ажралмалар келиши)
- ◆ Хужайралардан қисқа вақт мобайнида катта миқдорда гепарин ажралиши ва қонни ивишга қарши тизими фаоллашуви, қон ивувчанлигининг пасайиши, бу эса ўз навбатида геморрагик асоратларга олиб келиши мумкин.

Анафилактик шок турли кўринишлар ва белгилар билан кечиши мумкин

- **Енгил кечиши:** анафилактик шок реакциядан олдинги белгилар билан бошланади (продромал даври) – хавотир ҳисси, кўрқув, ҳолсизлик, қизиб кетишлар. Терида (тошмалар) қичишиш, эшакеми кўринишида тошмалар, эритема, Квинке шиши, товушнинг бўғилиши (афония даражасигача), ютинишнинг қийинлашуви, бош айланиши, бош оғриғи, қулоқда шанғиллаш, бармоқларнинг, тил ва лабларнинг увишиши ва санчиши. Ринит ва конъюнктивит белгилари, қоринда, бел ва юрак соҳасида оғриқлар кузатилади. Курак соҳасида – тери қопламлари рангпарлиги. Нафас сиқиши стридороз типдаги нафас хириллашлар. Қайт қилиш, беихтиёр дефикация ва сийиш. АБ нинг 30-50 мм. сим. уст. гача пасайиши, юрак тонлари бўғиқлашган, ипсимон пульс, тахикардия ва тахиаритмиялар.
- **Ўртача оғир кечиши:** Юқоридаги белгилар яққол намоён бўлади. Хушдан кетиш ҳолати кузатилади. Кўп ҳолларда тоник ва клоник тиришишлар, совуқ ёпишқоқ тер, лаблар цианози, қорачиқлар кенгайиши. Юрак тонлари бўғиқ, пульс ипсимон, нотўғри юрак ритми, АБ аниқланмайди.
- **Оғир кечиши:** Яшин тезлигида ривожланади, дарҳол хушдан кетиш, юрак тонлари, АБ аниқланмайди. Нафас йўллари тўлиқ обструкцияси ва унинг эшитилмаслиги.

ЛАБОРАТОР ТЕКШИРУВЛАР

- Шокни бартараф этишга қаратилган терапия мобайнида ЭКГ мониторинги ва кислота ишқорий муҳитни (КИМ) назоратини олиб бориш.
- Аллергик текширувлар ўткир ҳолатларни бартараф этилгандан сўнг ўтказилади.

ДИФФЕРЕНЦИАЛ ДИАГНОСТИКАСИ

- Дифференциал диагностика барча нафас олиш бузилишлари, артериал гипотензия ва хушдан кетиш билан кечувчи касалликлар билан: ўткир юрак қон-томир етишмовчилиги, МИ, синкопал хушдан кетишлар, ЎАТЭ, эпилепсия, офтоб уриши, гипогликемия, дори воситалари миқдоридан ошиб кетган ҳолатлар, аспирация, септик шок.
- Анафилактоид реакция. Анафилактик шокни тизимли анафилактоид реакция билан дифференциал диагностика ўтказиш керак. Асосий фарқи: анафилактоид реакция баъзи дори воситаларини биринчи марта юборишдаёқ юзага чиқиши мумкин (полимерксин, пентамедин, опеоидлар, J2 тутувчи рентген контраст моддалар).

ДАВОЛАШ

Мақсад: тўлик тузатиш ёки меҳнат фаолиятини тиклаш.

Шифохонага ётқизишга кўрсатмалар: анафилактик шок оғирлик даражасидан қатъий назар шифохонанинг реанимация ва интенсив терапия бўлимига даволаш учун ётқизиш мутлоқ кўрсатма ҳисобланади.

ДОРИЛАРСИЗ ДАВОЛАШ

- Организмга аллерген киришини тўхтатиш.
- Беморни ётқизиш ва бошини ёнбошга қаратиб пастки жағини олдинга тортиш.
- Дори воситаси юборилган ёки ҳашорот чакқан жойдан юқори соҳага жгут қўйиш.
- Нафас олиш ва қон айланиши тўхтаган ҳолатларда юрак ва ўпка реанимациясини ўтказиш.

ДОРИЛАР БИЛАН ДАВОЛАШ

- 0,3-0,5 мл. 0,1% эпинефрин тери остига юбориш. Агарда шок ари чақиши ёки дори юборишдан келиб чиқса, зарарланган соҳа атрофига 0,1% эпинефрин ёки 0,1-0,3 мл. норэпинефринни 4-5мл. физ.эритмага эритилган ҳолда бир неча жойга инъекция қилиш. Шу соҳага муз қўйиш.
- Вена ичига қуйидаги дориларни юбориш (томчилаб): 5% - 300 мл. глюкоза +0,1% - 1 мл. норэпинефрин эритмаси. Ўрин босувчи сифатида: гемодинамик кўрсаткичларни тиклаш мақсадида допамин (4-10 мкг/кг/мин. лекин ушбу доза 15-20 мкг/кг/мин. дан ошмаслиги керак) юбориш. Ушбу дориларни юбориш давомийлиги гемодинамик кўрсаткичлар билан белгиланади.
- Вена ичига томчилаб ГКС ларни юбориш: гидрокортизон 250 мг. ёки преднизалон 90-120 мг. ёки дексаметазон 8,32 мг..
- Брохообструктив синдром юзага келганда 2,4% – 10 мл аминокселинни физ. эритмада юбориш. Ўпка шишида ГКС дозасини ошириш. Бундан ташқари вена ичига 0,05%-0,5 мл строфантин К 40%-10 мл глюкозада эритиб юбориш. Зарурат бўлганда интубация ёки трахеостомия қилиниб ЎСВ га ўтказилади. Бурун катетери орқали намланган кислород билан ингаляция муолажаси бажарилади.
- Диуретиклар - АБ маъёри чегарасида бўлганда.
- Систолик АБ 90 мм. сим. уст. баланд бўлганда антигистамин дорилар юбориш.
- Плазма ўрнини босувчи препаратлар, томчилаб ёки оқим билан суюқликлар юбориш.
- ГКС ва антигистамин дори воситалар юборишни бемор умумий аҳволи яхшилангунга давом эттириш. Юқорида кўрсатилган дори воситалари аста-секин ва бемор умумий аҳволи яхшилангандан сўнг бекор қилинади.
- Нафас ва юрак қон-томир тизими доимий мониторинги. Асоратлар: МИ, ўпка ва мия шиши ривожланиши мумкин. Даволаш давомийлиги бир неча соатдан бир неча кунгача.

ХИРУРГИК ДАВОЛАШ

Ҳалқум шишиши оқибатида юзага келган асфикцияда трахеостомия ўтказиш.

БЕМОРНИ ЎРГАТИШ

- Анафилактик шок ўтказган беморлар умумий амалиёт вақти билан бир қаторда аллерголог назоратида бўлишлари лозим. Бемор билан касаллик табиати, профилактикаси, даволаш чора-тадбирлари ҳақида суҳбат ўтказилади.

- Беморни шифохонадан чиқарув варақасида унинг аллергик касаллиги паспорти берилди ва унда қуйидаги ахборотлар бўлиши зарур: Ф.И.Ш. ва туғилган йили, диагнози, сенсбилизацияланган аллерген таъсир доираси (ўсимлик чанги, дори воситалар, озиқ-овқат маҳсулотлари, ҳашорот аллергенлари ва б.); сабабчи аллергенлар билан қайта учрашмасликка қаратилган чора-тадбирларни ўтказиш; совуққа бўлган реакциялар натижасида келиб чиқадиган белгиларни паспортга белгилаш. Бемор аптекасида бўлиши керак: резинали жгут, стерил шприц, бир марталик вена инфузияси учун система, 0,1% эпинефрин, 0,2% ли норэпинефрин, клемастина, 2,4% аминофеллин, 40% ли глюкоза, дексаметазон (преднизалон) эритмалари. Юқорида кўрсатилган дори воситаларни бемор 4-5 ампуладан ёнида олиб юриши мақсадга мувофиқ.

МУТАХАССИС МАСЛАҲАТИГА КЎРСАТМАЛАР

Кейинги даво чора-тадбирлари масаласини ҳал қилиш ва текширув натижалари асосида беморда амалий кўникмалар ҳо қилиш учун шифокор аллерголог маслаҳати зарур бўлади. Анафилактик шок асоратлари ривожланган тақдирда қуйидаги мутахассислар: кардиолог, нефролог, невропатолог, гепатолог маслаҳати.

КЕЙИНГИ ОЛИБ БОРИШ

Шифохонада даволаш давомийлиги 1-10 кунгача. Бемор умумий аҳволи турғунлашгандан сўнг организм сенсбилизация даражасини аниқлашга қаратилган аллергик текширувлар ўтказилади. Анафилактик шок ривожланиши сабаби аниқлангандан сўнг беморга паспорт ва касаллик тарихидан тўлиқ кўчирма берилди. Кейинчалик беморга шифокор аллерголог кўригида бўлиши тавсия этилади.

ПРОГНОЗИ

- Анафилактик шок **оқибати** касаллик кечиши ва унинг оғирлик даражасига, ёндош касалликларга (юррак қон-томир, ўпка ва бронх), даволаш чора-тадбирларини ўз вақтида ва мос равишда олиб борилганлигига боғлиқ бўлади.
- Анафилактик шокдан **ўлим** даражаси асосан 20 ёшдан ошган беморларда юқорироқ бўлади. Касалликни ўлим билан тугагини асосий сабаблари ўткир юрак, нафас етишмовчилиги, ҳаётий муҳим аъзоларга қон қўйилиши ва тромбозлардир.
- **асоратлари:** анафилактик шокдан сўнг гепатит, гломерулонефрит ва нерв тизимининг диффуз шикастланиши каби ҳолатлар ривожланиши мумкин. • Аллерген билан қайта алоқа бўлган ҳолларда унинг такроран ривожланиши кузатилади.

ГИПЕРОСМАЛЯР КЕТОАЦЕДОТИК БЎЛМАГАН КОМА

Гиперосмаляр кетоацетатик бўлмаган кома – гипергликемия, гипернатриемия, гиперхлоремия ва азотемия билан кечувчи ҳолат. Кома организмда кетон

таначаларининг миқдори ошмасдан, кескин ривожланувчи дегидротация оқибатида қон плазмасининг осмолярлиги кўтарилишига асосланган. У одатда ҚД II типда юзага келади.

ХКК10: • **Е 10.0** Инсулинга боғлиқ қандли диабет кома билан • **Е 11.0** Инсулинга боғлиқ бўлмаган қандли диабет кома билан • **Е 12.0** Овқатланишни етарли бўлмаслиги билан боғлиқ ҚД комаси • **Е 13.0** ҚДнинг бошқа аниқланган шакли билан кома • **Е 14.0** Аниқланмаган ҚД билан кома.

АББРЕВИАТУРАЛАР: – ДКА – диабетик кетоацидоз, ҚД 1 – қандли диабет 1 тип, ҚД 2 қандли диабет 2 тип

ЭПИДЕМИОЛОГИЯСИ

Гиперосмоляр кома кўпроқ ҚД 2 бўлган кекса беморларда учрайди. 30% ҳолларда гиперосмоляр кома ҚД 2 нинг биринчи белгиси сифатида намоён бўлади.

ПРОФИЛАКТИКАСИ

- Бемор қанд миқдорини туширувчи дори воситалари ва инсулин терапиянинг муҳимлигини тушунганлигига амин бўлиш.
- Беморга қанд миқдорини туширувчи дори воситаларини қабул қилишни тўхтатиш жиддий оқибатларга олиб келиши мумкинлиги ҳақида ахборот бериш зарур.
- ҚД 2 ли беморларда операция вақтида ва операциядан сўнг адекват регидратацион терапия ўтказиш.

СКРИНИНГ

Гиперосмоляр синдром борлигига скрининг ўтказиш зарурлиги:

- Гликемияси бор беморларда ≥ 19 ммоль/л (360 мг/дл).
- Неврологик симптоматикаси бўлган беморлар гиперосмоляр синдромида неврологик симптоматика жуда хилма-хил – мушак „тортилиш“ фокал бўлишидан тортиб унинг то бутун бир талвасаларгача олиб келиши, мия пардалари таранглиги, афазиялар, нистагмлар, патологик рефлекслар (Бабинский белгиси), парҳезлар. Кўпинча бу ҳолатни мия қон айланишини ўткир бузилиши деб баҳоланиб диагностик хатога йўл қўйишади.

ДИАГНОЗИ

АНАМНЕЗ ВА ФИЗИКАЛ ТЕКШИРУВЛАР

Анамнез йиғилаётганда қуйидагиларга эътибор бериш керак:

- 2 тип ҚДнинг бўлиши;
- углевод алмашинуви декомпенсация белгилари (полиурия, полидепсия, ҳолсизлик) бир неча ҳафта ва ойлар ичида ривожланиб, у гиперосмоляр синдром билан биргаликда келиши мумкин.

Физикал текширувларда қуйидагиларга эътибор бериш керак:

- дегидротация белгиси ДКА ва гиповалемик шокка нисбатан кучлироқ бўлади. Бу белгиларга тери ва шиллиқ қаватларнинг қуруқлиги, юмшоқ тўқималар тургорининг пасайиши, артериал гипотензия, тахикардия, чанқаш, кескин ҳолсизлик (агар бемор ҳушида бўлса) киради;
- неврологик белгилар – мушак „тортилиши“дан то фокал, хаттоки тарқалган талвасаларгача бўлиши, мия пардалари таранглиги, афазиялар, нистагм,

патологик белгилар (Бабинский) яққол намоён бўлган гиперосмоляр босқичдаги парез, диагностик текширувда ўткир мия қон айланиши бузилиши деб баҳоланиб хатоликка олиб келиши мумкин.

- хушнинг бузилиш белгилари – гиперосмоляр ҳолат кучайганда ортиб боради, бу эса ориентация йўқолиши, делирия ва галлюцинация билан ифодаланади.
- гипертермия.

ЛАБОРАТОР ТЕКШИРУВ

- гликемия > 30 ммоль/л;
- осмолярлик > 350 мосм/л;
- КИМ – ўзгармаган (лактацитоз бўлмаган шароит), гипоперфузия ва гиповолемиа шоки натижасида лактацитоз пайдо бўлса – декомпенсациялашган метаболик ацидоз бўлганлигини билдиради.
- кетонурия ва кетонемия – кузатилмайди (жуда кам ҳолларда енгил кетонемия ва кетонурия)
- электролитлар: Na концентрацияси кўпинча ошган, калийники меъёрида ёки анурия вақтида ошган.
- гематокрит кўрсаткичи ва қон ивиш омиллари кўтарилган.

ДИФФЕРЕНЦИАЛ ДИАГНОСТИКАСИ

Гиперосмоляр кетоацидотик бўлмаган комани дифференциал диагностикаси «диабетик кетоацидоз» бўлимида берилган.

МУТАХАССИСЛАР МАСЛАҲАТИГА КЎРСАТМАЛАР

- Гиперосмоляр синдромга шубҳа бўлиб, лаборатор текширувлар натижаси хос бўлмаса беморларни эндокринолог ёки диабетолог маслаҳатига юбориш.
- Ёндош касалликлари бўлган беморларни тегишли мутахассис маслаҳатига юбориш (масалан, миокард инфаркти бўлганда кардиолог).

ДАВОЛАШ

ДАВОЛАШ МАҚСАДИ

- Регидратация.
- Инсулин танқислигини тўлдириш.
- Электролит бузилишларини меъёрига кетириш.
- Гиперосмоляр синдром ривожланишига олиб келувчи ёндош касалликларни даволаш.

ШИФОХОНАГА ЁТҚИЗИШГА КЎРСАТМАЛАР

Гиперосмоляр синдромли ҳамма беморлар махсус шифохонага, гиперосмоляр комада эса интенсив терапия ёки реанимация бўлимига ётқизилиши шарт.

ДОРИЛАР БИЛАН ДАВОЛАШ

- Диагноз қўйилган заҳотиёқ регидратация терапиясини бошлаш.
- ◆ Гиперосмоляр ҳолат ва АБ меъёрида бўлганда даво натрий хлорнинг 0,45%ли эритмасини юбориш билан бошланади. Гиперосмоляр ҳолат ва гипотензия бўлганда натрий хлорни 0,9% ли эритмаси, гликемия <14 ммоль/л. кам бўлганда глюкозанинг 5% ли эритмасини юбориш.

- ◆ Юбориш тезлиги 1 соат ичида 1500 мл., кейинги 2 соат ичида 1000 мл.; 4 соатдан бошлаб 500 мл.
- ◆ Бемор клиник жиҳатдан стабил бўлганда метаболик ацидоз бартараф этилади, бемор мустақил суюқликни ича олганда, кўнгил айнаши, қусиш бўлмаганда эритмаларни парентерал юбориш тўхтатилади.
- Диагноз қўйилгандан сўнг инсулинтерапияни тез бошлаш лозим.
- ◆ Фақат қисқа муддат таъсир қилувчи инсулинларни қўллаш керак.
- ◆ Биринчи соатда инсулинни 0,15 ЕД/кг. дозада вена ичига; иккинчи соатдан бошлаб вена ичига томчилаб ўртача 0,1 ЕД/кг. соат тезликда юбориш.
- ◆ Икки соат ичида инсулин юбориш, натижа бермаса миқдорини икки баробар кўпайтирилади
- ◆ Гликемия 13-14 ммоль/л.гача пасайганда 5-10% глюкоза томир ичига юборилади. Инсулин юбориш эса тўхтатилмайди.
- Калий миқдорини меъёрига келтириш.
- ◆ Даволаш бошланган сўнг текшириш ўтказилади. Юборгандан сўнг 1 соатдан кейин текширилади, кейин калемия меъёр бўлгунча ҳар 2 соатда текширилади. Қонда калий миқдори юқори бўлса ҳам кўпгина ЮКА бўлган беморларда танқислиги учрайди.
- ◆ Гипогликемияни лаборатор ва ЭКГ белгилари (Т тишча тушиши, U тишчани пайдо бўлиши) ва анурия бўлганда калий хлорид шу заҳоти юборилади.
- ◆ Калийни юбориш калиемия даражасига боғлиқ бўлади.

Қонда калий миқдори ммоль/л	Калий хлорид юбориш тезлиги
3 гача	3
3 – 4	2
4 – 5	1
> 5	Қайта куйишни тўхтатиш

- ◆ ЭКГда гипокалиемия белгилари ва беморда анурия бўлмаса юбориш тезлиги 1,5 г/соат бўлади.
- ◆ Даволаш бошлангандан сўнг, тезкор диагностика қилишнинг иложи бўлмаса (ва анурия ҳолати кузатилмаса) 2 соатдан кечикмасдан 1,5 г/соат тезликда калий юборилади.
- ◆ Гиперкоагуляция меъёрига келтириш. Ҳар 12 соатда 5000 ТБ гепарин юбориш.

БЕМОРНИ ЎРГАТИШ

Беморни «ҚДга чалинган беморлар мактаби»га юбориш керак. Уларни ўқитиш ўтқир асоратлар шу жумладан гиперосмоляр кома келиб чиқиши олдини олади.

МУТАХАССИС МАСЛАҲАТИГА КЎРСАТМА

- Оғир гиперосмоляр синдроми бўлганда эндокринолог кўриги.
- Қўшимча касаллик бўлганда тегишли мутахассисга юбориш (масалан: миокард инфаркти, ёки инсульт).

КЕЙИНГИ ОЛИБ БОРИШ

Метаболик бузилишларни меъёрига келтиришдан сўнг, бемор мутлақо ўзини тиклай олганда гиперосмоляр синдромга олиб келган касалликни назорат қилиш, қанд миқдорини тушурувчи терапия ўтказиш.

ОҚИБАТИ

Гиперосмоляр синдромдан ўлим кўрсаткичи кўшимча касалликлари бўлмаганда 30 – 40% ва интеркуррент хасталиклари бор беморларда 70% ташкил этади.

КОМА

Кома – марказий нерв системасидаги чуқур сўниши натижасида бош мия фаолиятининг ўзгариши ва ташқи таъсирга жавоб реакциясининг бўлмаслиги, ҳамда ҳаётий муҳим аъзолардаги бузилишлар билан кечадиган патологик ҳолат.

ХКК-10: • R40 Сомнолентлик, ступор ва кома

ЭПИДЕМИОЛОГИЯСИ

• Эс – ҳушнинг бузилиши натижасида касалхонанинг реанимация бўлимига тушган беморларнинг 5% дан ортиғига кўп ҳолларда – кома диагнози қўйилади.

ЭС – ҲУШНИНГ ЧУҚУР СЎНИШ ДАРАЖАСИНИ БАҲОЛАШ

Эс – ҳушнинг чуқур сўниш даражаси Глазго шкаласи ёрдамида баҳоланади (жадвал)

Жадвал. Г Л А З Г О Ш К А Л А С И

Кўзнинг очилиши	Баҳо, балл
Спонтан	4
Оғзаки мурожаатга	3
Оғриқ таъсирига	2
Йўқ	1
Ҳаракат реакцияси	
Текширувчининг иккита бармоғингизни кўрсатинг деган илтимосини тўғри бажаради	6
Оғриқни сезади ва уни йўқотишга уринади	5
Оғриқ таъсирида қўл оёқларини тортади	4
Оғриқ таъсирига (билак, тирсак ва бармоқ бўғимларида) патологик эгилиш	3
Оғриқ таъсирига қўл-оёқларнинг патологик ёзилиши	2
Йўқ	1
“Ҳозир қайси йил”?	
саволига оғзаки жавоб:	
Тўғри жавоб беради	5
Нотўғри жавоб беради	4
Сўзларни айтади, лекин йилни айтолмайди	3
Нутқнинг бузилиши	2

Нутқнинг йўқлиги	1
Максимал баҳо	15
Минимал баҳо	3

Глазго шкаласи кўрсаткичи қанча паст бўлса, беморнинг ўлиш эҳтимоли шунчалик юқори бўлади. Кўрсаткич 8 ва ундан юқори бўлса, беморнинг тузалишига имкон бўлади. 8 баллдан кам бўлса, беморнинг ҳаёти ҳавф остида, 3 – 5 балл – асосан ўлим билан тугайди, айниқса, ҳаракатсиз қорачиқлар аниқланган бўлса.

КЛАССИФИКАЦИЯСИ

Аксарият ҳолларда комага шошилишч ёрдамни талаб этувчи гипоксик – ишемик ҳолатлар, камроқ миёда қон айланишининг бузилиши сабаб бўлади.

Бирламчи бош миё ичи шикастланишлари сабаблари

- Бош миё шикастлари (миёнинг лат ейиши, миё ичи гематомаси).
- Миёга қон қуйилиши, миё инфаркти, субарахноидал қон қуйилиши.
- Миё ўсмалари.
- Эпилептик тутқаноқ ёки ундан кейинги ҳолат.
- МНС нинг юқумли касалликлари (менингит, энцефалит, миё абсцесси).

СИСТЕМ КАСАЛЛИКЛАР

- Қон айланишининг бузилиши.
 - ◆ Шок (гиповодемик, кардиоген, анафилактик).
 - ◆ Ўтқир гипертоник энцефалопатия.
 - ◆ Аритмиялар ✦ Тахикардия ✦ Брадикардия ✦ Адамс – Стокс синдроми хуружи.
- Метаболик ўзгаришлар.
 - ◆ Гипоксия.
 - ◆ Қандли диабет ✦ Кетоацидоз ✦ Гипогликемия.
 - ◆ Электролитлар мувозанатининг бузилиши (гипонатриемия, гипер- ёки гипокальцемиё).
 - ◆ Уремия.
 - ◆ Жигар комаси.
 - ◆ Гипотиреоид кома.
- Заҳарланишлар (алкогол, наркотик, дори моддалари).
- Юқумли касалликлар (сепсис, зотилжам).
- Совуқ уриши, офтоб уриши.

ДИАГНОСТИКАСИ

АНАМНЕЗИ

- Тез ёрдам ходимидан, қариндошлари ёки дўстларидан қуйидаги маълумотларни аниқлаш муҳим:
 - ◆ аллергияси бор – йўқлиги;
 - ◆ охириги пайтлардаги ҳолати;
 - ◆ яқин – орада бош миё шикастланишлари бўлганми;

- ◆ кома белгиларининг ривожланиш тезлиги;
- ◆ комага сабаб бўлган омиллар;
- ◆ дори моддаларини суиистеъмол қилиш;
- ◆ тиббий анамнез (инсулт, руҳий касалликлар, қандли диабет, АГ, буйрак – жигар касалликлари, алкоголизм ва эпилепсия);
- ◆ стресс (руҳий зўриқиш) бўлганми, жонига қасд қилганми.
- Наркотик моддалар суиистеъмол қилганига шубҳа бўлса, қуйидагиларни аниқлаш лозим:
 - ◆ гиёҳвандликнинг ашёвий далиллари;
 - ◆ бемор томирига наркотик юборганми – йўқми.

КЎЗДАН КЕЧИРИШ

Кома сабабларини аниқлаш

Қуйида келтирилган **жадвалда** таққослаш орқали кома сабабларини аниқлаш кўрсатилган.

Мия ўзаги функциясининг сақланиши. Мия ўзаги функциясининг сақланганини қуйидагилар билдиради:

- кўз қорачиқларининг ёруғликка сезувчанлиги (мия функцияси сақланганда ёруғликка сезувчанлик бўлади);
- кўз шох пардаси рефлекси (мия ўзаги функцияси сақланганда кўз шох пардаси пахта толаси билан таъсирлантирилганда юқори ва пастки қовоқлар тез юмилади);
- оғрик таъсирига мимик реакция (мия ўзаги функцияси бузилганда чакка суяги ўсимтаси босиб кўрилганда жавоб реакцияси бўлмайди);
- кўз соққаси рефлекси (мия ўзаги функцияси бузилганда бўйин умуртқалари шикастланмаганда бемор бошини чапга – ўнгга бурганда кўз соққалари бошга қарама – қарши томонга ҳаракатланади)

Жадвал. Кома сабабларининг дифференциал диагнози

Белгиси	Команинг сабаблари
Тери қоламлари	
Кўкаришлар, тирналишлар	Бош мия ичи шикастланишлари
Оқарган, нам	Гипогликемия, гиповолемик шок
Қизарган, қурук	Диабетик кома
Кўкимтир	Гиперкапния
Томир юлдузчалари	Жигар комаси, алкоғолдан захарланиш
Сариклик	Жигар комаси
Қип – қизил	Ис газидан захарланиш
Кўл ва оёқларнинг букиладиган юзларида инъекция изларининг бўлиши	Наркотиклар дозаси ошиб кетиши
Терида қичишиш излари	Уремия
Геморрагик тошмалар	Менингококк инфекцияси,

Юз гиперемияси

Тил

Тишлаш излари

Оғиздан келадиган ҳид

Этанол ҳиди

Ацетон ҳиди

Аммиак ёки сийдик ҳиди

Тана ҳарорати

Гипотермия

Гипертермия

Юрак уриши тезлиги

Бўлмачалар фибриляцияси

Брадикардия

Тахикардия

Артериал босим

Артериал гипертензия

Артериал гипотензия

Нафас

Тез, юзаки

Нафаснинг Чейн – Стокс типи

Сийрак нафас

Сийдик ва нажасни тута олмаслик

Қорачик

“Тўғноғич боши” типи, тез торайиши

геморрагик диатезлар

Алкоголдан заҳарланиш, инсулт

Эпилепсия

Алкоголдан заҳарланиш

Диабетик кетоацидотик кома

Уремия

Совуқ қотиш, алкогольдан, барбитуратлардан заҳарланиш, гипогликемия, бош миянинг оғир шикастланиши

Инфекцион касалликлар (менингит, сепсис), бош миянинг оғир шикастланиши, офтоб уриши, субарахноидал қон қуйилиши

Мия томирлари эмболияси натижасида мияда қон айланишининг ўткир бузилиши

АВ – блокада, юрак гликозидларидан заҳарланиш

Юқумли касалликлар, шок аритмия

Геморрагик инсулт, субарахноидал қон қуйилиши, ўткир гипертоник энцефалопатия, уремик кома

Шок (қон кетиши, миокард инфаркти), интоксикация, бош миянинг оғир шикастланиши, диабетик кома

Заҳарланиш, уремия, диабетик кетеацидоз

Бош миянинг оғир шикастланиши

Опиум моддаларини суиистеъмол қилиш

Эпилептик тутқаноқ

Опиум моддаларини истеъмол қилиш

Ёруғликка реакцияси сақланган
ҳолда кўз қорачиқларининг
торайиши
Ассиметрия

Кенгайган

Менингеал белгилар

Кўз тубини текшириш

Кўрув нерви дискининг шиши
венос пульсация пасайиши
Преретинал қон қуйилиши
Экссудатлар, геморрагиялар

Метаболик энцефалопатия

МНС нинг ўчоқли зарарланиши
Мия ичи гипертензияси мия
тиқилишига хос белгилари билан
(ўсма ёки мия абсцесси)

Субарахноидал қон қуйилиши, МНС
инфекцияси

Калла ичи гипертензияси

Субарахноидал қон қуйилиши
Ўткир гипертоник энцефалопатия

Окуло – вестибулар рефлекс (қулоқ пардаси йиртилмаганда) ташқи эшитиш йўлига 200 мл совуқ сув юборилади – шу томонда секин нистагм пайдо бўлиши меъёр реакция ҳисобланади.

ЛАБОРАТОР ВА ИНСТРУМЕНТАЛ ТЕКШИРИШ

- Зарур анализлар.
 - ◆ Қондаги қанд миқдори (гипо ёки гипергликемия).
 - ◆ Қон шакли элементларини санаш (камқонлик, юқумли касалликлар).
 - ◆ Қон зардобдаги мочевина, креатинин, калий, натрий, кальций (СБЕ, электролитлар мувозанатининг бузилиши).
 - ◆ Қондаги жигар трансаминазасининг фаоллик кўрсаткичи (жигар етишмовчилигини аниқлаш).
 - ◆ Артериал қондаги газ таркиби (гипоксия, метаболок ацидоз ёки метанолдан заҳарланиш).
 - ◆ ЭКГ (аритмиялар).
 - ◆ Кўкрак қафасининг рентгенографияси (ўпка тўқимасининг инфильтрацияси).
 - ◆ Бош мия компьютер томографияси (тарқоқ ўсма)
- Текшириш имконият даражасида ўтказилиши керак:
 - ◆ Наркотик моддаларни истеъмол қилинганига шубҳа бўлган ҳолларда қон зардоби ва сийдикда этанол ёки наркотик моддаларни аниқлаш;
 - ◆ Инфекция белгилари бўлганда қонни бактериологик текшириш;
 - ◆ Умуртқанинг бўйин соҳаси жароҳатланганда рентгенография, ЯМР ўтказиш;
 - ◆ Инфекция ёки мияга қон қуйилишига шубҳа бўлса, умуртқа поғонасининг бел соҳасини пункция қилиш, босим ошганлиги белгиларининг йўқлигида бош мия компьютер томографияси ёки ЯМР;
 - ◆ Гипотиреозга шубҳа бўлганда қалқонсимон без гормони анализи.

ДАВОЛАШ

Мақсад. Беморнинг ҳушсиз ҳолати – доимо шошилинч вазият ҳисобланиб, унга тезда ёрдам кўрсатиш, команинг этиологиясини аниқлаш, кейин эса асосий касалликни даволашга ўтиш керак.

Шифохонага ётқизишга кўрсатма. Ҳушдан кетган барча беморлар шошилинч равишда тегишли реанимация бўлимларига ётқизилишлари лозим.

Шошилинч тадбирлар

- Нафас ва нафас олиш йўллари ҳолатини баҳолаш:
 - ◆ Нафас олиш йўллари тозалаш;
 - ◆ Бош ва бўйин соҳаси жароҳатланган бўлса, умуртқанинг бўйин соҳаси иммобилизация қилинади;
 - ◆ Ён бош билан ётиш ҳолати нафас йўллариинг ўтказувчанлигини сақлаб қолади;
 - ◆ Ўпка вентиляциясини қўлда ишлатидиган аппаратлар ва 100 % ли кислород билан ўтказилади;
 - ◆ Интубация зарурлиги кўриб чиқилади;
- Қон айланиш ҳолатини баҳолаш:
 - ◆ Гиповолемиа ёки аритмияни даволаш;
 - ◆ Венага дори юборишга яхши шароит яратиш ва марказий веноз босимининг мони-торингини кўриб чиқиш;
 - ◆ Пульснинг йўқлиги – реанимация тадбирларини ўтказиш учун кўрсатма (сунъий нафас бериш, юракни массаж қилиш, агар натижа бермаса, беморни интубация қилиш, ўпкани сунъий вентиляция ва дефибрилляция қилиш);
- Гипогликемия белгиларининг бор йўқлигига аҳамият бериш:
 - ◆ Синама қоғозчалар ёрдамида ёки капилляр қон зардобадаги қанд миқдорини аниқлаш;
 - ◆ Агар беморда гипогликемия белгилари бўлса, бунда 20-50 мл 50 % ли глюкоза эритмасини венага юбориш билан синама ўтказилади;
 - ◆ Қандли диабет бор беморларнинг қонида глюкоза миқдори меъёрга бўлганида ҳам, гипогликемия белгилари ривожланиши мумкин.
- Алкоголизм билан оғриган ёки етарлича овқат истеъмол қилмайдиган беморларга тиамин венага 100 мг юборилади.
- Эпилептик статусда ташхис қўйиш зарур.
 - ◆ Эпилептик статусда лоразепам 0,1 мг/кг 2 мг/ мин тезликда юборилади (белгилари тезроқ йўқотади). Муқобил дори моддалардан диазепам 10мг.дозада венага юборилади.
 - ◆ Эпилептик тутқаноқнинг объектив белгилари ўзгарган бўлишини ҳам унутмаслик керак. Қўл – оёқ, оғиз ва кўзнинг тортишишига аҳамият бериш зарур. Ҳар беш бемордан биттасида, кома сабаби эпилептик тутқаноқ бўлган ҳолларда текширилганда хуруж аниқланмаслиги мумкин.
- Гипотермия давоси иситилган ва 44⁰С ли намланган кислороднинг ингаляцияси, венага иситилган суюқликларни 1 л натрий хлор миқдорида юбориш. Шунингдек қоғоз, сув ўтказмайдиган материаллар ёрдамида компресс қилиб ўраб қўйиш қўлланилади.

- Наркотик аналгетиклар истеъмол қилинганига шубҳа бўлганда налоксон 400 мкг мушакка, 400 мкг венага юборилади.
- Заҳарланганда ёки заҳарланишга шубҳа бўлганда ошқозонни ювиш ўтказилади.
- Узоқ комада зондли ёки парентерал овқатлантириш, болдир чуқур вена томирларининг тромбозини олдини олиш, кўз шох пардасининг ҳимояси, оғиз бўшлиғи гигиенасига риоя қилиш.

Бемор комадан чиқгач параллел равишда унга сабаб бўлган касалликларни даволаш лозим.

Хирургик даво. Мия ичи гематомасида, субарахноидал қон қуйилишида, ўсмаларда ёки мия абсцессидида қўлланилади.

Кейинги кузатиш. Беморнинг эс-ҳуши тиклангандан сўнг асосий касаллигини даволаш учун тегишли бўлимга ўтказилади.

ПРОГНОЗИ

Травма билан боғлиқ бўлмаган сабаблар

- Аксарият ҳолларда: яқин ҳафта мобайнида – 64 %, яқин йил мобайнида 88% беморлар вафот этади.
- Нохуш прогнозга олиб келувчи омиллар ✦ Команинг учинчи кунда Глазго шкаласи бўйича баҳоланганда ҳаракат реакцияси аниқланмайди ✦ Команинг учинчи кун кўз қорачиғи реакцияси аниқланмайди ✦ Еттинчи кунда электроэнцефалограммада тўғри чизик ёки «ялтиллаш аниқланмайди» ✦ Комадан 1 ҳафта кейин миянинг соматосенсор таъсирларга реакцияси бўлмайди.

Травматик сабаблар

- Йил мобайнида ўлим билан тугаш ҳоллари 25 % ни ташкил қилади.
- Ноқулай прогнозтик омиллари ✦ бош мия гематомаси (КТ ЯМР га асосан) ✦ кўз қорачиғи реакциясининг йўқлиги ✦ мўйсафид ёш ✦ Глазго шкаласи бўйича паст балл ✦ оғир травматик шикастланиш.

КАРДИОГЕН ШОК

Кардиоген шок - юрак зарб ҳажмининг тўсатдан камайиши ҳисобига пайдо бўлади.

Этиологияси • Тож томирларининг кўп тармоқлари зарарланиши оқибатида тарқалган инфаркт миокардида кузатилади. Шок миокард тўқимасининг 40% қисми зарарланган беморларнинг 5-20% да учрайди • Бошқа сабаблар ✦ Ўткир миокардит ✦ Яққол ривожланган ўткир аортал ёки митрал стеноз ✦ Яққол ривожланган ўткир аортал ёки митрал етишмовчилик ✦ Қоринчалараро тўсиқ ёрилиши ✦ Аритмиялар

Хавфли омиллар • Кекса ёш • Чап қоринча юрак зарб ҳажмининг меъёрдан кам бўлиши (ЭхоКГ кўрсаткичи бўйича) • Тарқалган миокард инфаркти (ЭКГ белгилари бўйича 8-9 тармоқларда миокард инфарктига хос ўзгаришлар: ЭхоКГ да катта соҳада акинезия белгилари • Анамнезида МИ • ҚД.

Патогенези. Миокард қисқариш фаолиятининг оғир бузилиши бўлиб, унда кучайиб боровчи ишемиянинг қўшилиши жараёни яна ҳам мураккаблаштиради.

- Юрак зарб ҳажмининг камайиши ва ҚБнинг пасайиши симпатик асаб тизимини фаоллашувига ва миокард қисқариши кўпайишига олиб келади, натижада унинг кислородга бўлган эҳтиёжи ошади.
- Буйракда қон айланишининг камайиши ва организмдаги умумий айланиб юрувчи қон ҳажмининг ошиши туфайли танада суюқлик ушланиб қолади. Бу юрак зўриқишига, ўпка шишига ва гипоксемияга олиб келади.
- Вазоконструкция натижасида умумий периферик қон томирлар қаршилиги ошади.
- Миокард чап қоринчасининг тўлишиши ва кенгайишининг камайиши натижасида диастолик бўшаниш бузилади, бу ўз навбатида чап бўлмачадаги босимнинг ошишига, ўпкада қон димланишига сабаб бўлади.
- Узоқ вақт давомида аъзо ва тўқималарни гипоперфузияси натижасида метаболик ацидознинг ривожланиши кузатилади.

КЛИНИК МАНЗАРАСИ

- Артериал гипотензия – систолик қон босим 90 мм сим.уст кам ёки 30 мин ва ундан кўп вақт давомида меъерий артериал босим кўрсаткичдан 30 мм сим.уст гача ва ундан паст бўлиши. Юрак индекси 1.8-2.0л/мин/мкв² дан кам бўлиши
 - Периферик перфузиянинг бузилиши
 - ◆ Буйракларда – олигоурия
 - ◆ Терида - рангпарлик, намликнинг ортиши
 - ◆ МНС зўриқиш, сопор.
 - Чап қоринча етишмовчилиги натижасида ўпка шишининг кузатилиши.
- Бемор умумий текширилганда қўл ва оёқларининг совуқлиги, ҳушнинг бузилиши, артериал гипотензия (ўртача қон босим 50-60 мм. сим. устан паст) тахикардия, юрак тонларининг бўғиқлашиши, олигоурия (20 мл/миндан кам) аниқланади. Аускультацияда баъзан нам хириллашлар эшитилади.

МАХСУС ТЕКШИРУВ УСУЛЛАРИ

- Суон-Ганц катетрини марказий гемодинамикани назорат қилиш мақсадида қуйиш, юрак зарб ҳажмини инвазив ёки ЭхоКГ орқали аниқлаш.
 - Артериовеноз фарқни кислород бўйича 5,5 мл% дан ортиқ бўлиши
- Диагностика.** Артериал гипотензияни бошқа сабабларини инкор қилиш: гиповолемия, вазовагал реакцияси, электролит бузилишлар (масалан гипонатриемия) дори воситаларнинг ножўя таъсири, аритмиялар (масалан қоринчалар усти ва қоринчалар пароксизмал тахикардияси)

ДАВОЛАШ

Шошилиш ҳолатда зудлик билан даволаш чора тадбирларининг асосий мақсади қон босимини оширишдир.

Дорилар билан даволаш. Қуйидаги дори воситалари (махсус дозатор ёрдамида юбориш мақсадга мувофиқдир) ёрдамида АБ доимий назорат қилинади

- Добутамин (инотроп ва минимал мусбат хронотроп самарали селектив В1-адреномиметик 2,5-10 мкг/кг/мин дозада
- Допамин (нисбатан юқори мусбат хронотроп самарага эга, у юрак қисқаришлар сони ва миокардни кислородга бўлган эҳтиёжини ошириши натижасида миокард ишемиясини камайтиради) 2-10

мкг/кг/мин миқдорда ҳар 2-5 мин давомида 20-50 мкг/кг/мин миқдорини секин-аста ошириш билан буюрилади • Норэпинефрин 2-4 мкг/мин (15 мкг/мин гача) миқдорда буюрилади, у миокард қисқарувчанлигини ошириб, умумий периферик қон томирлар қаршилигини ортиши ва миокард ишемия соҳасининг камайишини таъминлайди.

Аорта ичи балонли контрапульсацияси (қонни аортага диастола вақтида насос ёрдамида механик юбориш - унинг натижасида тож артерияларида қон оқимини ортишига олиб келинади). Бу усул кардиоген шокни дори воситалар билан даволаш самарасизлигида ва уни амалга ошириш учун ускуналар бўлганда бажарилади.

Тери орқали транслюминал коронар ангиопластика ёрдамида инфарктдан сўнг биринчи 4-8 соат ичида тож артериялар ўтказувчанлиги тикланади. У нафақат миокардни инфарктдан сақлайди балки кардиоген шокнинг бошқа патогенетик механизмларини бартараф этади.

Кузатув. Кардиоген шокда қон босимни, юрак уриши, диурез (сийдик қопада доимий катетр), ўпка капиллярларидаги босимни (ўпка артериясида катетр билан) шунингдек ЭхоКГ ёки радионуклеид ангиография усули ёрдамида юрак зарб ҳажми назорат қилинади.

Прогнози. Кардиоген шокдан ўлим 50-90%ни ташкил этади.

ХКК-10 • P57.0 Кардиоген шок.

ЎПКА ШИШИ

Ўпка шиши – кичик қон айланиши доирасида қоннинг суюқ қисмини чиқиши натижасида интерстициал тўқимага ва ўпка альвеолаларига сув тўпланиши. Ўпка шиши интерстициал ва альвеоляр турларга бўлинади ва бу жараённи 2 та босқич сифатида қараш мумкин:

- Интерстициал ўпка шиши – альвеолаларга трансудат суюқлиги ажралмасдан олдинги босқич. Клиникасида ҳансираш ва балғамсиз йўтал кузатилади. Жараён кучайиб бориши альвеоляр шишга олиб келади.
- Альвеоляр ўпка шиши қон плазмасининг альвеола бўшлиғига шимилиши билан характерланади. Беморларда кўпикли балғам билан йўтал, бўғилиш, касаллик бошланғич даврида ўпкада қуруқ, сўнгра нам хириллашлар эшитилади.

ХКК - 10 128.8. Бошқа ўпка-юрак етишмовчилигининг аниқланган турлари ♦ **127.9.** Аниқланмаган ўпка-юрак етишмовчилиги.

АСОСИЙ ҲОЛАТЛАР

- Кислород, морфин, нитратларнинг аэрозоль тури ва фуросемид барча тез тиббий ёрдам кўрсатиш станцияларда бўлиши ва қўлланилиши шарт.
- Ўпка вентиляциясини яхшиловчи ва унда доимий мусбат босим ҳо қилувчи аппарат ҳамда инфузия мақсадида вена ичига юборилувчи нитратлар барча шошилиш кардиология даволаш муассасаларида бўлиши зарур.
- Нитратлар – миокард инфарктини даволашда танлов препарати ҳисобланади, фуросемид сурункали юрак етишмовчилигида қўлланилса, ангушопагули препаратларини ёки β-адреноблокаторлари - БФ қўлланилади.

САБАБЛАРИ

- Ўткир чап қоринча етишмовчилиги (ишемия ва миокард инфаркти, АГ) ва клапанлар зарарланиши натижасида капиллярларда босимни ошиши кузатилади. Бу эса ўз навбатида ўпка шишига олиб келади.
- Альвеоляр мембрана ўтказувчанлигини токсинлар таъсирида ошиши, пневмонияда, панкреатитда кузатилади. Натижада катталарда респиратор дистресс-синдром ривожланади.
- Бўлмачалар фибриляцияси ва бошқа тахиаритмиялар сабаб бўлади.

КЛИНИК МАНЗАРАСИ ВА ДИАГНОСТИКАСИ

- Яққол ҳансираш, тахипноэ, бетоқатлик ва хушнинг хиралашуви.
- Нам майда пуфакчали хириллашлар. Асосий белгиси бронхоспазм («юрак астмаси») бўлиши мумкин.
- Синусли тахикардия, тахиаритмия (брадикардия камдан- кам ҳолларда бирламчи чап қоринча етишмовчилигини асосий сабаби бўлади).
- Цианоз, оқариш, кўп терлаш.
- Кўкрак қафаси аъзолари рентгенографиясида ўзига хос ўзгаришлар аниқланади: сурункали юрак етишмовчилиги декомпенсация даврида кўпчилик белгилар ёки ўткир ҳолатларда фақатгина «учар кўршапалак» белгиси ўпка илдизи соҳасида кўринади.
- ЭКГда чап қоринча гипертрофияси, ишемия ва миокард инфаркти, тахиаритмия белгилари бўлиши мумкин.
- Артериал рО₂ 8 кПадан паст ёки қонни кислородга тўйиниши 90% дан кам.
- ЭхоКГ да чап қоринча деворини гипокинезияси аниқланади.
- Дифференциал диагностика – пневмония, аспирация, эмболия бронхиал астма ва ЎСОК сурункали юрак етишмовчиликлари хасталиги билан ўтказилади.

БИРИНЧИ ЁРДАМ

Қуйидаги кўрсаткичларни меъёрига келтириш зарур.

- Юрак уришини секинлаштириш – морфин юборилиб оғриқ ва қўзғалиш бартараф этилади.
- Оксигенация – доимий мусбат босимни ушлаб туриш учун имконият борича ЎСВ аппаратидан фойдаланиш (сатурация даражасини 90% дан юқорида ушлаб туриши зарур).
- Қонда Нв-меъёрий концентрация 120-130г/л;
- Қон босимини кўрсатма бўлганда вена ичига нитратлар (нитропруссид) юбориш ёрдамида пасайтириш.
- Бўлмачалар фибриляциясини ангишвонагул препарати ва β-адреноблокаторлар ёрдамида бартараф этиш зарур. Критик ҳолатларда кардиоверсия ўтказилади.
- Нафас ЎСВ аппарати ёрдамида ушлаб турилади.
- Оғир ҳолатларда юрак зарб ҳажми допамин ва добутамин юбориш ёрдамида яхшиланади.

ДАВОЛАШ БЕМОРНИ ҲОЛАТИ

Яхшироқ ҳолат – ўтирган (шок йўқлиги)

СЕДАТАЦИЯ

- Морфин 6-8 мг. вена ичига. Зарурат бўлганда препарат бир неча марта умумий дозаси 16-20 мг. га етгунча юборилади. Юзаки нафас препаратнинг дозаси ошганлигини кўрсатади.

НАФАС ОЛИШ

- Оксигенотерапия 8 л/мин. ҳажмда ниқоб орқали.
- Яққол ҳансираш – ЎСВ аппарати ёрдамида доимий ижобий босимни ушлаб туриш.
- 200 мг. теофиллинни венага секин юбориб, (камида 5 минут давомида) бронхоспазмни бартараф этиш.

НИТРАТЛАР ИНФУЗИЯСИ

- Нитратларни томир ичига юборишга тайёргарлик даврида беморга бир неча марта нитратлар аэрозоли ингаляция қилинади.
- Вена ичига нитратларни юбориш миокард инфаркти билан боғлиқ бўлган ҳолдаги ўпка шишида асосий кўрсатма ҳисобланади: улар юракка тушадиган олдинги ва кейинги зўриқишни камайтиради. Инфузияни махсус дозатор ёрдамида бажариш зарур.
- Систолик қон босимни 100 мм. сим. уст дан юқори даражада ушлаб туриш керак. Қон босими ундан пасайганда допамин (ёки добутамин) юборилади.
- Қон босими кескин тушиши кўпинча сувсизланган беморларда кузатилади. Бундай ҳолатда тезкор инфузия ёрдамида қон босим ушлаб турилади.
- Дастлабки юбориладиган доза унча катта бўлмаслиги лозим: бир минутда таркибида 10 мг. модда сақловчи 100 мл. эритмадан 4 томчидан (ёки соатига 12 мл.). Юбориладиган доза ҳар 5-10 минутда бошқариб турилиши ва бунда систолик босим 90 мм. симоб устуни даражасида бўлмоғи керак. Дастлабки қон босими меъёрида бўлган беморларда уни 20 мм. симоб устунигача тушуриш зарур.
- Вена ичига инфузия қилиш имконияти бўлмаган ҳолатларда нитратлар аэрозолидан фойдаланиш мумкин.

ДИУРЕТИКЛАР

- Кўпинча суюқлик кўпайиши ҳисобига кузатиладиган сурункали юрак етишмовчилигининг оғир ҳоллари кўрсатма ҳисобланади. Юқори қон босимли беморларни диуретиклар билан даволаш хавфсиздир.
- Фуросемид 20 мг. вена ичига. Зарурат бўлганда дозани 60 мг. гача кўпайтириш мумкин.

- Диуретикларни кўп ва узоқ муддат қўлланилиши гиповолемия, тахикардия ва юрак зарб ҳажмини тушиб кетишига олиб келади.

ЮРАК ГЛИКОЗИДЛАРИ ВА β -АДРЕНОБЛОКАТОРЛАР

- Тахисистолик бўлмачалар фибриляциясида ва суправентрикуляр тахикардиянинг ҳамма турларида кўрсатма ҳисобланади.
- Миқдор: дигоксин вена ичига 0,25 мг. кейинчалик 0,125 мг. (1 соат оралиқ) сўнг умумий миқдор 0,75 мг.гача кўпайтирилади
- Юрак гликозидларининг самадорлиги аста-секин кузатилади. Тез самарадорликка эришиш учун кўшимча β - адреноблокаторлар берилади. Метапролол 5 мг. +5 мг.+5 мг. 10 минут оралиқ билан альтернатив препарат эсмалол – ультра қисқа организмдан чиқиш даврига эга.

ДОПАМИН ВА ДОБУТАМИН

- Оғир атрериал гипотензияда қўлланилади.
- Допамин 1 томчи миқдори: 4 мкг/кг/мин (70 кг тана вазнига 6 томчи минутига) зарур ҳолатларда минутига 15 томчигача ошириш мумкин)
- Допаминни қўллашда камчилигини ёдда тутиш зарур: у миокард зўриқишини оширади.

КЕЙИНГИ ОЛИБ БОРИШ

- Биринчи ёрдамдан сўнг бемор кардиология бўлимига ўтказилади.
- Даволашни доимо этиотроп терапия йуналишида олиб бориш мақсадга мувофиқдир.
- Сабаби номаълум бўлган ҳар қандай ўпка шишида ЭхоКГ тушириш лозим.

ГАСТРОДУОДЕНАЛ ҚОН КЕТИШ

Гастродуоденал қон кетиш - ошқозон ва 12 бармоқли ичак бўшлиғидан қон кетиши тушунилади.

Сабаблари • Яра касаллиги –71,2% • Қизилўнгач веналарининг варикоз кенгайиши –10,6% • Геморрагик гастрит –3,9% • Ошқозон раки ва лейомиомаси – 2,9% • Бошқа сабаблар: Меллори-Вейсс синдроми, диафрагма қизилўнгач тешиги чурраси, жароҳат ва куйишлар –10,4%.

Классификацияси • Этиологияси буйича классификацияси ♦ Ярадан қон кетиш: ♦ Сурункали ярадан (каллёз ва пенетрацияланувчи) қон кетиш ♦ Ошқозон – ичак анастомозларининг пептик яраси ♦ Дори воситалар (салицилатлар ва стероид гармонлар) ва токсик моддаларни ошқозон ва ичак шиллиқ қаватига таъсири натижасида юзага келадиган ўткир яралар, стресс натижасида юзага келадиган яралар (куйиш, травма, кардиоген, психик шок), бошқа систем касалликларда (атеросклероз, гипертония касаллиги, капиляротоксикоз, лейкоз, жигар циррози, уремия ва бошқалар), эндокрин яралар (Золингер-Эллисон синдроми, гиперпаратериоз) ♦ Яра бўлмаган ҳолатларда: ♦ Портал гипертензия натижасида

кузатиладиган ошқозон ва қизилўнғач веналарининг варикоз кенгайиши ♦ Диафрагма қизилўнғач тешигининг қиған чурраси ♦ Меллори Вейсс синдроми (қизилўнғач ўтиш қисмини ёрилиши) ♦ Геморрагик эрозив гастрит ♦ Ошқозон ва ичакни хавфли ва хавфсиз ўсмалари ♦ Ошқозон ва ичак тизими дивертикули ♦ Ошқозонни кимёвий куйиши ♦ Ошқозон ва ичак ёғ таначалари • Қон кетиш жойлашиши бўйича: ошқозон, қизилўнғач, 12 бармоқли ичакдан қон кетиш турлари фарқланади • Клиник кечиши бўйича: давом этувчи, тўхтайдиган, қайталовчи бўлади.

Клиник манзараси • Анамнез. Ошқозон 12 бармоқли ичак, қон ва жигарнинг сурункали касалликлари • Ҳолсизлик, бош айланиши, уйқучанлик, хушни бузилиши, тез-тез чанқаш, тоза қон ёки кофе куйқасига ўхшаш қонли қусиш, нажасни қора келиши • Объектив белгилари: Тери ва кўринарли шиллик қаватлар рангпар, тил қуруқ, тез ва юмшоқ пульс, қон кетиш бошланганда қон босими кўтарилиши, сўнг меъёрашиши. Кўп қон кетганда пульс тезлашиши, қон босими пасайиши. МВБ эрта босқичиданоқ пасайиши. Нажасни қора бўлиши кузатилади • Лаборатор белгилари: биринчи 2-4 соатда Нв нисбатан ошиб сўнг камаяди. Нв ва Нt пасайиши қон кетиш давомийлигига қараб бўлади, қон кетиши ошган сари умумий айланаётган қон ҳажми ҳам камаяди • ФЭГДС: тўхтаган қон кетишдан сўнг қон кетиш сабабини кўриш уни характерини, қон кетиш қайталаниши хавфи ҳақида баҳо беради • Радионуклид текшириш – қонга зардоб альбумин (йод радиоактив изотопи ёки технеция) юбориб қон кетиш соҳасини радиоактив текширишдан иборат. Бу усулни ўтказиш фақат давомли яширин қон кетишда кўрсатма ҳисобланади.

ДАВОЛАШ

Операциядан олдинги даволаш чора-тадбирлар • Хирургик шифохона (бўлимга) беморларни шошилиш равишда ётқизиш. Улар ётган ҳолда замбилда олиб юрилади • Копмлекс гемостатик терапия ♦ Инфузион ♦ Аминокапрон кислота – 5% -200 мл эритма ♦ Этамзилат – 250мг. вена ичига ♦ Кальций хлорид ёки глюканат –10% ли 10 мл эритма вена ичига ♦ Фибриноген –1-2 гр. 0,9% ли 250 мл натрий хлорид ♦ Натрий менадион бисульфат 3 мл –1% ли эритма мускул орасига ♦ Маҳаллий ♦ Эпигастрал соҳага совуқ сув қуйиш ♦ Ошқозонни совуқ сув билан ювиш ♦ Варикоз кенгайган қизилўнғач веналаридан қон кетганда Сенгстакен-Блеймор зондини ошқозонга эпинефрин ёки норэпинефрин (0,1% -4мл эритма) 100-150мл 5% аминокапрон кислота эритмаси юборилади (ёки 1 ош қошиқ аралашма ҳар 15 минутда ичишга буюрилади) ♦ Даволаш эндоскопияси. Яра атрофига 0,1%. эпинефрин эритмаси ёки норэпинефрин эритмасини юбориш, электрокоагуляция, метал клипс ёрдамида томирни тикиш, МК № 6,7,8 тиббиёт елими апликацияси ♦ Селдингер бўйича сон артерияси орқали сунъий эмболни суперселектив юбориш туфайли қон кетаётган томирни эндоваскуляр эмболизация қилиш • Сув бузилишини коррекция қилиш.ва мувозанатини тиклаш ♦ Қон ва қонни ўрнини босувчи компонентлар қуйиш: Организмдаги айланиб юрувчи қон 60-80% етишмаслигида, натив плазма, қуруқ музлатилган 200-800 мл, декстранлар, альбумин, протеин, кристаллоидлар ♦ Гемодинамикани турғунлаштириш ♦

Метаболик ацидозни бартараф этиш – натрий гидрокарбонат (200мл –4% ли эритма) ♦ Миоциркуляцияни тиклаш –реополиглюкин 400 мл

вена ичига, ентоксифиллин 5-15мл –0,9% ли 250 мл натрий хлорид эритмаси билан

- Ярага қарши терапия: яра касаллигида этиотроп даволаш ва қон кетишни бошқа турларида стресс туфайли кузатиладиган яралар профилактикаси. Антацидлар, гистамин H₂ рецепторларини блокаторлари (фамотидин ва бошқалар), протон помпа ингибиторлари (лансопрозол, омепразол) буюрилади
- ЭГДФС белгилари ёки зондли синама: бемор ошқозонига зонд юбориб, ошқозондан тоза сув чиққунича ювилади, бу эса қон тўхтагани ҳақида маълумот беради. Ошқозонни узок муддат ювиш орқали тоза сув чиқишга эришилмаса ва бу сувда янги қон аниқланиши қон кетиш давом этаётганидан далолат беради. Ошқозонни тоза бўлгунича ювиш имкони бўлса ундан сўнг динамик кузатиш мақсадида ингичка зонд қолдирилади. Зонд орқали янги қон ажралиши қайта қон кетаётганлиги белгисидир.

ХИРУРГИК ДАВОЛАШ

- Операцияга кўрсатма ♦ Шошилиш операция шифохонага ётқизилгандан сўнг 2 соат ичида бажарилади: II-III оғирлик даражада қон кетиш, эндоскопик гемостаз самара бермаганда, қон кетиш қайталанганда ♦ Тезкор операция – эндоскопик кўрсаткичлари бўйича қайта қон кетиш хавфи юқори даражада бўлган беморларда бажарилади ♦ Режали операция бемор ҳолати яхшиланганда нисбатан ва қон кетиш кузатилмаган ҳолларда ҳамда оператив даволанишга кўрсатма бўлганда (12 бармоқли ичак яра касаллигида хирургик коррекция талаб қилувчи асоратлар бўлганида) бажарилади ♦ Оғирлиги IV даражада бўлган беморларга шошилиш реанимация тиббий ёрдами кўрсатилиши зарур ва қон кетишни II-III оғирлик даражасига гемодинамика тикланганида шошилиш операция бажарилади (пульс минутига 120-130 та, қон босим 60-80 мм. сим.уст) Операцияга тайёргарлик чоратадбирларига комплекс консерватив даволаш усуллари киради (асосан волемик бузилиш ва метаболик ацидозни даволаш).

- Операция мақсади – ишонарли гемостазга эришишдир. Иложи борича оператив аралашувни патогенетик жиҳатдан асослаб бажариш лозим: ошқозон резекцияси (яра ва ўсма касаллигида) ёки 12 бармоқли ичак яра касаллигида ваготомия қилинади.

- Операция услуги ♦ Бемор аҳволи қанча ёмон бўлса, шунча травматик таъсири камроқ бўлиши лозим ♦ Ошқозон ва 12 бармоқли ичак яра касаллиги туфайли қон кетиш олдинги деворда ўта оғир даражада бўлса кесиб ташланади. Орқа деворида бўлганида тикиб қўйилади. Қон кетишни қайталаниши 20-30% ҳолатда кузатилади ♦ Ошқозон ва 12 бармоқли ичак яра касаллигида қон кетиш кузатилаётганда бемор аҳволига қараб (қон босим 100 мм сим.уст.) ярани олиб ташлаш билан ваготомия ва пилоропластика қилиш мумкин ♦ Меллори-Вейс синдромида гастротомия ўтказилиб, дефект тикилади ♦ Ошқозон кардиал қисми ва қизилўнғач кенгайган веналардан қон кетишда шиллиқ қават томонида веналар занжирсимон чок билан тикилади ♦ Ошқозон ўсмасидан қон кетиш радикал ёки паллиатив (метастаз бўлганда) резекцияга ёки гастрэктомияга кўрсатма бўлади.

• Операциядан кейин беморни кузатиш қон кетиш даражаси, операция ҳажми ва ёндош касалликларни ҳисобга олган ҳолда олиб борилади ♦ Беморлар реанимация ёки интенсив терапия бўлимида бўладилар ♦ Ётоқ режим анемия ва операция ҳажмини ҳисобга олган ҳолда белгиланиб, бу ўртача 4-5 кунни ташкил этади ♦ Интенсив терапия ҳажми умумий айланаётган қон етишмовчилигига боғлиқ (асосан 1 кунда 3000-4000 мл ни ташкил қилиб, кейинги 5 кун ичида 1,5-2л гача камаяди) ♦ Гемотрансфузия миқдори анемия даражасига боғлиқ ҳолда бажарилади. Ҳар куни 200-400 мл плазма, протеин, альбумин, 400 мл реополиглюкин, 5 мл пентоксифиллин, кристаллоидлар (5% ли глюкоза эритмаси, Рингер – Локк эритмаси, витамин С, В менадион натрий бисульфат) юборилади ♦ Ярага қарши терапия давом эттирилади. Яра касаллигида Н рuloгi га қарши этиотроп терапия ўтказилади (амоксициллин, метронидозол) ва уни умумий амалиёт ваърачи назорати остида шифохонадан чиққандан сўнг ҳам давом эттириш лозим ♦ Организмда айланиб юрувчи қон ҳамда марказий веноз босим етишмовчилигида биохимик қон ва сийдикдаги кўрсаткичларни ҳисобга олган ҳолда инфузион терапия ҳажми ва таркиби белгиланади ♦ Беморда анемия кузатилиши инфекцион жараёнлар ривожланишига сабаб бўлса, бундай беморларга антибиотик билан даво ўтказиш талаб қилинади ♦ Мейленграхт диетаси операция бўлмаган беморларга шифохонага келганда бир кундан сўнг қон кетишини тўхтатиш мақсадида буюрилади. Операциядан кейинги 4-5 кун №1 Б парҳез , 2 чи ҳафтасида №1 парҳез буюрилади ♦ Ошқозон ювилгандан сўнг зонд 2 – 3 чи куни уни қисқариши тиклангач олиб ташланади. 2 -3 кундан сўнг ичакда қолиб кетган қон туфайли интоксикация ривожланиши мумкин, буни олдини олиш мақсадида тозаловчи клизма қилинади.

Реабилитация • 6-8 ой давомида жимоний тартиб ва парҳезга риоя қилиш керак • Гастродуоденал ярадан қон кетишда операциядан сўнг 6 ой давомида қайта ривожланиш эҳтимолига қарши назорат текширувлари ўтказилиб турилиши лозим. Яра касаллигини консерватив даволашда асоратлар кузатилиши режали операцияга кўрсатма ҳисобланади.

ХКК –10 • К25 Ошқозон яраси • **К26 12** бармоқли ичак яра касаллиги • **К28** Гастросюнал яра касаллиги • **К92.1** Мелена • **К 92.2** Сабаби аниқланмаган ошқозон ичакдан қон кетиш.

ГИПЕРТОНИК КРИЗ

Гипертония касаллигининг кечишида тахминан ҳар учинчи беморда гипертоник криз ривожланади. Айрим беморларда кризлар касалликнинг ягона белгиси бўлиб намоён бўлади.

Гипертоник кризлар ривожланишига олиб келувчи омиллар: •
 Психоэмоционал стресс • Метеорологик ўзгариш • Туз ва суюқликларни кўп миқдорда истеъмол қилиш.

АБ бирданига кўтарилиш эҳтимоли бўлган ҳолатлар: • Феохромацитома • Ўткир гломерулонефрит • Ҳомиладорлик эклампсияси • Операциядан олдинги ва кейинги кризлар (масалан, буйрак трансплантацияси аортокоронар шунтлаш ва

бошқалар) • Бириктирувчи тўқима диффуз касалликлари ва гипертонияни буйрақлар касалликлари билан қўшилиб келишида (буйракли криз)
 • Наркотик воситалар қабул қилиниши (кокаин) • Бош мия шикастланиши • Оғир куйишлар • Бурундан қон кетиши • Антигипертензив давонинг тўсатдан тўхталиши.

Гипертоник криз кечиши: асоратсиз, асоратли.

ГИПЕРТОНИК КРИЗ АСОРАТЛАРИ

- Цереброваскуляр (геморрагик ёки ишемик инсульт, субарахноидал қон куйилиш, гипертоник энцефалопатия мия шиши билан)
- Кардиал (ўткир ўнг қоринча етишмовчилиги, ўткир миокард инфаркти, қаватланувчи аорта аневризмаси)
- Буйрак (гематурия, кам ҳолларда протеинурия, эритроцитурия ва ўткир буйрак етишмовчилиги)
- Кўз (оғир ретинопатия)

ДАВОЛАШ

- Асоратсиз ёки белгисиз кечишида (белгиларсиз ёки нишон-аъзолар шикастланишини авжланиб бориши) даволаш мақсади артериал қон босимни бир неча минутдан 1 соат ичида 25% га, кейинчалик 160/100 мм сим.устунигача тушириш. Шифохонага ётқизиш шарт эмас. Асоратсиз гипертоник кризни бартараф этишда қўлланилади: клонидин, клофиллин, перорал, каптоприл, нифедипин тил остига.
- Асоратлар пайдо бўлган беморлар шифохонага ётқизилади. Шифохонагача бўлган босқичда антигипертензив даво лазикс, эналаприл, ва бошқалар парентерал ва бошқалар юборилади.

ПАРОКСИЗМАЛ АНТРИОВЕНТРИКУЛЯР ТУГУНЛИ РЕЦИПРОК ТАХИКАРДИЯ

Пароксизмал антриовентрикуляр тугунли реципрок тахикардия (ПАВТРТ) – АВ тугунида re-entrancy фаолият юритиши оқибатида бирдан бошланувчи ва тўхтовчи тахикардия хуружлари. Пароксизмлар турли ёшларда пайдо бўлиши мумкин. Морфологик асос – АВ тугунда бир неча ўтказувчи йўлларнинг борлиги, улар турли хил электрофизиологик хусусиятларга эга эканлиги • α - йўл (канал) – секин, қисқа эффе́ктив рефрактер даврга эга (ЭРД), АВ-тугуннинг пастки ва орқа қисмида жойлашади • β - йўл –тез, узун ЭРД, АВ-тугуннинг юқори ва орқа қисмида жойлашади.

Классификацияси • Типик (секин-тез, slow-fast) ПАВТРТ • Атипик тез-секин (slow-fast) ПАВТРТ.

Этиологияси. Тугма мойиллик. Пароксизм ривожланишини кучайтирувчи омиллар – психоэмоционал стресс, физик активлик, алкоголь истеъмол қилиш.

Патогенези • Типик (секин-тез, slow-fast) ПАВТРТ – импульс қоринчадан секин α - йўли бўйича чиқади, тез β - канал бўйича бўлмачага қайтади
 ◆ Айрим ҳолларда α - йўл антероград, β - йўл антероград ва ретроград, антероград ЭРД β -канални антероград ЭРД α -каналига нисбатан кўп • Атипик тез-секин (slow-fast) ПАВТРТ қоринчаларга импульс β йўл орқали тез ўтади ва бўлмачаларга α -каналчалари бўйича секин қайтади
 ◆ Керакли шароитда А ва В-йўллари ҳам антеро ҳамда ретроград йўналишида ишлайди, ретроград ЭРД β -канални ретроград ЭРД α -каналдан каттароқ.

Диагностикаси • Стандарт ЭКГ • Қизилўнгач орқали ЭКГ • Қизилўнгач ва юрак ичи электрофизиологик текшируви

ЭКГ-идентификацияси • Типик (секин-тез, slow-fast) ПАВТРТ бўлмача, камдан-кам қоринча экстрасистолиясидан кейин бошланади
 ◆ Бўлмача экстрасистолиясининг PQ интервали сезиларли даражада чўзилади
 ◆ Тахикардия ритм регуляр, юрак қисқаришлар сони 1 минутда 140-240та, кўпинча 160-220та бўлади
 ◆ QRS комплекси торайган, P тишча II-III- AVF тармоқларда манфий ва I, AVL, V5V6 ларда мусбат, QRS билан боғлиқ, QRSда жойлашгандек, QRSдан кейин кўринади, R-P интервал 100 с.дан кам, R-P $\frac{1}{2}$ R-R дан кичкина
 ◆ Тахикардия тўхтамаса АВ – блокадалар келиб чиқиши мумкин.

• Атипик тез-секин (slow-fast) ПАВТРТ қоринчалар экстрасистолиясидан кейин бошланади
 ◆ Ритм регуляр ЮКС 1 минутда 140-240
 ◆ QRS комплекси торайган P тишча II, III AVF тармоқларда манфий, I, AVR V5V6 ларда мусбат QRS билан боғланган, QRS дан узоқда жойлашган R-P интервали 100 с. дан катта, R-P $\frac{1}{2}$, R-P дан кўп
 ◆ Тахикардия тўхтамаса АВ-блокадалар ривожланиши мумкин.

ДАВОЛАШ

Олиб бориш тамойили • Бемордаги ваҳимани йўқотиш, симпатик таъсирларни камайтириш, тоза ҳаво билан таъминлаш • Адашган нерв стимуляцияси (вагусли синамалар) – каротид синусини массажи, Вальсальва синамаси, қайт рефлексини чақириш • Кўрсатилган тадбирлар самарасиз бўлганда – қизилўнгач орқали ЭКС ёки дорилар билан даволаш • Электроимпульс даво учун кўрсатма – ностабил гемодинамика, юрак етишмовчилиги, ривожланиб боровчи ЮИК • Тахикардиянинг тез-тез бўладиган хуружларида профилактик антиаритмик даво қўлланилади • Хирургик усулда даволашга кўрсатма гемодинамиканинг бузилиши билан кечувчи пароксизмал тахикардиялар.

Қизилўнгач орқали ЭКС • Рақобатли, зарбли сканерли ЭКС қўлланилади • АВ пастлиги ЭКС ўтказиш учун қарши кўрсатма бўла олмайди • Самарадорлиги 90%.

ДОРИЛАР БИЛАН ДАВОЛАШ

• Даво ўтказиш тартиби
 ◆ Болюсли трифосфатин 10 мг. вена ичига
 ◆ Самара бўлмаганда 2 минутдан кейин қайта трифосфатин 20 мг. вена ичига болюсли
 ◆ Агар самарасиз бўлса, 2 минутдан сўнг верапамил 2,5-5 мг. вена ичига
 ◆ Агар самарасиз бўлса – ҳар 15 минутдан сўнг верапамил 5-10 мг. вена ичига;
 Трифосфатин ёки верапамил вагус таъсири билан самарали бўлиши мумкин
 ◆ Агар самарасиз бўлса – 20 минутдан сўнг прокаинамид 1000 мг. вена ичига 10

минут давомида юборилади (агар АВ паст бўлса, юқоридаги эритмага 0,25-0,5 мл 1% ли фенилэфрин ёки 0,1-0,2 мл 0,2% ли норэпинефрин эритмаси кўшилади)

- Трифосфадинни самарадорлиги 90% дан юқори
- Верапамил самарадорлиги 90-95% таъсири 1-30 мин.ичида. Организмдан ярим чиқиш даври 18 минут. Қарши кўрсатмалар артериал гипотензия, кардиоген шок, АВ – блокада, синус тугуни сустиги, юрак етишмовчилиги натижасидаги қон димланиши. Препаратни β - адреноблокаторлар билан бирга ёки улардан кейин қўллаш мумкин эмас. Прокаинамид ёки унинг 1 синф аналогини антиаритмик препаратлар билан ёки улардан кейин қўллаб бўлмайди (асистолия ёки синус тугуни тўхташи мумкин).

Пароксизмал тахикардия ривожланиши олдини олиш - кальций канали блокаторлари, β - адреноблокаторлардан фойдаланиш.

Даволашнинг хирургик усули – секин ўтув йўллари радиотўлқинли абляция.

Қисқартмалар • ПАВТРТ – пароксизмал антривентрикуляр тугунли реципрок тахикардия • ЭРД самарали рефрактор давр.

ХКК –10 • 149.8 Юрак ритми бузилишини бошқа аниқ турлари.

ҚОРИНЧАЛАР ЭКТРАСИСТОЛИЯСИ

Қоринчали экстрасистолиясида (ҚЭ) – қоринчалар миокардидаги гетеротоп ўчоқлардан импульс пайдо бўлади ва бунинг натижасида уларнинг вақтидан олдин кўзгалиши ва қисқариши кузатилади. ҚЭ асосида re-entru механизми, Гисс тутами оёқчалари ва Пуркунье толаларидаги эктопик ўчоқнинг постдеполяризацияси ётади.

ЭКГ-идентификация • Р тишча QRS комплекси олдин бўлмайди. QRS комплекси кенгайган ва деформациялашган, давомийлиги $>0,12$ с • ST- сегмент қисқарган ва Т-тишча QRS комплекси бош тишчасига муносабати дискордант • Тўлиқ компенсатор пауза (предэктопик ва постэктопик интервал йиғиндиси синусли ритмни R-R интервалига тенг).

Қоринчалар экстрасистолиясининг градиацияси. (Лаун буйича, 1977) • I – кам такрорланувчи монотоп экстрасистолиялар (ҳар хил соатлардаги мониторларда экстрасистолия 30 тагача) • II-тез-тез такрорланувчи монитоп (30 та экстрасистолиядан кўп) ҚЭ • III политоп ҚЭ • IVа жуфтлашган экстрасистолиялар • IVб –гуруҳли ҚЭ • V-эрта ҚЭ R га Т.

Даволаш • Асосий касалликни даволаш • Дори давосига кўрсатмалар – экстрасистолияга қаранг • Электролитлар таркибини коррекциялаш • Дори терапия ♦ Пропафенол 150 мг. 3 маҳал ҳар куни ♦ Этагизин 1 таблеткадан 3 маҳал кунига ♦ Соталол 80 мг. 2 маҳал кунига (240 –320 мг./кун.) ♦

Лапаконит гидробромид кунига 25 мг..дан 3 маҳал ♦ Амiodарон 800-1600 мг./кунда. 1-3 ҳафта самара бўлгунга қадар; ушлаб турувчи микдор – кўпинча 200 мг./кун ♦ Пропранолол 10-40 мг. 3-4 маҳал кунига • I C – синф антиаритмик воситаларни миокард инфаркти ўтказгандан сўнг ва миокард қисқариш функцияси бузилганда узоқ вақт қўлланилиши беморлар ўлимига олиб келади.

Қискартма ҚЭ – Қоринчалар экстрасистолияси.
ХКК-10 • I 49.3 Қоринчаларнинг вақтидан олдин деполяризацияси.

БЎЛМАЧАЛАР ФИБРИЛЛЯЦИЯСИ

Бўлмачалар фибрилляцияси (БФ) – юрак ритмини бузилиши бўлиб, бунда кардиомиоцит гуруҳларининг минутига 600-700 марта қисқариши оқибатида бўлмачалар координацияланган систоласининг бузилиши билан ҳарактерланади. Бўлмачалар фибрилляцияси уларда босимнинг ошиши ва дилатацияси билан боғлиқ.

ХКК-10 • I 48. Бўлмачалар титраши ва фибрилляцияси.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯСИ

Бўлмачалар фибрилляциясининг ривожланиши хавфи кексаларда ҳар 10 йилда икки баробарига ошади. Фремингем текшируви маълумотларига кўра 55-64 ёш ўртасидаги 1000 аҳолига 2-3 та, 85-94 ёшдагилар орасида эса 1000 аҳолига 35 та кишида учрайди ва кўпроқ эркакларда кузатилади.

ПРОФИЛАКТИКАСИ

Кардиал ва экстракардиал касалликларни даволаш бўлмачалар фибрилляцияси ривожланиши хавфини камайтиради.

СКРИНИНГ

Ягона усул – ЭКГ скрининг. ЭКГ ўтказилган беморларни 30% ўзларидаги ритм бузилишларини билмайдилар ва у текширув орқали аниқланади, 40% бўлмачалар фибрилляциясига тасодифан диагноз қўйилади.

Кекса ёшдаги беморлар юрагида органик ўзгаришлар бўлганда бўлмачалар фибрилляциясини истисно қилиш мақсадида йўналтирилган текширувлар ўтказилиши зурур.

КЛАССИФИКАЦИЯ

- Пароксизмал ва доимий.
- Ўткир (давомийлиги 48 соатгача) ва сурункали (давомийлиги 48 соатдан юқори)
- Тахисистолик (қоринчалар систоласи бир минутда 90 тадан юқори), нормосистолик қисқариш сони минутига 60 тадан 90 тагача) ва брадисистолик (қоринчалар қисқариш тезлиги минутига 60 тагача) турларига бўлинади.

ЭТИОЛОГИЯСИ

Кардиал ва экстракардиал. Бўлмачалар фибрилляциясини асосий сабабини аниқлаш даволашда муҳим аҳмиятга эга. Унга сабаб бўлган касалликни даволаш аксарият ҳолларда йуқолишига олиб келади.

- Юрак қон-томир касалликлари.
- ◆ Тахминан 80% ҳолларда БФ юракни органик ўзгаришларида учрайди ◆
 Чап қоринча гипертрофияси билан кечувчи АГ ◆ ЮИК - миокард инфаркти 10-

15% ҳолларда ишемия негизида кузатилган митрал регургитацияси натижасида бўлмачаларда тўсатдан босимни ошиб кетиши фибрилляция келтириб чиқариши мумкин ✦ Ревматик ва норевматик этиологияли клапанлар зарарланиши митрал клапани пролапси, аортал регургитация, аортал стеноз, митрал стеноз ✦ Кардиомиопатия: дилатацион, рестриктив, гипертрофик ✦ Юрак туғма пароклари, асосан катталарда бўлмачалараро тўсиқ дефектида.

- ◆ Ўткир ЎАТЭ: тахминан 10% беморларда БФ асосий сабаби сифатида намоён бўлиши мумкин ва бу ЎАТЭ да кузатиладиган гипоксияга боғлиқ
- ◆ Ўткир миокардит, ўткир констриктив перикардит.
- ◆ Кекса ёшда: қарияларда юракдаги органик ўзгаришлар сабабли БФ келиб чиқади.
- ◆ Операциядан кейинги даврда ангийгипертензив дори восита қабулини «тўхтатиш» синдроми натижасида симпатик нерв системаси тонусини ошиши туфайли БФ кузатилади.
- ◆ Ритмнинг бошқа бузилишлари: бўлмачалар фибрилляцияси бўлмачалар титрашига ва бўлмача ҳамда тугунчалар пароксизмал тахикардиясига ўтиши мумкин.
- ◆ Бўлмачаларнинг ўчоғли тахикардияси баъзан уларнинг ўчоғли фибрилляциясига олиб келиши мумкин.
- Экстракардиал сабаблар.
- ◆ Ўпка патологияси: ўткир пневмония, плевропневмония, кўкрак қафаси аъзоларидаги операциялар, сурункали обструктив ўпка касалликлари (айниқса кўп миқдорда бронходилататорлар қўлланилиши), обструктив тунги апноэ синдроми.
- ◆ Алкогол қабул қилиш: кўп миқдорда алкоголь қабул қилгандан сўнг эртасига ўткир БФ кузатилади (кўпинча якшанба куни) мунтазам равишда алкоголь қабул қилиниши БФ олиб келади.
- ◆ Қалқонсимон без касалликлари биринчи навбатда тиреотоксикоз.
- ◆ Вегетатив нерв системасини симпатик ва парасимпатик қисми ўртасидаги мувозанатни бузилиши.
- ◆ Электролит бузилишлар биринчи навбатда гипокалиемия.
- Баъзи ҳолларда БФ сабабини аниқлаш имкони бўлмайди.

ДИАГНОСТИКАСИ

ДИАГНОСТИКАНИНГ МАҚСАДИ.

- БФ диагностикаини асослаш, унинг давомийлиги, бемор аҳволи ёмонлашиш сабабини ўрганиш.
- БФ га сабаб бўлувчи омилларни аниқлаш:
- БФ тромбоземболик асоратларга олиб келувчи ва кардиоверсия ўтказилгандаги эҳтимоли бўлган хавф омилларини баҳолаш.

Юқоридаги барча уч ҳолат диагнозда ўз аксини топмоғи лозим.

БФ баъзан белгисиз кечиб у профилактик кўрувда ЭКГ туширганда ва аускультацияда тасодифан аниқланиши ҳам мумкин.

АНАМНЕЗ

Бемор амбулатор картасини яхшилаб текширишни ёддан чиқармаслик зарур. Қуйидаги ҳолатларни Аниқлаштириш керак.

- Юракнинг уриб кетиши ва нерегуляр юрак қисқаришидан шикоят қилади. Қуйидагиларни аниқлаб олиш зарур.

- ◆ Касаллик давомийлиги;

- ◆ Ёндош белгилар: ◆ ҳушдан кетиш ва ҳушнинг хиралашиши ҳолатлари (бирдан юрак зарб ҳажмини камайиши ёки бош мия қон айланишининг ўткир бузилиши тромбоемболия натижасида кузатилади); ◆ ҳансираш ◆ стенокардия характеридаги кўкрак қафасидаги оғриқлар.

- ◆ Кучайтирувчи омиллар – жисмоний ва эмоционал зўриқиш, овқатланишни бузилиши, алкоғол, кофеин сақловчи маҳсулотларни истеъмол қилиш.

- ◆ Куннинг қайси пайтида пайдо бўлишига қараб қуйидаги белгилари фарқланади: БФнинг адренергик шакли – кундузи пайдо бўладиган белгилар, вагусли шакли – кечқурун пайдо бўлувчи белгилар ва бу уларни даволашда муҳим аҳамият касб этади.

- ◆ Шу каби ҳолатларнинг анамнезда мавжудлиги, уларнинг давомийлиги ҳамда қайталаниш сони.

- Жисмоний юкламаларга толерантликни пасайиб бориши – бу юрак етишмовчилиги даражасини аниқлаш учун аҳамиятлидир.

- Олдин бемор томонидан бу хасталик бўйича олинган даво ва унга риоя қилиш даражасини суриштириш.

БФ сабабини ва ёндош касалликларни аниқлаш:

- Гипертония касаллиги мавжудлиги ва унинг оғирлик даражасини аниқлаш учун бемордан у ҳақида сўраб суриштириш.

- Бу БФ билан кечувчи энг кенг тарқалган касаллик кўкрак қафасида оғриқ ва ҳансираш мавжуд бўлган ҳолларда – ЮИК, ЎАТЭ, сурункали юрак етишмовчилиги, перикардит ва юрак клапанлари патологияси мавжуд бўлган ҳолда уларни эрта ташхислаш мақсадида мукамал анамнез йиғилади ва қўшимча объектив текширишлар ўтказилади. Дисфагия, қон туфлаш ва товушнинг ўзгариши ҳақида бемордан сўраб суриштириш лозим, чунки бу белгилар митрал стенознинг билвосита ташхислашга ёрдам беради.

- Шу яқин орада, айниқса охирги ой ичида юракда ўтказилган операциялар • Беморнинг анамнезида ёки амбулатор картасида аниқ тасдиқланган - суправентрикуляр тахикардия ёки WPW синдроми ҳақида ахборот.

- Ўнг бўлмачада босим ошиши билан кечадиган ўпка касалликлари, жумладан ЎСОК, тез-тез қайталанувчи бронхитлар ва пневмониялар, ўпка гипертензияси ва кечқурунги апноэ синдроми.

- Қалқонсимон без патологияси ҳамда тиреотоксикоз белгилари (иштаҳанинг ошиши, озғинлик, иссиқликни кўтара олмаслик, уйқусизлик). Гипертиреоз ёки ортиқча тайинланган гормонал даволаш БФ га олиб келиш эҳтимоли бор. Кекса

ёшдаги беморларда тиреотоксикознинг ягона белгиси умумий ҳолсизлик бўлиши мумкин.

- Бемор томонидан қабул қилинган барча дори воситалар ҳақида ахборот йиғиш. Айниқса ЎСОКга чалинган беморларда – β-адреномиметиклар ингаляцияларидан фойдаланиш сони ва метилксантинлар (масалан теofilлин) қабул қилишини аниқлаш.
- Алкогол ва наркотик моддалар қабул қилиш ҳақида сўраб суриштириш. БФнинг хавфли омиллари бўлган, кекса ёшдаги беморларда касалликни фақат анамнезга асосланиб инкор этиш мақсадга мувофиқ эмас. Бу омилларга асосан гипертония касаллиги, сурункали юрак етишмовчилиги ва юрак клапанлари касалликлари киради.

ФИЗИКАЛ ТЕКШИРУВЛАР

Стандарт схема бўйича ўтказилади. Шу ўринда пульс ва ЮУСни (60 сек. ичида) алоҳида саналиши, пульс дефицитини аниқлаш ва тиббий ҳужжатларга белгилаш лозим.

ЮУСни тинч ҳолда ва 20-30 сек. жисмоний ҳаракатдан сўнг даво самарасини аниқлаш мақсадида саналади, пульс дефицити мавжудлиги эса аритмиянинг айнан БФ билан боғлиқлиги ҳақида далолат беради.

- Гипертония касаллигини аниқлаш учун АБни ўлчаш лозим.
- Юрак чўққи турткисини кузатиш. Унинг тарқоқ кенгайиши дилатацияли кардиомиопатияда, кескин кучайиши эса гипертрофияли кардиомиопатия натижасида келиб чиқиши мумкин.

Чўққи турткисининг чапга жиганлиги, чап қоринча гипертрофиясининг белгиси ҳисобланади. Гипертония касаллигида босимнинг ортиши эмас, балки чап қоринча гипертрофияси БФга олиб келади.

- Юрак аускультацияси.
 - ◆ Юрак тонлари ◆ I тоннинг ўзгариб турувчи баландлиги БФ нинг ишончли белгиси ҳисобланади ◆ Аорта устида II тон акценти – узоқ давом этувчи гипертония, ўпка артерияси устида II тон акценти эса ўпка гипертензияси белгисидир ◆ Юрак III тонининг пайдо бўлиши чап қоринча дисфункциясидан дарак беради ◆ Юракнинг IV тони мавжудлиги объектив текширув босқичидаёқ БФни инкор этишга имкон беради, (қоринчаларнинг бўлмачалар қисқариши ҳисобига тез тўлиб қолиши).
 - ◆ Порокларга хос шовқинларнинг ва аускультатив ўзгаришларнинг аниқланиши.
 - ◆ Перикарднинг ишқаланиш шовқини ва перикардиал туртки мавжудлиги (констриктив перикардит белгиси сифатида).
- Ўпкани текшириш: куруқ ва нам хириллашлар, ўпка тўқимаси зичлашишининг перкуссия ва аускультация белгилари, (ЎСОК, сурункали юрак етишмовчилиги, пневмония ва бронхитни инкор қилиш), плевранинг ишқаланиш шовқини (ЎАТЭ, плеврапневмонияни инкор этиш).
- Асцит ва гепатоюгуляр рефлюксни аниқлаш мақсадида қорин бўшлиғи аъзоларини текшириш.

- Ўнг бўлмача босими ошганли белгилари (ўнг қоринча инфаркти, конструктив перикардит, рестриктив кардимиопатия – олдюклама ошиши билан кечувчи ҳолатлар) бўйин веналаринг кенгайиши, Куссмауль белгиси, веноз пульс ўзгариши.
- Умумий кўрик.
- ◆ Тери: гипертиреозда намлиги ошган иссиқ тери; гипотиреозда рангпар ва шишган тери; цианоз; гипоксия натижасида марказий илиқ тери; сурункали юрак етишмовчилигидаги периферик цианоз.
- ◆ «Ноғора таёқчалари» – ўпканинг обструктив касалликларида;
- ◆ Нафақат сурункали юрак етишмовчилигида, балки оёқ чуқур веналари тромбозида ва миксидемаларда учрайдиган шишлар.
- Иситмалаш, оёқ-қўллар титраши ва гипертония касаллиги – гипердреноэргик ҳолат белгисидир ва у алкоголь ҳамда наркотиклар қабул қилиш тўсатдан тўхтатилганда юқумли касалликларда учраши мумкин.
- Гипертиреоз белгилари: тахикардия, титроқ, қалқонсимон безнинг тугунли ва диффуз катталашини, гиперфаоллик, рефлексларининг ошганлиги.

Лоборатор текширувлар

БФга чалинган беморларнинг барчасига зарур.

- Умумий қон тахлили ◆ Лейкоцитлар сони ошиши - юқумли касалликлар белгиси (гиперсимпатикотония билан кечиши мумкин) ◆ Анемия белгилари ҳам (бу ҳам гиперсимпатикотония билан кечиши мумкин). Бундан ташқари анемия антикоагулянтлар берилганда яширин қон кетиши ҳақида ахборот беради.
- Қондаги электролитлар айниқса К ни аниқлаш.
- Қонда глюкоза миқдори (БФ+ҚД – инсултнинг ҳавфли омилидир).
- ТТГ. Кекса ёшдагиларда тиреотоксикознинг ягона белгиси қонда ТТГ миқдорининг ошишидир.
- Дигоксин қабул қилган ҳолларда унинг қондаги миқдори.
- Яширин қон кетаётганда нажас анализи – варфарин ёки гепарин тавсия қилишдан олдин.
- Сурункали алкоголь қабул қилинганда унинг лобаратор белгилари, шу жумладан γ-глутаминтранспептидаза миқдори ошиши.

Махсус текширувлар.

- ЭКГ – ҳар бир QRS комплекси олдида Р тишчанинг йўқлиги, унинг ўрнига фибрилляция тўлқинларини мавжудлиги ◆ (айниқса V1 ва V2 тармоқларда), RR оралиғининг ҳар хил узунликда бўлиши.
- ◆ Компьютер программалари ҳар доим ҳам ЭКГ тахлилини тўғри ўтказмайди, шунинг учун врачнинг ўзи 12 тармоқнинг ҳаммасида мустақил равишда Р тишчани таҳлил қилиши лозим.
- Пароксизмал БФ бўлган беморларнинг барчасига ЭКГ мониторинги ўтказилиши зарур. Мониторлашни амбулатор шароитда ўтказиш мумкин.

- ◆ Пароксизмал хуружларининг ҳар куни вужудга келишида, узлуксиз 24-48 соатлик мониторинг тайинлаш лозим.
- ◆ Беморни кундалик ўз аҳволини кузатиш ва мониторга улашга ўргатиш.
- Кўкрак кафаси рентгенографияси: юрак ўлчамлари, плеврага тўпланган суюқлик (сурункали юрак етишмовчилиги), ўпка тўқимаси ҳаволилигининг ошиши, инфилтратлар (ўпка шиши ва пневмония), митрал стеноз, ўпка босими ошиши, юракнинг туғма пороклари учун хос бўлган белгилар.
- ЭхоКГ: юрак ўлчамлари (айниқса чап қоринча), чап қоринча гипертрофияси белгилари ва даражаси, юракнинг систолик ва диастолик фаолиятининг бузилиши, юрак клапанлари патологияси, ўпка гипертензияси бор-йўқлиги, стеноз ва регургитация даражаси, чап бўлмача кулоқчасида тромб шаклланганлиги (тромбни аниқлашда қизилўнгач орқали ЭхоКГ сезувчандир), рестриктив ва дилатацияли кардиомиопатия, бўлмачалараро девор нуксони, перикардит.
- Қизилўнгач орқали ЭхоКГ, анъанавий усул ёрдамида юрак органик касаллигини аниқлашга имкон бўлмаганда буюрилади. Ундан ташқари бу усул кардиоверсия ўтказилишидан олдин бажарилиши лозим.

ДИАГНОЗ БОРАСИДА МУТУХАССИСЛАР МАСЛАҲАТИ

Диагноз ноаниқ бўлганда ёки асосий касалликнинг даволаш режаси белгиланмаганда.

- ЭКГда БФ борлиги ҳақида шубҳа мавжудлигида ва ёндош касалликларнинг ўрнини аниқлаш учун кардиолог маслаҳати.
- Гипертиреоз ёки қалқонсимон безнинг бошқа касалликларини аниқлаш учун эндокринолог маслаҳати.
- Оғир ўпка касалликларини ташҳислаш ва даволашни яхшилаш мақсадида пульмонолог маслаҳати.

ДИФФЕРЕНЦИАЛ ДИАГНОСТИКА

Мақсад:

- 1) Пайдо бўлувчи клиник белгиларнинг БФ билан боғлиқлиги (ЭКГ бўйича)
- 2) БФ белгиси бўлган бошқа асосий касалликни аниқлаш:

ЭКГда БФни қуйидаги касалликлар билан дифференциал-диагноз ўтказиш лозим

- Яққол синус аритмияси: RR масофани турличалиги; P тишчани ундан олдинги T тишчага қўшилиб келиши айнқса тез ритмда.
- Тез-тез учрайдиган қоринчалар усти ва қоринча экстрасистолиялари; RR масофаларининг турличалиги, P тишчаларининг QRS комплекс устига келиши ёки P тишча бўлмаслиги (P тишча йўқлиги доимо экстрасистолик қисқариш билан боғлиқ).
- Синус тугуни кучсизлиги синдроми – АВ тугундан чиқиб турувчи қисқаришлар ва синдром учун хос бўлган брадикардия – АВ тугунида импульслар ҳо бўлишига

олиб келади, бу ҳолларда P тишча кўринмайди ва QRS комплекси устига қўшилиб ёки ундан кейин келади. Шунинг эътиборига олиш керакки бу синдромнинг ўзи БФ га олиб келиши мумкин.

- Бўлмачалар титраши – бир минутда 200 та дан ортиқ бўлган бир маромдаги қисқаришлар (бўлмачалар ритми бир минутда 250-350 га тенг).
- Бўлмача тўлқинларини аниқроқ кўриш учун ЭКГнинг V_{2R} - V_{3R} тармоқларини ёзиш керак.
- АВ блокада борлиги учун БФ ва титрашида қоринчалар аритмияси бўлмаслиги мумкин.
- Кўп ўчоқли бўлмачалар тахикардияси (ЎСОК ёки β адренергик стимуляцияси ошган беморларда), RR масофаларининг турли хиллиги, P тишчалар борлиги, аммо уларнинг морфологияси турли (3 тадан кўпроқ) хиллиги.
- Бир маромда бўлмаган қоринчалар тахикардияси, QRS комплекси кенглиги $QRS > 0,14$ сек.
- Юрак гликозидлари билан заҳарланишдаги аритмиялар масалан – пароксизм бўлмаган қоринча усти тахикардияси – АВ блокада билан.
- Бўлмачалар ритм чиқарувчиси миграцияси.

ДАВОЛАШ

Шифохонага ётқизиш.

Биринчи марта пайдо бўлган Бф да шошилиш шифохонага ётқизиш учун кўрсатмалар:

- Ностабил гемодинамика
- Умумий аҳволнинг сезиларли бузилиши: яққол юрак уриши, холсизлик, юрак етишмовчилиги белгилари
- Тромбоэмболик асоратлар вужудга келишининг юқори хавфи
- Ҳаёт учун хавф туғдирувчи аритмияларни инкор этиш масалан, қоринчалар фибрилляцияси.
- Шошилиш кардиоверсия зарурлиги: миокард инфаркти, миёда ўткир қон айланиши етишмовчилиги, сурункали юрак етишмовчилиги декомпенция даври, кескин артериал гипотензия.

Шифохонада режали даволашга кўрсатмалар:

- Беморни амбулатор кузатув иложи бўлмаганда электр кардиоверсия ўтказиш.
- БФнинг қайтарилишини олдини олиш мақсадида буюрилган антиаритмик дори воситалари таъсирини мониторинг кузатиш.
- Махсус муолажалар ўтказиш зарур бўлганда: юрак катетеризацияси, электрофизиологик текширувлар, радиотўлқинли катетер, аритмоген ўчоқларни йўқ қилиш мақсадида хирургик операциялари.

Олиб бориш тамойили

Беморда БФ ни аниқлангандан сўнг даволашнинг 4 йўналишидан бирини танлаш лозим:

- 1) Бемор хаётига хавф солувчи ҳолатларда шошилишч электрокардиоверсия.
- 2) Синусли ритмни қўллаб туриш мақсадида эрта кардиоверсия (БФ бошланганидан сўнг 48 соат ичида электр ёки дорилар ёрдамида)
- 3) Режали кардиоверсия.
- 4) БФ бўлган беморларда синусли ритм тикланганда қоринчалар ритмини кузатиб бориш.

Қўшимча хирургик усулларни қўллаш мумкин: АВ тугуннинг электркардиостимулятор имплантацияси билан радиотўлқинли абляция, кардиовертер-дефибрилятор имплантацияси.

Уни ўтказиш қуйидаги клиник саволларга бериладиган жавобга боғлиқ.

- БФ давомийлиги, 48 соатдан кам ёки кўп.
- Бемор ахволи қанчалик мувозанатлашган (юрак етишмовчилиги, мияда қон айланиши бузилиши, артериал гипотензия мавжудлиги)
- Тромбоэмболик асоратлар вужудга келиши хавфи.

48 соатдан камроқ давом этаётган БФ даги тактика.

Эртакардиоверсия ўтказиш узок вақт давом этувчи антикоагулянт ва антиаритмик даво заруриятини пасайтириши мумкин. Бундан ташқари 48 соатдан кам давомийликка эга бўлган БФ да қўлланган фармакологик муолажа ундан узок давом этган ҳолларга нисбатан яхши натижа беради.

Агар БФ нинг 48 соатдан ошмаганлиги ЭКГ ва касаллик тарихидан маълум бўлса қуйидаги чоралар кўрилиши шарт.

- Беморни мувозанатлашган ҳолда сақлаш, яққол клиник белгилар ва тромбоэмболик асоратларни олдини олиш – уни кардиомониторда 24 соат давомида кузатиш (БФ биринчи марта учраган беморларнинг тахминан 50% да 24-48 соат ичида ўз-ўзидан синусли ритм тикланади).
- Кардиоверсияга тайёрлаш тадбирларига мувофиқ қарши кўрсатмалар бўлмаганда гепарин буюрилади. Кам учраса ҳам биринчи 48 соат ичида беморларда тромбоэмболик асоратлар кузатилиши мумкин.
- Кардиоверсияга тайёрлаш тадбирларига мувофиқ қоринчалар ритмини назорат қилиш мақсадида қуйидаги дорилар буюрилади: адреноблокаторлар ёки Са каналлари блокаторлари.
- ЮУС камайрилиши ва эҳтимоли мавжуд бўлган юрак етишмовчилигини олдини олишдан кейин ҳам синусли ритм тикланмаса, электр ёки фармакологик кардиоверсия ўтказиш масаласи муҳокама қилинади.
- Синусли ритмни тиклаш мақсадида узок муддат антикоагулянтлар билан даволаш ва қоринчалар ритмини назорат қилувчи дориларни буюриш эҳтимоли тўғрисида ўйлаш (айниқса 65 ёшдан ошган ёки тромбоэмболик асоратлар ривожланиш хавфи мавжуд бўлган беморлар учун). Шунга қарамадан бемор ўзини жуда ёмон хис қилса, синусли ритмни тиклаш ва кейинчалик уни дорилар билан бирга буюриш керак.

- Юракнинг органик касаллиги ёки чап (қоринчанинг) бўлмачанинг тромбини аниқлаш ҳамда беморни кейинги даволаш тамойилини белгилаш мақсадида қизилўнгач орқали ЭхоКГ ўтказиш лозим.
- ◆ Юракнинг органик касаллиги аниқланмаган аммо тромбоземболик асоратлар эҳтимоли бўлган лекин юракда тромб топилмаган беморларга электрокардиоверсия буюрилади (қизилўнгач орқали ўтказилган ЭхоКГ бўйича).
- ◆ Юракда органик ўзгаришлар аниқланмаган ҳамда тромб хо бўлмаган беморларга кардиоверсиядан олдин ва кейин антиаритмик даво тайинланади.
- ◆ Чап бўлмачада тромб мавжуд бўлган ҳолларда кардиоверсия кечиктирилиб 4-6 hafta давомида варфарин буюрилади. Кардиоверсия ўтказилишидан олдин қизилўнгач орқали қайта ЭхоКГ ўтказиш лозим.
- Кардиоверсия ўтказилгандан сўнг 4 hafta варфарин тайинланади.
- Ўткир БФ олиб келган касалликнинг тўлиқ бартараф этилиши аритмиянинг тўлиқ йўқолишига олиб келиши мумкин.

48 СОАТДАН УЗОҚ ДАВОМ ЭТАЁТГАН БФ ДАГИ ЧОРА ТАДБИРЛАР.

Дорилар ёрдамида қоринчалар қисқаришини назорат қилиш БФ доимий ёки ноаниқ вақтдан бери давом этаётган ҳолларда синусли ритми кардиоверсия ўтказиб тиклашнинг муқобил йўли ҳисобланади.

- Тромбоземболик асоратлар хавфини баҳолаш лозим.
- ◆ Юқори хавф мавжуд бўлганда шифохонага шошилиш ва гепаринни шу захоти тайинлаш керак.
- ◆ Юқори хавф бўлмаганда варфарин билан даволаш амбулатория шароитида ўтказилади.
- Қоринчалар қисқаришини назорат қилиш мақсадида зарур дорилар тайинланади.
- Керакли текширувлар қилинади.
- Клиник белгилар ва бемор ҳошишини ҳисобга олиб кардиоверсия ўтказиш ҳақида қарор қабул қилинади. Икки йил давом этган БФ да кардиоверсия самараси анча паст.
- ◆ Кардиоверсия ўтказиш тўғрисида қарор қабул қилингандан сўнг, албатта ундан олдин 4 haftaлик антикоагулянт даво тайинлаш лозим.
- ◆ Кардиоверсиядан сўнг 4 hafta давомида варфарин билан даволаш. Агар синусли ритм тикланмаса у билан даволаш муддатини янада узайтириш.
- ◆ БФ нинг қайталанишини олдини олиш мақсадида антиаритмик даво қўлланилади.
- Қўшимча махсус муолажа усуллари қўллаш муҳокама қилинади.

Пароксизмал БФда тактика.

Синусли ритми тиклаш учун антикоагулянт ва антиаритмик даво қўлланиши ҳақидаги қарор аниқ клиник ҳолатлар (пароксизмларнинг давомийлигига ва учраш сони, тромбоземболик асоратлар, хавфли омиллар мавжудлиги)га асосланилади.

- Бир марта учраган ва узоқ давом этмаган шунингдек холтер мониторингда аниқланмаган БФ пароксизмларида даволаш шарт эмас.
- БФнинг камдан кам пароксизми учрайдиган, клиник белгилар билан номоён бўладиган, тромбоэмболия асоратланиш хавфли бўлмаган беморларда пароксизм пайтида қоринчалар ритмини дорилар билан назорат қилиб туриш кифоя. β адреноблокаторлар ва Са каналлари блокаторларини буюриш мақсадга мувофиқ.
- Клиник белгилар билан кечадиган тез-тез БФ пароксизмлари бўлган беморларда агар юракда органик касалликлар аниқланмаса пропופен тайинлади, органик касалликлар бўлган тақдирда амидарон ёки соталол (амидорон ёки соталол БФ қайталанишлари олдини олади ва юрак ритмларини назорат қилишга имкон яратади) буюриш лозим.
- Одатда беморлар БФ ни учраш сони, давомийлигини тўғри баҳолай олмасликлари мумкин. Бу ҳолларда антиаритмик даво БФ нинг клиник белгиларини камайтириш ва тромбоэмболик асоратларни олдини олиш мақсадида қўлланилади.
- Зарур бўлганда антикоагулянтлар билан узоқ муддат даволаш буюрилади. Юракнинг органик касалликлари бўлмаган тақдирда тромбоэмболик асоратлар кам учрайди.
- Пароксизмал БФ билан оғриган беморларга дигоксин берилмайди, чунки у пароксизм давомийлигини ошириши мумкин.

Кардиоверсия турини аниқлаш.

- Электр кардиоверсия уни ўтказиш шароитлари мавжудлигида, дори кардиоверсиясидан маъқулроқ ҳисобланиб бемор ҳолати ҳамда хохишидан келиб чиққан ҳолда синусли ритмни тезда тиклаш зарур бўлганда ўтказилади.
- Кардиоверсиянинг иккала турида ҳам тромбоэмболик асоратлар вужудга келиш эҳтимоли бор.
- Самарасиз фармакологик кардиоверсиядан сўнг, электр кардиоверсия яхши натижа бериши мумкин.

ДОРИЛАРСИЗ ДАВОЛАШ

Электр кардиоверсия.

Юрак ритмини тезда ва самарали тиклаш бўйича танлов даво усули ҳисобланади ва турли муддатларда давом этувчи БФда қўлланилади. Қуйидаги фаол тадбирлар ёрдамида пайдо бўлган вақти турлича бўлган БФни даволаш самарадорлиги ҳақида маълумотлар бор. Бунда гепарин тайинлангандан сўнг, қизилўнғач орқали ЭхоКГ ўтказилади ва чап бўлмачада тромб мавжуд бўлмаган тақдирда шошинч электр кардиоверсия бажарилади.

- Бу жараённинг келиб чиқиш эҳтимоли бўлган асоратларига (тахминан 2%) тўлиқ антикоагулянт терапия ўтказилмаган ҳолларда тромбоэмболия ҳамда оғир аритмиялар киради.
- Кардиоверсиядан олдин юракнинг органик касаллиги ва юрак ичи тромбини аниқлаш мақсадида қизилўнғач орқали ЭхоКГ ўтказилади.

• Даволаш самарасини баҳолаш. БФ қайталанишини эрта ташхислаш ва бошқа муолажа талаб қилувчи аритмияларни аниқлаш мақсадида бемор ухлаган вақтда ва кардиоверсиядан сўнг доимий ЭКГ монитори кузатувида бўлиши лозим.

Шошилинч кардиоверсия. Беморда ўзгарувчан гемодинамик ҳолат кузатилганда, масалан: ўткир миокард инфаркти, сурункали юрак етишмовчилиги, артериал гипотензия ва аритмия билан боғлиқ бошқа кескин ҳолларда ўтказилади. Шошилинч кардиоверсиядан сўнг узоқ вақт антикоагулянтлар билан даволанмаган беморларда тромбоземболик асоратлар ва кам ҳолларда қоринчалар аритмияси ёки брадиаритмияси учрайди.

Қўшимча даволаш турлари.

Дориларсиз даволаш, ҳамда электр кардиоверсия самара бермаган ҳолларда (пароксизмларнинг олдини олиш ва юрак ритмини бир маромда сақлаш иложи бўлмаганда) қўшимча махсус даво ўтказиш ҳақида ўйлаб кўриш лозим.

• БФ негизида вужудга келган тўлиқ АВ блокадада кейинчалик унинг электркардиостимулятор имплантация билан катетрли абляцияси ўтказилади (бу қоринчалар ритмини бир маромда ушлаб туриш мақсадида ва беморда пароксизм жуда ёмон ҳиссиёт туғдирганда қўлланилади). Бу аралашув БФ нинг белгилари яққол намоён бўлган беморларда ҳаёт сифатини дорили даволашга нисбатан кўпроқ яхшилашга ва чап қоринча фаолиятини тиклашга олиб келади.

• Лабиринт – туридаги операциялар яъни – бўлмачалар миокардини кўп сонли кесмалари фибрилляциянинг циркуляр тўлқинларининг шаклланиши ва қувватланишини олдини олади (айниқса юракда хирургик операцияларни ўтказган беморлар учун).

• БФ синус тугунининг кучсизлиги синдроми билан бирга кузатилган тақдирда электркардиостимуляторни доимий имплантацияси буюрилади.

• БФ пароксизми пайтида умумий аҳволи кескин ёмонлашган беморларга кардиовертер-дефибрилятор имплантациясини ўтказиш лозим.

ДОРИЛАР БИЛАН ДАВОЛАШ

Антикоагулянтлар билан даволаш

БФ ни доимий ёки пароксизмал тури мавжуд бўлган беморларда антикоагулянт терапия тайинланиш зарурияти ўрганилади. Беморларга бевосита (гепарин) ва билвосита (варфарин) антикоагулянтлар тайинланади. Қўшимча дори воситаси сифатида айрим ҳолларда салицил кислотаси қўлланилади. Антикоагулянт терапияга қарши кўрсатмалар алоҳида диққат билан ўрганиб чиқилади.

Тромбоземболик асоратлар эҳтимолини баҳолаш.

БФ билан касалланган беморларда тромбоземболик асоратлар ривожланиш хавфини қуйидаги ҳолатларда юқори деб ҳисоблаш лозим • 65 дан катта ёш • АГнинг мавжудлиги • Яқинда пайдо бўлган юрак етишмовчилиги (ёхуд ЭхоКГ маълумотларига кўра чап қоринча фаолиятининг пасайганлиги) • Чап бўлмачанинг катталаниши • Инсулт, ТИА, миокард инфаркти, анамнезда бошқа ҳар қандай жойлашувдаги артериал эмболия • Митрал стеноз, клапанларнинг кальцинози • Кардиомиопатиялар • ҚД.

Юракнинг чап бўлмасида тромб бўлганда тромбоэмболитик асоратлар хавфи жуда юқори. Доимий БФ мавжудлиги тромбоэмболитик асоратлар хавфини оширади.

Дастлаб аниқланган БФда антикоагулянтлар билан даволаш

- Тромбоэмболитик асоратлар хавфи бахоланади (юқорига қаранг).
- Хавфли гуруҳдаги БФга чалинган беморларга (шунингдек юракнинг чап бўлмасида тромби бор бўлганда хавф жуда юқори) шифохона шароитида зудлик билан антикоагулянтлар, гепарин (қисман тромбопластин вақтини 60 сек. даражасига эришишгача) билан даволашни бошлаш лозим (хатто ошқозон орқали ўтказилган ЭхоКГ маълумотларига кўра юракнинг чап қоринчаси тромби бўлмаганда ҳам).
- Агар БФ 48 соатдан узоқ давом этиши ёхуд юракнинг чап қоринчасида тромб аниқланиб кардиоверсияни кечиктириш ҳақида қарор қабул қилинса антикоагулянтлар билан даволаш варфарин ёрдамида давом эттирилади.

БФнинг доимий шаклида антикоагулянтлар билан даволаш

- БФнинг доимий шаклида ва тромбоэмболитик асоратлар ривожланишининг юқори хавфлилиқ даражасида (юқорига қаранг) сўзсиз узоқ вақт давомида варфарин билан даволаш тавсия этилади. Хавф жуда юқори бўлганда таъсирни кучайтириш мақсадида варфаринга ацетилсалицил кислота қушилиши мумкин.
- Хавфли омиллар мавжуд бўлмаган беморларда ҳамда антикоагулянтлар билан даволашга қарши кўрсатмалар мавжуд ҳолларда кунига 325 мг. ацетилсалицил кислота тайинланади.

Ацетилсалицил кислота тайинланиши даволашнинг бошқа турларини ўтказишни имкони бўлмаса энг охириги чора бўлиши керак, чунки унинг варфаринга нисбатан даво самараси анча паст.

ПАРОКСИЗМАЛ БФни АНТИКОАГУЛЯНТЛАР БИЛАН ДАВОЛАШ:

- БФ нинг пароксизмал турида антикоагулянтлар тайинланиши хуружларнинг учраш сони, давомийлиги ҳамда хавфли омиллар мавжуд ёки йўқлигига асосланилади. Чунки унинг бу турида асоратлар кам ривожланади.
- БФнинг айрим ҳолларда вужудга келган хуружида юракнинг ёки бириктирувчи тўқиманинг тизимли касалликлари аниқланмаган ҳолда асоратлар жуда кам ривожланади (60 ёшдан ошмаган беморларда). Одатда бунда антикоагулянтлар билан даволаш бефойда, бироқ ацетилсалицил кислота тайинланиши мумкин.

Кардиоверсия ўтказилишида антикоагулянтлар билан даволаш.

Антикоагулянтлар билан даволаш тайинланмаган ҳолларда кардиоверсия ўтказилиши тромбоэмболик асоратлар билан кечиши мумкин.

- Эрта кардиоверсиядан олдин қизилўнғач орқали ЭХОКГда тромб мавжудлигини аниқлаш, ҳамда қисман тромбопластин вақтини 60 с. ошириш мақсадида гепарин қўллаш ва ундан кейин кардиоверсияни эрта ўтказишни хавфсиз деб ҳисоблаш мумкин.
- БФ хуружининг давомийлиги маълум бўлмаганда ёки хуруж 48 соатдан узоқроқ кузатилганда антикоагулянтлар билан даволаш камида 4 ҳафта давом этиши ва фақат ундан кейингина кардиоверсия ўтказилиши лозим.

- Кардиоверсиядан сўнг синусли ритм тикланган ҳолда ҳам яна 4 ҳафта давомида юқоридаги дорилар билан даволашни ўтказиш зарур.
- БФ ҳуружи қайталаниши хавфи ва юракда тромб бўлган ҳолларда кардиоверсиядан сўнг антикоагулянтлар билан узоқ муддат даволаш зарурлигини баҳолаш лозим.

ДОРИ ВОСИТАЛАРИ:

- Гепарин
 - ◆ в/и тайинланганда тезроқ самара беради.
 - ◆ Қисман тромбопластин вақтини камида ҳар куни, дорининг тайинланиш миқдорини аниқлашда эса ундан ҳам кўпроқ ўтказиш лозим.
 - ◆ Қонда тромбоцитлар сонини изорат қилиш зарур, чунки гепарин тромбоцитопенияга сабаб бўлиши мумкин.
- Варфарин. БФ билан оғриган беморларда ўлим ҳолатларини камайтирадиган дори воситасидир.
 - ◆ Зарур терапевтик даража: ХММ - 2,0-3,0 (2,0-3,5 клапанларнинг механик протези бўлган беморларда).
 - ◆ Узоқ даволашда ХММ назорати камида ойига бир маротаба ўтказилиши зарур.
- Паст молекуляр гепарин – ҳозирги вақтда бу дорининг БФдаги самараси ҳақида тўлақонли ахборотлар йўқ, аммо у миқдорлаш осонлиги ва камдан кам ҳолларда ножўя таъсир келиб чиқиши билан ажралиб туради.
- Ацетилсалицил кислотаси варфаринга нисбатан анча паст самарага эга.
 - ◆ У антикоагулянт даволашга қарши кўрсатмалар бўлган ёки ушбу даво билвосита тайинланган беморларга кўрсатилган.
 - ◆ Агар тромбоземболик асоратлар хавфи жуда баланд бўлса, антикоагулянт даволашга ацетилсалицил кислотасини қўшиш мумкин, у кунда 50-100мг. тайинланади.

Дори воситалар ёрдамида синусли ритмни тиклаш.

Дорили кардиоверсия электик кардиоверсияга нисбатан кам қўлланилади. Дориларнинг паст самараси, синусли ритмни қайта тиклаш учун кўп вақт талаб қилиниши ва монитор орқали узоқроқ назорат зарурлиги уларни қўллаш доирасини торайтиради. Шифохона шароитида, доимий кузатув остида синусли ритм дорилар ёрдамида тикланса унинг хавфли томонлари камаяди.

- Юрак ритмининг назорат қилиш ва тромбоземболик асоратларни олдини олиш мақсадида тайинланган давони бемор томонидан қабул қилинаётганлигига аниқлик киритиш (ЮУСнинг камайиб бориши билан синусли ритм ўзи қайта тикланиши мумкин).
- Фармакологик кардиоверсия ўтказилишида калийнинг қондаги миқдори 4 мэкв/л, магний миқдори 2 мэкв/л, ионлашган кальций миқдори эса 1 мэкв/л бўлиши зарур.
- Фармакологик кардиоверсияни юрак ритмининг мониторинг билан олиб бориш керак, чунки бунда ЮУС назорат қилинади ва брадикардиянинг ҳамда дори воситаларининг ножўя ва проаритмоген таъсирининг олди олинади.

◆ Даво бошлангандан сўнг Q-T интервалини (айниқса Ia ва III синфга кирувчи антиаритмик дориларни қабул қилган беморларда) ва қоринчалар аритмияси ривожланишини олдини олиш мақсадида ритмни доимий кузатиб туриш лозим.

◆ Q-T интервалини узайишида (Q-T 550мс. дан ортиқ ёки бошланғич Q-T нинг 125%ни ташкил қилишида) ёки дориларнинг бошқа салбий таъсири пайдо бўлганда дори воситаларини ёки уларнинг синфини ўзгартириш зарур.

Q-T интервалини узайиши пируэт хилдаги тахикардия ривожланиш хавфи билан боғлиқ бўлган ҳолларда, дорилар билан даволашнинг дастлабки 48-72 соатида диққат билан ЭКГ-назорат қилиш ёрдамида унинг олдини олиш мумкин.

• Самарали кардиоверсиядан сўнг қуйидагилар зарур:

◆ БФнинг эрта қайталаниш эҳтимоли бўлгани сабабли муолажадан сўнг камида 3 соат давомида юрак ритмини монитор ёрдамида кузатиш лозим (қоринчаларнинг хавфли аритмиялари ривожланиши мумкин).

◆ Камида 4 ҳафта давомида (варфарин) антикоагулянтлар билан даволаш керак.

• Агар синусли ритм тикланмаса электр кардиоверсия ўтказилиши лозим.

Дорилар ва уларнинг миқдори:

• I а синф ◆ Прокаинамид в/и 100мг. дан ҳар 5 минутда юборилади, умумий миқдор 1г. етгунча (самараси 70%). Самараси ва ижобий натижаси бўйича пропафенондан устун ◆ Хинидин per os бошланғич миқдори 200-300мг.(юқори сезувчанликни аниқлаш мақсадида), зарурият туғилганда бир марта қабул қилинадиган миқдорни 400мг. гача ошириш мумкин. Самара бўлмаганда ҳар соатда яна 200мг. дан умумий миқдори 1г. етгунча тайинланади.

• 1с синф. Пропафенон – 2мг./кг в/и олдин болюс ҳолда, кейинчалик в/и томчилаб. БФ пароксизмини тўхтатиш самараси 76,1% (24 соатдан сўнг), в/и қўлланилиши самаралироқдир. Дори қўлланишидан кейин биринчи 4 соат ичида ритм тикланиши мумкин.

• 3 синф. Амиодарон, в/и болюс ҳолда қўлланилади.

• 2 ва 3 синф хусусиятларини ўзида сақлайдиган дори – соталол в/и.

Дори воситасини танлаш:

Антиаритмик дорини танлаш унинг қўллаш усулига, фармакологиясига, ҳамда мавжуд патологик ҳолатга боғлиқ.

• Амиодарон – ЮИК, чап қоринча дисфункциясида (қон отиш фракцияси пасайганда) ва юракнинг бошқа органик хасталиклари бор беморларда танлов воситаси ҳисобланади. У бошқа антиаритмикларга нисбатан камроқ проаритмоген таъсирга эга.

• Пропафенон – танлов воситаси, аммо мономорф қоринча тахикардиясини келтириб чиқариш эҳтимоли мавжудлиги туфайли ЮИК, чап қоринча дисфункцияси (қон отиш фракцияси 40%дан кам) билан оғрийдиган ёки анамнезида давомий қоринчалар тахикардияси мавжуд бўлган беморларга қўллаш мумкин эмас. Пируэт хилидаги тахикардия пропафенон қабул қилган беморларда камдан кам вужудга келади. Шунга қарамасдан ўлимга олиб келувчи бошқа аритмиялар – ўтказиши 1:1 бўлган бўлмачалар титраши, фибрилляцияга олиб

келувчи 1 минутда 300 тадан ортиқ бўлган қоринчалар тахикардияси вужудга келиши эҳтимоли мавжуд бўлгани учун беморни кардиомонитор кузатувиغا олиш зарур.

- Прокаинамид қоринчаларнинг вақтидан олдин кўзғалиш синдроми мавжуд бўлган беморларга кўрсатилган. Уни чап қоринча дисфункцияси (қон отиш фракцияси 40%дан кам) билан оғрийдиган беморларга тайинлаш мумкин эмас. Даволаш мобайнида юрак ритмини монитор орқали кузатиш ҳамда дорининг қондаги миқдорини тез-тез аниқлаб туриш лозим.

- Хинидин.

- ◆ Чап қоринча дисфункцияси (қон отиш фракцияси 40%дан кам) мавжуд бўлган беморларга кўрсатилмаган.

- ◆ Фақат ичишга мўлжалланган шакли мавжуд, шунинг учун самараси бир неча кундан сўнг намоён бўлиши мумкин.

- ◆ Токсик таъсирини олдини олиш мақсадида хинидиннинг қондаги миқдорини қатъий назорат қилиш лозим. Кардиомониторда Q-T интервалини кузатиш зарур, бу – даволаш бошида (48-72 соат) пируэт хилдаги тахикардиялар пайдо бўлишини олдини олади.

- Соталол самараси бўйича хинидин билан тенглаша олади, аммо β-блоклар хусусияти бўлганлиги учун ЮУСни яхшироқ назорат қилади ва салбий таъсири камроқ намоён бўлади.

- Дигоксиннинг БФни синус ритмига ўтказишдаги таъсири плацебо таъсирига яқин, шунинг учун уни қўллаш тавсия этилмайди.

- Кальций каналлари блокаторлари (верапамил ва дилтиазем) синусли ритмни тиклашда самарасиздир.

Синусли ритм тиклангандан сўнг БФнинг қайталанишини олдини олиш.

Синусли ритм тиклангандан сўнг қайталанишни олдини олиш мақсадида давомий антиаритмик даво чоралари заруриятини кўриб чиқиш керак. Антиаритмик даводан келиб чиқиши мумкин бўлган хавф – уни щифохона шароитида ўтказилган ҳолларда анча камаяди.

Дори воситалари

- Амиодарон. БФнинг қайталанишини олдини олишда самараси юқори (хинидин, соталол ва пропафенонга нисбатан).

Амиодарон ЮИК ҳамда қон отиш фракцияси пасайган ҳолларда кўрсатилган. Миқдори: кунига 400-800мг. ичиш учун, 3-4 ҳафта давомида 100-400 мг. гача камайтириш лозим ◆ Амиодарон ҳатто кичик миқдорларда ҳам баъзан (кунига 400мг.) брадикардия, ноҳўя неврологик, дерматологик, офтальмологик таъсирларни ҳамда қалқонсимон без функцияси ўзгаришини келтириб чиқариши мумкин.

- Пропафенон. Ичишга кунда 450, 600, 900 мг.

- Соталол – ЮИК ҳамда айниқса юқори АБ билан оғрийдиган беморларда кўрсатилган. Самараси пропафенон ва амиодаронга нисбатан пастрок. Яққол намоён бўлмаган юрак етишмовчилиги соталол буюришга қарши кўрсатма бўлмайди. Кунига 80 - 100 мг., тавсия этилади.

- Хинидин синусли ритмни ушлаб туришда соталолга тенг келади, аммо амиодарондан сустрок.
- Дигоксин тайинланишидан эҳтиёт бўлиш лозим, чунки у верапамил ва дилтиазем каби пароксизм давомийлигини ошириши мумкин.

БФ манзарасида қоринчалар қисқариши сонини назорат қилиш:

65 ёшдан ошган ёки камида битта тромбоемболик асорат ривожланиши хавфи бўлган беморларда синусли ритм тикланмасдан, фақатгина қоринчалар ритмини сақлаб туриш билан кечадиган даво усули қўлланилади.

- БФнинг доимий шаклида ЮУСни камайтириш лозим, бу юракнинг сезиларли зарарланишини олдини олади (узок вақт давом этувчи тахикардия ўзига хос кардиомиопатия ривожланишига олиб келади).
- Қоринчалар қисқаришини бир маромда сақлаб туриш БФнинг пароксизми мобайнида ҳам муҳимдир, чунки у клиник белгиларни камайтиради ва гемодинамиканинг мувозанатлашувига сабаб бўлади.

Асосий қоидалар:

- ЮУСни бир маромда ушлаб туриш чоралари самарасини баҳолаш учун – уни беморда тинч ҳолатда ҳамда 20-30 минут жисмоний ҳаракатдан сўнг аниқлаш лозим.
- Қоринчаларнинг тезлашган қисқаришида уни мос равишда секинлаштириш керак – кўпчилик беморлар учун у бир минутда 60-90 тага тенг, жисмоний ҳаракатдан сўнг 120 тадан ортиқ эмас.
- Касалликнинг оғир даражаси белгилари кузатилган ва гемодинамикаси ўзгарувчан бўлган беморларга ДВ шифохонада в/и тайинланади. Умумий аҳволи яхшиланган беморларда даво амбулатория шароитида таблеткалар ёрдамида олиб борилади.
- Агар ДВ қўлланилгандан сўнг ЮУС жуда камайиб кетса (беморда унинг белгилари пайдо бўлганда) – хронотроп таъсирга эга ДВ миқдорини камайитириш ёки умуман улар билан даволашни тўхтатиш лозим.

Брадикардия ҳамда унинг клиник белгилари сақланган ҳолларда электрокардиостимулятор имплантацияси кўрсатилган.

- БФда қоринчалар қисқариши сонини ортиб бориши оғирлашаётган юрак етишмовчилигининг белгиси бўлиши мумкин. Бу ҳолларда фақатгина қоринчалар қисқариши сонини камайитиришга қаратилган чоралар кифоя қилмайди.

Дори воситалари ва уларнинг миқдори

- β-адреноблокаторлар:

◆ Метопролол: в/и – умумий миқдори 15мг.га етгунча 5мг.дан 5 минут танаффус билан; кунига 2 маҳал 50-100мг.дан ичилади.

◆ Атенолол: в/и – 5 мг.дан 2 мартаба 5 минут танаффус билан; кунига 2 маҳал 25-100 мг.дан ичилади.

◆ Пропранолол: в/и - умумий миқдори 8мг.га етгунча 1мг.дан 2 минут танаффус билан; кунига 3 маҳал 10-120 мг.дан ичилади.

- Кальций каналлари блокаторлари:

◆ Дилтиазем: кунига 240мг. миқдорда ичилади (дигоксин билан тайинланиши яхши натижа беради); в/и 0,25-0,35 мг./кг, кейинчалик 5-15 мг./соат миқдорда томчилаб қуйилади.

◆ Верапамил: кунига 240 мг.гача ичилади; в/и 5-10 мг. қуйилади, натижаси бўлмаганда шу миқдорда 20 минут танаффус билан қайта в/и юборилади.

◆ Юрак гликозидлари – дигоксин (ЮУС ни тез секинлаштиради: 0,75-1,5 мг. ичилади ёки хар 12-24 соатда 3/4 миқдорга бўлиниб в/и юборилади; ушлаб турувчи миқдори: кунига 0,125 мг. ёки в/и юбориладиган миқдорни 0,5 мг.гача кўтариш мумкин).

Дориларни танлаш

• β-адреноблокаторлар ёки кальций каналлари блокаторлари танлов препаратлари сифатида ишлатилади. Улар қўлланилганда жисмоний машқларга чидамлик ошиб боради. Кальций каналлари блокаторлари шунингдек ЎСОКдаги юрак ритми бузилишини назорат қилишда яхши самара беради.

• Дигоксин.

◆ БФ да юрак ритмини назорат қилишда монотерапия сифатида тавсия этилмайди (самаранинг секин ривожланиши, юқори токсиклик, юрак ритмини назорат қилишда кам самарадорлик). Унинг β-адреноблокаторлар ва кальций каналлари блокаторлари билан бирга тайинланиши мақсадга мувофиқ.

◆ Дигоксин тинч ҳолатда ЮУСни пасайтиргани билан жисмоний ҳаракатда уни бир маромда ушлаб турмайди.

• Дигоксин 0,25мг.+дилтиазем 240 мг. бирга ишлатилганда дигоксин 0,25 мг.+атенолол 50мг. бирга қўлланилганга нисбатан самарасизроқ.

Чегараланишлар:

• БФ негизида қоринчаларнинг вақтидан олдин кўзғалиши синдроми бўлган беморларда β-адреноблокаторлар ва кальций каналлари блокаторлари ёки юрак гликозидлари қўлланилмайди, чунки АВ-туғунда ўтказувчанликни сусайишига қарамай импульснинг қоринчаларга ўтказилиши пасаймайди, айрим ҳолларда ҳатто кучайиши ҳам мумкин.

• Юрак етишмовчилигида верапамил ва дилтиазем бемор ҳолатини оғирлаштиради. Бу ҳолларда дигоксиннинг самарали дозаси ва беморни доимий кузатиб β – блокаторлар кичик миқдорларда тайинланади.

• Биринчи мартаба вужудга келган БФ ўткир ҳолат ва шунга монанд қондаги катехоламинлар миқдорини ошиши билан боғлиқ бўлиши ва бундай ҳолларда дигоксин тайинланиши хавф туғдириши мумкин. У ўзининг токсик таъсири оқибатида қоринчалар аритмиясини келтириб чиқариш эҳтимоли мавжуд.

Даволаш бўйича мутахассислар маслаҳати

БФ (пароксизмал ва доимий шакллари) бўлган беморларни умумий амалиёт врачлари даволаши лозим. Мутахассис маслаҳатига қуйидаги ҳолларда мурожаат қилинади.

• Кардиолог маслаҳатига даволашда дори воситаларни алмаштириш, бошқа даволаш чора – тадбирларини қўллаш ва беморга қизилўнғач орқали ЭХОКГ ўтказиш зарурлиги билан боғлиқ ҳолатларда.

- Аритмолог/Кардиохирург – кардиоверсия ўтказиш ҳақида маслаҳатлашиш, кўшимча даво турлари, яъни АВ-тугуннинг кейинчалик электрокардиостимулятор имплантацияси билан кечадиган абляцияси, кардиовертер-дефибриллятор имплантацияси ва БФ даволашда қўлланиладиган бошқа чора – тадбирлар.
- Невропатолог: неврологик асоратларни олдини олиш мақсадида ҳар 3-6 ойда кўрик зарур (айрим беморларда мия томирлари тромбоэмболияси белгиларсиз кечади).
- Бошқа мутахассислар маслаҳати – касаллик сабаби юрак билан боғлиқ бўлмаган ҳолларда (асосий касалликни даволаш мақсадида): эндокринолог, пульмонолог кўриги.

Бемор учун ахборот:

Беморга БФ асосида ётувчи патологик жараёни тушунтириш, тайинланган даводан кутилаётган самара ҳақида, дори воситаларининг ножўя таъсири ҳамда уларни ўз вақтида қабул қилишнинг аҳамияти тўғрисида суҳбат ўтказиш (беморнинг давога нисбатан диққатини ошириш мақсадида).

Биринчи бор вужудга келган БФ инсулт оқибатида ўлим юқори даражада бўлишига қарамасдан, бемор учун дориларнинг ножўя таъсири ҳам хавфлидир. Шунинг учун беморнинг ўзида ўтказилаётган даво ҳақидаги қарорларда иштироки ва ўз аҳволига синчковлик билан ёндашишга ўрганиши – уни даволашни асосий тамойилларидан биридир. Чунки БФ даволашнинг айрим усулларида, ҳамда бемор унинг мақсадини тушунмаган ҳолларда ўлим сони ошиши кузатилади.

Суҳбатлар давомида беморга албатта қўйидагиларни тушунтириш зарур:

- БФ – давомий даво талаб қиладиган (бутун умр давомида ҳам бўлиши мумкин) сурункали касалликдир.
- Даволашдан қандай натижа кутиш лозим:
 - ◆ Мисол учун пароксизмал бўлмачалар фибрилляциясида алоҳида диққатни хуружлар сонини камайтиришга қаратилган бўлса ҳам бироқ пароксизмларнинг яна вужудга келиш эҳтимоли сақланиб қолади.
 - ◆ БФнинг доимий турида даво ЮУСни 90 тадан камроқ даражада ушлаб туришга йўналтирилган, шунинг учун беморни ритмик бўлмаган ҳолда ҳам пульсни санашга ўргатиш зарур.
- Бемор аҳволидаги ҳар қандай ўзгаришларни ёзиб бориш лозим: юрак уриб кетиши, бош айланиши, жисмоний юкламаларга чидамликни пасайиши, тери остига қон қуйилишлар сонини ошиши, қон кетишга мойиллик пайдо бўлиши (ортиқча антикоагулянт қўлланилиши натижасида бўлиши мумкин).
- Ҳар қандай дори тайинланишининг мақсадини беморга тушунтириш, мисол учун варфарин инсултларни олдини олишда катта аҳамиятга эга лекин пароксизмларнинг учраш сонига ҳамда, БФ ни намоён бўлишига таъсир кўрсатмайди.
- Дориларни ножўя таъсирлари билан беморларни таништириш керак.
- Қаҳва, аччиқ чой қабул қилишни чегаралаш, алкоғол моддалар қабул қилиш ва чекишни ман қилиш.

Беморни кузатиш

Шифокор кузатувининг асосий мақсади, олиб борилаётган даво самарасини баҳолаш, уни янада яхшилаш ва беморнинг давога нисбатан муносабатини аниқлаш ҳисобланади.

Юрак уриш сони дорилар билан назорат қилинадиган БФнинг доимий шакли:

Ҳар 3-6 ойда шифокор кўриги, зарур бўлганда ундан ҳам кўпроқ;

- Анамнез йиғишнинг ўзига хос томонлари;

- ◆ Аниқланг:

- ◆ Беморнинг жисмоний юкламаларга чидамлилиги, ошиб бораётган ҳолсизлик мавжудлиги, ҳансирашнинг борлиги;

- ◆ Юрак етишмовчилигига хос бошқа шикоятлар;

- ◆ Гипертония касаллиги бўлган тақдирда АБ кўрсаткичини бемор кундалигидан аниқлаш;

- ◆ Неврологик ўзгаришларга хос белгилар ёки шикоятларга аҳамият бериш; Зарур бўлса беморни невропатолог кўригига юбориш;

- 60 секунд давомида ЮУС ва пульсни санаш, БФнинг доимий шаклида – 20-30 секунд жисмоний ҳаракатдан сўнг ҳам пульс ва ЮУС аниқлаш (ЮУС бир минутда 120 тадан ошмаслиги керак);

- Шишлар, жигар катталашуви, юрак чегаралари кенгайиши ва юрак етишмовчилигининг бошқа белгиларини текшириш;

- Варфарин узоқ вақт қабул қилинганда қон ивиш вақтини назорат қилиш (зарур бўлган даражаси: клапанлар протезлари бўлмаган ҳолларда 2,0-3,0; улар бўлганда 2,0-3,5). Бемор аҳволи яхшиланганда ва тўғри тайинланган дозада – ойига 1 маротаба.

- Ҳар 3-6 ойда, керак бўлса кўпроқ ЭКГ – назорати;

- ЮУСни керакли даражада назорат қилишни аниқ баҳолаш имкони бўлмаганда ЭКГ-мониторинги;

- Дори воситаларнинг эҳтимолли ножўя таъсири белгилари пайдо бўлишига эътибор қилиш.

Керак бўлмаган қон анализлари тайинлашни чегаралаш, уларни фақат даво самарасизлиги сабаблари ва дориларнинг ножўя таъсирини аниқлаш мақсадида буюриш.

- Бемор билан тез-тез суҳбатлар ўтказиш.

Синусли ритмни дорилар ёрдамида ушлаб туриш

Ҳар 3-6 ойда врач кузатуви, зарур бўлса кўпроқ;

- БФ ёки тромбоэмболик асоратларга хос бўлган неврологик шикоятлар ҳақида сўраш;

- Варфарин билан даволашда ХММни аниқлаш;

- Антиаритмик ДВнинг ножўя таъсирлари, айниқса синусли тугун функциясига таъсир – жисмоний юкламаларга чидамлилик пасайиши ва синкопал ҳолатлар кузатилиши мумкин;

- Антиаритмик даволашни бошида ҳар 2-4 ҳафтада ЭКГ назорати ўтказиш. Антиаритмик ДВ 1а ва 3 гуруҳлари тайинланган беморларда Q-T оралиғи

узунлигини ва QRS комплексини кузатиб бориш (1а гуруҳ дори воситалари тайинланган беморларда QRS комплексини кенгайиши коринчалар аритмияси ривожланиши хавфи ҳақида далолат бериши мумкин.)

- Белгиларсиз пароксизмларни ва синусли тугун ишидаги танаффусларни аниклаш мақсадида амбулатор ЭКГ мониторинг заруриятини баҳолаш (улар белгили шаклларга нисбатан 12 марта кўпроқ учрайди).
- БФ қайталаниши ва тромбоемболик асоратлар хавфи паст булган беморларда қоринчалар қисқаришини назорат қилувчи антиаритмик ва антикоагулянт дориларни (кардиоверсиядан 4 ҳафтадан сўнг) бекор қилиш тўғрисида кардиолог билан маслаҳатлашиш.
- Бемор билан тез-тез суҳбатлар ўтказиб туриш.

БФ пароксизмларининг айрим ҳолларда учраши

- Пароксизмнинг клиник белгилари мавжуд бўлган ҳолларда давони ўзгартиришдан олдин албатта ЭКГ мониторингни ўтказиш лозим.
- Антикоагулянтлар билан даволаш зарурлигини баҳолаш.
- БФ пароксизмлари тез-тез безовта қиладиган, ҳаёт сифати пасайган ва юрак етишмовчилиги ёки унинг бошқа органик ўзгаришлари мавжуд бўлган беморларга антиаритмик давони ўзгартириш, кучайтириш ёки янгилаш ҳақида кардиолог билан маслаҳатлашиш.

Алоҳида ҳолатлар:

- Амiodарон билан даволаш айрим ҳолларда жиддий ножўя таъсирларга олиб келиши мумкин.
- ◆ Суриштириш: йўтал, жисмоний юкламаларда хансираш;
- ◆ Кўкрак қафаси аъзоларининг рентгенографияси (ҳар йили);
- ◆ Жигарнинг функционал синамалари (ҳар 6 ойда);
- ◆ Қалқонсимон без фаолиятини баҳолаш (ҳар 6 ойда);
- Беморни электрокардиостимулятор қўйилган тиббиёт муассасасида стимулятор ишини кузатиш мақсадида баъзан назорат қилиш.

Прогнози ва асоратлари

Юрак касалликлари билан оғриган беморларда БФ сурункали шакли ривожланиши ўлим ҳолларини 2 маротаба оширади.

БФ ўлимга олиб келувчи асосий асорати бўлиб – инсульт ҳисобланади.

Клапанлар патологияси бўлмаган, БФ билан оғриган беморларда бир йилда инсульт ривожланиш хавфи 5 % га тенг. 75 ёшдан ошган беморларда у янада ошади.

Қўшимчалар:

БФ нинг вагусли тури – юракда органик ўзгаришлар бўлмаган эркакларда одатда 40-50 ёшда кўпроқ кузатилади. Белгилар аксарият ҳолларда кечкурун, дам олиш вақтларида ва алкоголь қабул қилингандан сўнг пайдо бўлади. β-блокаторлар ва дигоксин қўлланилиши БФ учраш сонини ошириши мумкин.

БФ нинг адренергик тури – асосан кундузи вужудга келиб ва эмоционал зўриқиш ёки жисмоний ҳаракат билан боғлиқ бўлади. ЮУСни бир минутда 60 та бўлишидан сўнг бошланиб, полиурия билан характерланади. Даволашда β-блокаторлар энг самарали дори ҳисобланади.

Ўчоқли бўлмачалар тахикардияси - тожсимон ўсимта ёки ўпка веналаридан келиб чиқади ва БФга сабаб бўлиши мумкин. Бу касаллик билан оғриган беморлар, БФга чалинганларнинг барчаси орасида жуда оз қисмини ташкил қилади ва асосан ёшларда учрайди. Улардан олдин бўлмачалар экстрасистолиялари пайдо бўлиши мумкин. Ўчоқли бўлмачалар тахикардиясига тез-тез вужудга келадиган ва ўз-ўзидан йўқоладиган пароксизмлар хос. Бундай беморларни триггер майдоннинг радиотўлқинли абляциясини ўтказиш ҳақида қарор қабул қилиш учун электрофизиолог кўригига эрта юбориш зарур.

ҚОРИНЧАЛАР ФИБРИЛЛЯЦИЯСИ

Қоринчалар фибрилляцияси (ҚФ) – қоринчалардаги миокард толаларининг алоҳида тўлиқ асинхрон қисқариши билан ифодаланиб, систола ва зарб ҳажмининг самарали қисқаришининг камайиши билан намоён бўлади. ҚФсида беморларга кардиоренимация бўлимида ёрдам кўрсатилмаса, у ўлимга олиб келади.

90% дан кўпроқ ҳолатларда юрак тўхташи ҚФ билан боғлиқ, шунинг учун юракни билвоста массаж, электр дефибриляция, ЎСВ ва дорилар билан даволашни тезда бошлаш керак.

Классификацияси • Тарқалиши бўйича – ҳилпиллаш ва титраш ♦ Қоринчалар ҳилпиллаши – мунтазам бўлмаган тўлқин тебраниши 1 минутда 400-600 гача ҳар ҳил амплитудали ва шаклли ♦ Кичик тўлқинли ҚФ – тўлқин амплитудаси 5 мм дан кам ♦ Катта тўлқинли ҚФ – амплитуда 5 мм дан ортиқ ♦ Қоринчалар титраши – мунтазам, синусоидал турида тўлқин қисқариши 1 минутда 300. Асосий белгиси изоэлектрик чизиқни йўқлиги. ҚФ – одатда қоринчалар пароксизмал тахикардияси хуружидан ёки эрта экстрасистолиядан кейин бошланади • Ёндош касалликлар бўлишига қараб ♦ Бирламчи ҚФ – (кўпроқ ўткир қон-томир етишмовчилиги туфайли) – 50% ҳолларда ЮИҚда ўлим кузатилади. 30% беморларни электродефибриляция ёрдамида ўлимдан сақлаб қолинади ♦ Иккиламчи ҚФ – одатда қоринчалар майда тўлқинли ҳилпиллаши натижасида пайдо бўлади ва беморларда юрак ҳамда қон томирларнинг оғир зарарланишлари (тарқоқ миокард инфаркти, дилатацияли кардиомиопатия, декомпенсацияланган юрак нуқсони, инсульт), сурункали ўпка-юрак етишмовчилиги, онкологик касалликларда ривожланади. Дефибриляция самарадорлиги паст.

Этиологияси • Миокард инфаркти ёки ишемияси • Қоринчалар пароксизмал тахикардияси • Юрак гликозидларидан интоксикация • Электролитлар мувозанати бузилиши • Электрик шок • Гипотермия • Қон томири ангиографияси • Дори воситалари: юрак гликозидлари (страфантин К), симпатолитиклар (эпинефрин, орципринолин, сальбутамол), барбитуратлар, наркоз учун воситалар (циклопропан, хлороформ), наркотик анальгетиклар, фенотиазид ҳоалари (хлорпромазин, левопромазин), амиодарон, соталол, 1- гуруҳ антиаритмик препаратлари.

Даволаш – шунингдек юрак тўхташи бўлимига ҳам қаранг • Дефибриляция – ҚФсини даволашнинг асосий усули, (биринчи даража – 200 Дж, иккинчи – 300 Дж, учинчи – 360 Дж) • Эпинефрин 1 мг. вена ичига (самара бермаганда ҳар 5 минутда қайтарилади) • Такрор дефибриляция (3 марта 360 Дж дан) эпинефрин

юборилганда 1 минутдан кейин • Лидокаин 50-100 мг. вена ичига оқим билан самара бермаганда 5 минутдан кейин шу дозани яна такрорлаш керак.

Қисқартма. ҚФ - қоринчалар фибрилляцияси.

ХКК –10 •149.0 қоринчалар фибрилляцияси ва титраши.

ЎТКИР БУЙРАК ЕТИШМОВЧИЛИГИ

Ўткир буйрак етишмовчилиги (ЎБЕ) - буйракларнинг гемостатик функцияси бузилиши билан кечувчи патологик ҳолат бўлиб, келиб чиқишига кўра ишемик ёки токсик бўлади, бир неча соат, кунлар, ҳафта мобайнида ривожланиб тез тикланишга мойил.

ХКК – 10 • N17 Ўткир буйрак етишмовчилиги.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯСИ

Касалланиш, тарқалиши. Ҳар йили 1 млн. аҳоли сонига 40-200 ЎБЕ ҳолатлари тўғри келади. Шифохонага ётқизилган беморларнинг 5%да ЎБЕ ривожланади, жумладан очик юракда операция ўтказилган йирик хирургик муолажасидан сўнг 10-15% беморларда кузатилади.

Жинсга ва ёшга боғлиқ кечиш хусусияти. ЎБЕ кўпроқ янги туғилган чақалоқларда, ҳомиладорларда ва 60 ёшдан ошганларда учрайди (ёшларга нисбатан 5 марта кўпроқ). 2000-5000 та ҳомиладорларда 1 та ЎБЕ ҳолати қайд қилинади. Ҳомиладорлик даврида кузатиладиган ЎБЕда 10-30% ҳолларда кортикал некроз кузатилади.

Ўлим кўрсаткичлари. Ўлим олигоурия аниқланган беморларда 50% ни ва у бўлмаган беморларда эса 26% ни, травма ёки хирургик аралашуви билан боғлиқ бўлган каналчалар некрозида 60% ни, ҳомиладорликда эса 10 - 15% ни ташкил этади. Патологик жараён яқка ҳолда кузатилганда ўлим кўрсаткичи пастроқ бўлиб ўпка, жигар ва юрак етишмовчилиги қўшилганда 70% гача ортиши мумкин.

ПРОФИЛАКТИКАСИ

Мақсад – буйрак фаолиятини сақлаб қолиш, гемодиализга бўлган талабни камайтириш, ўлим билан тугаш эҳтимолини, асоратлар ва сурункали диализга ўтказишни олдини олиш.

- Хавф омилларини бартараф қилиш.
- Диабетли, миелом нефропатия ва бошқа буйрак касалликларини авж олиш босқичида вена ичи урографиясини ман этиш.
- ЎБЕ хавф омиллари бўлган ҳолатларда рентген-контраст текширув ўтказишдан 12-24 соат олдин полиурия чақириш мақсадида 0,45% натрий хлор эритмаси вена ичига юбориш ва буни текширувдан кейин ҳам 24 соат мобайнида давом эттириш.
- Ангиография ёки юракда бажарилган хирургик амалиёти туфайли келиб чиқиши мумкин бўлган ЎБЕ ни олдини олиш мақсадида юбориладиган ҳалқали диуретикларнинг изотоник эритмаларга нисбатан самарасизлиги ҳозирги кунда исботланган.

- Потенциал нефротоксик дори воситаларини қабул қилишни бекор қилиш: гентомицинни 7 кундан ортиқ бермаслик, вазоренал АГда каптоприл қўлламаслик, бундан ташқари сульфаниламидлар ва ЯҚНДВ нефротоксик таъсирга эга эканлигини унутмаслик.
- ЎБЕ олдини олиш мақсадида, унинг самарадорлиги плацебоникидан фарқланмаслиги сабабли допамин тавсия этилмайди.
- Кальций каналлари блокаторларини ЎБЕ сонини камайтириш мақсадида қўллаш ўзининг самарасизлигини исботлади.
- Аминогликозидлар буюрилганда кунлик дозаси унинг 2\3 қисмини ташкил қилиши керак.
- Рабдомиолизда қуйидагилар кўрсатилган: диурезни тиклаш мақсадида катта миқдорда ва эрта суюқлик юбориш, маннитол 15-20% (кунлик миқдори 25 гр ташкил қилиши лозим), 200-400 мл миқдорда вена ичига, сийдикни ишқорлаштириш учун 4% ли бикарбонат натрийни 5% ли 1л глюкоза эритмасида эритиб юбориш.
- Нордон сийдик кризи хавфи бўлганда 600 мг.гача аллапуринолни ичишга буюриш, сўнг кунда 100-300 мг. тавсия этиш, сийдик ажралишини кучайтириш ҳамда унинг ишқорийлигини 6,5-7,0 га етказиш.
- Дорилар таъсиридаги интерстициал нефрит: нефрит белгилари йўқолгунга қадар кунда 60мг. миқдорида преднизолон буюриш.
- Болаларда E.coli 0157:H47 чақирган диарея аниқланган тақдирда, гемолитик-уремик синдромни олдини олиш мақсадида антибактериал даво тавсия этиш.

СКРИНИНГ

Хавфли омиллар таъсирида (ёки ноаниқ сабабларга кўра) тезликда (бир неча соат, кун ва хафтада) қон зардобида мочевино ёки креатинин миқдорини кескин ошиши, диурезни кунда 500 мл. дан кам ёки бир соатда 20 мл.гача тушиши (баъзан диурез кўпайиб ёки камайиб туриши мумкин).

КЛАССИФИКАЦИЯСИ

Ривожланиш механизмига кўра постренал ренал ва преаренал ЎБЕ фарқланади.

- Преренал ЎБЕ (гиповолемиа, айланиб юрувчи қон ҳажмининг камайиши) ♦ Юрак зарб ҳажмини камайиши (кардиоген шок, юрак тампонадаси, аритмиялар, юрак етишмовчилиги, ЎАТЭ, қон кетишлар) ♦ Тизимли вазодилатация (сепсисдаги эндотоксинли шок, анафилаксия, вазодилататорларни қўллаш) ♦ Тўқималарга суюқликни чиқиши «секвестрацияси» (панкреатит, перитонит, жигар циррози, жигар резекцияси, холестаза, нефротоксик синдром) ♦ Қайт қилиш, диарея, диуретик ёки сурги воситаларини қўллаш, куйишда суюқлик йўқотилиши.
- Ренал ЎБЕ (ишемия) ♦ Ўткир тубуляр некроз-нефротоксик таъсир қилувчи моддаларни (оғир метал тузлари, алкоголь суррогатларни, захарлар, дори-воситалар – антибиотиклар, ААФ ингибиторлари, НЯҚДВ, диуретиклар, рентгент контраст воситалар, органик эритувчилар) қўлланилиши ♦ Каналчалар ичини пигментлар билан блоканиши (узоқ вақт эзилиш синдромида –

миоглабин билан, тутканокда, электротравмаларда, совук урганда, чўзилган астматик статуста, комаларда; эритроцитлар гемолизиди), ок цилиндрлари (миелом нефропатияси, парапротеинозлар), сийдик кислота кристаллари (подаградаги нефропатия, миелом нефропатия, лейкозларни цитостатиклар билан даволаш) ♦ Буйракларнинг яллиғланиш ва моддалар алмашинуви касалликлари (тез авж олувчи гломерулонефрит, бошқа гломерулонефритлар, Гудпасчер синдроми, лептоспироз, пиелонефрит) ♦ Буйрак қон-томирларининг шикастланиши (гемолитик, уремик синдром) тромботик, тромбоцитопеник пурпура, тизимли склеродермия, тизимли некротизовчи васкулитлар, артерия ёки веналар тромбози, хавфли АГ, атеросклеротик эмболия, қорин аортасининг қаватланувчи аневризмаси.

- Постренал ЎБЕ ♦ Сийдик чиқарув йўллариининг окклюзияси (сийдик йулининг тош, ўсма билан беркилиб қолиши, сийдик қопи бўйинчасини аденома билан обструкцияси, сийдик канали стриктураси), некротик папиллит, ретроперитониал фиброз, орқа мия жароҳатлари ♦ постренал ЎБЕ ривожланишида бир томонлама обструкция бўлган ҳолда, иккинчи томонда рефлекс афферент вазоконстрикция юзага келиши натижасида анурия ривожланиши мумкин.

- Аренал ЎБЕ: ягона буйракнинг жароҳати ёки уни олиб ташлаш ҳолатларида.

Қўшимча тафовут қилинади: • олигурик ЎБЕ (диурез кундан 500 мл.дан кам) ва олигурик бўлмаган ЎБЕ (диурез кунда 500 мл.дан кўп) • Катоболик ЎБЕ (ўткир сепсис ҳолатлари, куйиш касаллиги, узоқ эзилиш синдроми қондаги мочевиани ўсиш тезлиги кунда 5-25 ммоль) ва катоболик бўлмаган ЎБЕ (мочевинанинг ўсиш тезлиги кунда 5 ммоль дан кам) • Оғир ЎБЕ диагностикаси креатинин миқдори 5,5 мг. %дан (500 мкмоль/л.) кўп ёки гемодиализ ўтказишга кўрсатма бўлган ҳолат.

ЎБЕ БОСҚИЧИЛАРИ

• Бошланғич (1-3 кун) - этиологик омилнинг бошланғич таъсир вақти (шок, сепсис, захарланиш) • Олигурик/азотемик (1-2 ҳафта) шикастловчи таъсирдан сўнг 1-3 кундан кейин ривожланади • Диурез тикланиш босқичи (5-10 кун) – диурезни кунда 500 мл.гача аста секин кўпайиб бориши билан характерланади • Полиурия босқичи – азотемия камайиши ва гемостаз тикланиши билан кечадиган клиник яхшиланиш кузатилади • Тузалиш босқичи – 1 йил ва ундан кўп вақт давомида буйрак фаолиятининг тикланиши билан кечади.

ДИАГНОСТИКАСИ

Диагноз қўйишда ЎБЕ келиб чиқиш сабаби, механизми (преренал, ренал, постренал, аренал), оғирлик даражаси ва ривожланган асоратлари ҳисобга олинади. Мутахассислар билан келишилган ҳолда ЎБЕ диагнози зардобдаги креатинин миқдори 2-3% (200-250 мкмоль/л ёки 0,5 мг. %, 45 мг.моль/л) дан ортиши ёки юқори меъёр чегарасидан – 2 мг. % (170 мкмоль/л) дан икки баробар кўпайган бўлса қўйилади.

АНАМНЕЗИ

Анамнезда куйидаги ҳолатлар ҳисобга олинади • Буйрак касалликлари • Инфекцион ҳолатлар • Умумий ёки тизимли (системали) касалликлар • Дори воситалар (аутоиммун касалликларда циклоспорин), шу билан бир қаторда нефротоксик (аминогликозидлар, ААФ ингибиторилар, амфотерицин В, иммуносупрессив НЯҚДВ, рентген контраст моддалар) моддаларни қўллаш • Қайта қон куйиш • Тана қисмларини узоқ эзилиш синдроми • АГ • Қайд қилиш, ич кетиши, қон кетиши • Ҳомиладорлик • Туғруқдан кейинги идиопатик ЎБЕ (асоратсиз туғруқлардан сўнг бир неча ҳафтадан кейин ривожланиб, оғир АГ билан бирга кечиб, патоморфологик жиҳатдан гемолитико-уремик синдромни эслатади) • Кўпчилик беморларда ажралаётган сийдик миқдори камайиши, камдан-кам ҳолатларда полиурия ёки мутлоқ (тўлиқ) анурия кузатилганлиги хақида маълумот.

ФИЗИКАЛ ТЕКШИРУВЛАР

- Гиповолемия (ЎБЕ га олиб келган) – кўз олмаларининг ичкарига кириб кетиши (ботиши, киртайиши), тери куруқлашиши, артериал гипотензия.
- Буйрак касалликлари.
- ◆ Шишлар, АГ.
- ◆ Сийдик йўллариининг обструкцияси – бел соҳасидаги оғриқ ёки буйрак санчиғи (бемор ўзини қўйишга жой топа олмайди, сийганда ёки катетеризацияда сийдик ажралмаслиги;
- ◆ Анурия ҳолатлари, периферик ва бўшлиқларда суюқлик тўпланиши, ўпка ва мия шиши кузатилади;
- ◆ Уремик интоксикация белгилари: адинамия иштаҳа йўқолиши, қайд қилиш, уйқучанлик, карахтлик; олигурик – анурик ЎБЕ ривожланган ҳолда мушак тортишишлари, брадикардия кузатилиши мумкин.
- Умумий ёки тизимли, инфекцион касалликлар – тери ва бўғимлардаги ўзгаришлар, лимфоаденопатия, спленомегалия, асцит, гидроторакс, юрак чегараларини кенгайиши, ритм бузилишлари, юракдаги шовқинлар, тана ҳарорати кўтарилиши.
- Кўп аъзолар етишмовчилик белгилари.
- Юрак қон-томир бузилишдаги ўзгаришлар: гиперкалиемия ҳолатидаги ритм бузилишлари, АГ, тахикардия, юрак чегаралари кенгайиши, тонлар бўғиқлашиши, чўққидаги систолик шовқин, баъзида перикард ишқаланиш шовқини.
- Нафас тизими касалликлари, ҳансираш (ўпкаларни уремик шиши, ацидоз, катталарнинг респиратор дестресс синдроми, бактериал пневмония).
- МНС даги ўзгаришлар: карахтлик, кома, тортишишлар, психозлар, Куссмаул нафаси.
- ОИТ даги ўзгаришлар: қориндаги оғриқлар, жигар катталашиши.

ЛАБОРАТОР ВА МАХСУС ТЕКШИРУВЛАР

- Қоннинг умумий таҳлили, лейкоцитлар формуласи: анемия, олигоурия, лейкоцитоз.
- Қондаги электролитлар миқдори;

- Қон зардобидаги мочевино, креатинин, глюкоза миқдори;
- Сийдикнинг умумий таҳлили ♦ Сийдикнинг солиштирма оғирлиги, оқ миқдори, лейкоцитлар, гемоглобин миқдори, эритроцитлар, лимфоцит, эозинофил (ўткир интерстициал нефрит учун хос), цилиндрлар миқдори аниқланади ♦ Агар сийдикда эритроцит ёки оқ аниқланмаса, гломеруляр касалликларга шубҳа камаяди ♦ Ўткир найчалар некрози билан оғриган 75% беморларда сийдик таҳлилида кўнғир, донадор ёки хужайрали цилиндрлар ва кўп миқдорда буйрак каналчалари эпителиал хужайралари аниқланади ♦ Сийдик чўкмасида эритроцитлар бўлмаган ҳолатда аниқланган пигмент цилиндрлар гемоглобинурия ёки метгамоглобинурияда кузатилиши мумкин ♦ Сийдикнинг солиштирма оғирлиги 1,012 дан тушиб кетиши салбий оқибатдан дарак беради (каналчалар концентрация функцияси бузилишидан далолат) ♦ Гломеруляр касалликлар: сийдикда ўзгарган эритроцитлар аниқланиши хос ♦ Интерстициал нефрит: сийдикда эозинофиллар ва лимфоцитлар топилади.
- ЎБЕ нинг ҳамма ҳолатларида сийдикнинг бактериологик текшируви ўтказилади;
- Артериал қондаги газ таркиби ва рН ни аниқлаш;
- ЭКГ, кўкрак қасаси аъзолари рентгенографияси;
- Айланиб юрган қон ҳажми, гемокритни (гипер ёки гиперволемиа) аниқлаш. ЎБЕ келиб чиқиш сабаблари ноаниқ бўлганда қуйидаги текширувлар ўтказилади • СРО, қон зардобидаги кальций ва КФК ни аниқлаш • Қонни бактериологик текшириш • Аутоантителалар: АНАТ, ДНКга АТ, антинитрофил цитоплазматик АТ, баъзан коптокчалар мембранасига АТ, комплемент компонентлари, Jg • Қон зардоби оқлари электрофарези • Сийдикнинг биохимик текшируви (ренал ва преренал ЎБЕ қиёсий диагностикаси мақсадида): сийдикдаги натрий, хлоридлар, креатинин миқдорини, осмолярлигини аниқлаш • Сийдик йўллари обструкцияси клиник томондан аниқланмаса КТ ёки УТТ ўтказиш • Буйраклар биопсияси (ЎБЕ классик кечишида ўтказилмайди): буйракларнинг бирламчи касаллигига шубҳа қилинганда, ўткир дорили интерстициал нефрит ёки васкулит, қон томирларни шикасталаниши ёки тизимли касалликлар, маълум бир сабабсиз юзага келган олиго-ануриянинг 3 ҳафтадан ортиқ сақланиши.

ДИФФЕРЕНЦИАЛ ДИАГНОСТИКАСИ

- ЎБЕ биринчи бор аниқланганда СБЕ дан фарқлаш лозим: сурункали буйрак касалликлари ёки анамнезида буйрак касалликлари белгилари, чап қоринчанинг гипертрофияси (юрак чегаларининг чапга кенгайиши, ЭКГ даги ўзгаришлар), гипертоник ретинопатия, яққол анемия, никтурия, буйрак ҳажмларини кичиклашиши, экзогенлигини ортиши СБЕ да аниқланади.
- Преренал, ренал ва постренал ЎБЕ нинг чегараларини белгилаш ♦ Биринчи навбатда преренал ЎБЕ ни истисно қилинади (гиперволемиа, артериал гипертензия), чунки гемодинамика бузилишини даволаш туфайли тезда буйрак фаолиятини тикланишига эришилади ♦ Сўнгра постренал ЎБЕ истисно қилинади (бир ёки икки томонлама обструкция белгиларини аниқлаш мақсадида қовуқда сийдик йўқлигини тасдиқлаш учун УТТ ўтказилади).

- ◆ Преренал ва постренал ЎБЕ йўқлиги ренал ЎБЕ дан далолат беради. Артериал босим ренал ЎБЕ га ёки буйрак артериясининг стенозига хос.
- ◆ Қўшимча кўрсаткичлар: преренал ЎБЕ да экскреция қилинадиган натрий фракциялари куйидаги формула билан аниқланади: [(сийдик натрийси, ммоль/л X зардоб креатинини, мкмоль/л X сийдик креатинини, мкмоль/л X 100%)]. Меъёрда <1%, ренал ЎБЕ - >1%.
- ◆ Сийдикдаги натрий ва хлоридларнинг миқдори 10ммоль/л.дан камроқни, сийдик осмолярлиги 500 мосм/кг.дан кўпроқни (агар бемор диуретикларни илгари қабул қилмаган ва буйрак фаолияти бузилмаган бўлса) ташкил этса преренал ЎБЕ эҳтимоли одатда кўпроқ бўлади.
- ◆ Қон зардобдаги мочевино ва креатинин миқдорининг нисбати 0,1 дан кўпроқни ташкил этиши, преренал ЎБЕнинг белгиларидан бири.

МУТАХАССИСЛАРНИНГ МАСЛАҲАТЛАРИГА КЎРСАТМАЛАР

- Уролог – сийдик йўллариининг бузилиши ва йирингли яллиғланишга шубҳа бўлганда
- Акушер-гинеколог криптогенли сепсис, ҳомиладорлик
- Ревматолог – бириктирувчи тўқималарнинг тизимли касалликлари ёки уларга гумон қилинганда
- Инфекционист юқумли касалликлар белгилари кузатилганда.

ДАВОЛАШ

ДАВОЛАШ МАҚСАДЛАРИ

- Соғайиш.
- Ўлимга олиб келишни ва сурункали диализга ўтишни камайтириш.
- Беморнинг ахволи оғирлашишини олдини олиш ва бартараф этиш.

ШИФОХОНАГА ЁТҚИЗИШГА КЎРСАТМАЛАР

ЎБЕ диагностикаси қўйилганда ёки унга шубҳа туғилганда беморни шифохонага ётқизиш керак. Улар махсус бўлимга ётқизиладилар (урологик – сийдик йўллари обструкцияси, йирингли пиелонефрит; инфекция – буйрак синдромли геморрагик иситма; нефрологик – гломурулонефрит тубуло-интерстициал нефрит; қон томирли – буйрак артериялари тромбоемболияси; токсикологик – нефротоксик дори воситалар билан захарланиш).

Бошқариб бўлмайдиган артериал гипотензия, кўп аъзолар етишмовчилиги ҳолатларида улар реанимация бўлимига юбориладилар.

ДОРИЛАРСИЗ ДАВОЛАШ

- Парҳез - 7а. Оқ миқдори кунда 20-25 гр, туз миқдори эса 2-4 гр. камайтирилади, бундан ташқари таркибида калий, фосфор ва магнийни кўп миқдорда сақловчи маҳсулотларни ҳам чеклаш лозим. Организмга керак бўлган калориялар (35-50 ккал/кун.) асосан углевод ва ёғлар ҳисобига таъминланади.
- Суяқлик мувозанатини кундалик назорати: ичилган суяқлик, диурез ва барча экстраренал йўқотишлар (қайд қилиш, ич кетиши ва қон йўқотиш) ҳажми ҳисобга олинади. Экстраренал бўлмаган ҳолда қабул қилинадиган суяқлик миқдори бир

кун олдинги диурезга + 30 мл/соат (бунда парентерал юборилган суюқлик миқдори ҳо бўлган суюқлик ҳажмидан айириб ташланади) тенг бўлиши керак.

- Беморларда олигурия ёки анурия кузатилса, пастки сийдик йўллари обструкциясини олдини олиш учун катетир қўйилади.

Бундан ташқари қуйидаги чора-тадбирлар ўтказилиши керак: • бартараф этилиши мумкин бўлган омилларни йўқотиш ♦ нефротоксик дори воситалар қабул қилинишини тўхтатиш, инфекция қасалликни даволаш, қон кетишини бартараф этиш • преренал омилларни даволаш; айланиб юрувчи қон ҳажмини ва қон айланишини тиклаш • организмни заҳарли моддалардан тозалаш • сийдик чиқарув йўлларидаги обструкцияни йўқотиш.

ДОРИЛАР БИЛАН ДАВОЛАШ.

- Ҳозирги кунда ЎБЕ да қўлланилувчи дори воситаларининг гемодиализга бўлган талабни, унинг билан даволаш давомийлигини қисқартириши ёки ўлим хавфини камайтириши (рабдоминлаштирилган текширув натижаларига кўра) исботланмаган.

- Кўп ҳолларда суюқликлар, фуросемид, допамин, маннитол юборилади.

- Синдромал терапия.

- Асоратларни даволаш.

- Нефротоксик дори воситаларини қўллашни имкони борича камайтириш (анурия ҳолатида стрептомицин, аминогликозидларни фуросемид билан қўллашда ототоксик таъсир кузатилади).

- Дори воситалар миқдори буйрак фаолияти бузилишларини ҳисобга олган ҳолда белгиланади.

- Таркибида магний бўлган дори воситаларни қўллаш ман этилади (магний нитрати, магний тутувчи антицидлар ва бошқалар).

Суюқликлар инфузияси олиго-анурик ЎБЕда систолик АБ 90 мм сим. уст. дан тушганда ва ўпка шиши эҳтимоли бўлмаганда буюрилади.

- Юборилаётган суюқликлар миқдори диурез ва экстраренал йўқотилишларни ҳисобга олганда яна қўшимча 500 мл. дан ошмаслиги керак (қайд қилиш, ич кетиши, нафас ва тери орқали йўқотилган суюқлик, бундан ташқари тана ҳароратини ҳар бир градусига 500 мл. суюқлик қуйилади).

- Каллоидли эритмалар ва альбуминни қўллаш тавсия этилмайди. Одатда 500-1000 мл миқдорда натрий хлориднинг изотоник эритмаси ёки шундай ҳажмда натрий хлорид (200-400 мл.), натрий бикарбонат (5% -200 мл. эритмаси) ва глюкоза 20 ЕД инсулин билан бирга (20% - 400 мл. эритмаси) аралашмаси 15 мл/кг/соат тезликда юборилади.

- 0,45% натрий хлорид эритмасини постренал ЎБЕ тиклангач организмнинг сувсизланишининг олдини олиш учун буюрилади.

Диуретиклар

- Қовузлокқа таъсир этувчи диуретикларни ЎБЕ нинг олигоурия ҳолатида (вена ичига 1г. бир марталик ёки кўрсатилган меъёрий дозада бериш) диализ терапия давомийлигига ва ўлим ҳолатларга ижобий таъсири исботланмаган.

- Диуретикларни вақтинчалик ёки доимий юбориш, бундан ташқари уларни альбумин билан биргаликда қўллаш борасида ҳам етарли изланишлар олиб борилмаган.
- Олигоурия ҳолатида фуросемид секинлик билан 120-240 мг. тўйинтирувчи миқдорда вена ичига юборилади, агар унинг минимал самарадорлиги кузатилса, дозаси 2-3 мг/кг гача туширилади (препаратнинг 250 мг. 0,9% ли 50 мл. натрий хлорид эритмасида аралаштирилиб, 10-20 мг/соат тезликда вена ичига юборилади). Бунда унинг ототоксиклигини камайтириш мақсадида маннитол билан бирга юбориш мумкин – алоҳида катетер орқали 20% ли 100 мл. миқдорда 10-20мл/соат тезликда ёки ҳар соатда 120 мг. 1 соат давомида юборилади (умумий дозаси 0,5-1г/кг).
- Қон зардобидаги креатинин миқдори пасайганда дориларнинг дозаси камайтирилади.

Гемодинамик бузилишлар

- Даволашдан мақсад – систолик АБ ни 90 мм сим.уст баланд чегараларда ушлаб туриш.
- Артериал гипотензия кузатилганда 0,2%ли 1 мл. норэпенефринни 0,9% ли 500 мл. натрий хлорид эритмасида эритилиб, инфузия тезлиги 0,1-0,6 мкг/кг /мл (0,075 –0,45 мл/кг/соат) да ёки 2-3 мкг/кг/мин. тезликда допамин юборилади.
- Допамин буюришда (бирок бунда экстравазал некроз, гангрена, тахикардия ва ўтказувчанлик бузилишлари) ножўя таъсирлар кузатилиши мумкин.
- Дори воситалари ЭКГ назорати остида магистрал венага юборилади. Диуретик самара кузатилмаса ёки креатинин миқдори ортиб борса уларни юбориш 6-12 соатдан сўнг тўхтатилади.

Электролит бузилишлар

- Гиперкалиемиа ҳолатида вена ичига 4% ли 200 мл натрий гидрокарбонати ёки 10% ли 10-20 мл кальций глюконат эритмаси юборилади.
- 6 мг.% дан ортиқ гиперфосфотамиа ҳолатида фосфор боғловчи антацидлар – алюминий гидроксидини қабул қилиш буюрилади.

Инфекцион асоратлар – антибиотиклар (доза миқдорини 2-3 баробар камайтирилади).

Ацидоз. Зардоб бикарбонати миқдори 16 мэкв/л. дан камайганда ацидозни даволаш ишлари олиб борилади. Бунда 4-5%ли натрий бикорбонатни 150-200 мл. миқдорда қон рН ва кислота (КИМ) назорати остида юборилади. Препарат ҳажми қуйидаги формула бўйича ҳисобланади:

4% натрий гидрокарбонат миқдори (мл.) = ВЕ (ммоль/л) X тана вазни (кг) X 0,3
ёки

5 % натрий гидрокарбонати миқдори (мл.) = [тана вазни (кг.) X (- ВЕ)] / 2

Анемия. Эритроцитар масса қуйиш; эритропоэтиндан фойдаланиш.

Плазмаферез. Узоқ эзилиш синдромида қўлланилади.

Гемодиализ ёки перитониал диализ

- Беморларнинг 1/3 қисмида гемодиализ ўтказишга тўғри келади ва уларнинг 3%да ушбу муолажани узоқ муддат давом эттириш керак бўлади.

- Кўрсатмалар – консерватив терапия самарасизлиги, қон зардобида креатинин концентрацияси 24 ммоль/л. дан ошганда, даволашга рефректор бўлган беморлар, 7 ммоль/л. дан ортиқ гиперкалиемия ҳолати, демомпенсацияланган ацидоз, уремик интоксикация (карахтлиқ, кўнгил айниш, қайд қилиш), гипергидратация, уремик перикардит ёки энцефалопатия.
- Диализнинг юқори дозалари паст дозаларда нисбатан ЎБЕ бор бўлган беморларнинг яшаб қолиши имкониятларини оширади.
- Циллюлоза асосидаги мембраналардан фарқли ўлароқ синтетик диализ мембраналарини қўллаш оғир беморлар ўлими даражасини пасайтиради.
- Доимий диализ ўтказиладиган беморларнинг яшаш давомийлиги интермиттер диализ ўтаётганларга нисбатан кўпроқ.
- Гемодиализни геморрагик синдром, шок, қорин бўшлиғи аъзоларидаги хирургик амалиётдан сўнг ўтказиш мумкин эмас.
- Диализ ўтказиш имкони бўлмаган ҳолда ошқозон ва ичаклар катта миқдордаги натрий гидрокарбонатининг енгил эритмаси билан сифонли клизма қилинади ёки махсус 2 каналли зондлар орқали ювилади.

ХИРУРГИК ДАВОЛАШ

Сийдик йўли обструкциясини бартараф этиш (тошни, қон қуйқаси, йирингни олиб ташлаш, сийдик қопини катетрлаш, простота безини хавфсиз аденомасида цистостома), буйракларни олиб ташлаш, бир томонлама йирингли пиелонефритда декапсуляция, нефростома қуйиш, буйрак томирларининг ўтказувчанлигини шунт орқали тиклаш, стентлаш, бужирлаш, сепсис ҳолатида йирингли ўчоқни бартараф этиш.

БЕМОРЛАРНИ ЎРГАТИШ

- Салбий ҳолатлардан сақланиш ва парҳезга риоя қилиш
- Сув мувозанатини назорат қилиш (диурез ва ичилган суюқлик ҳажмини), АБ
- Функционал соғайиш давригача хомиладорликдан сақланиш
- Иккиламчи пиелонефрит профилактикаси
- Азотемия назорати (қондаги креатинин ва мочевино)
- Хомиладорларда ЎБЕ ва туғруқдан кейинги даврда жинсий йўллардаги ажралмаларни назорат қилиш, баъзи ҳолларда (йўлдош колдикларига шубҳа бўлганда) бачадонни тозалаш.

КЕЙИНГИ ОЛИБ БОРИШ

- Суюқлик мувозанати ва унинг кунлик миқдорини текшириш.
- Қон зардобида электролитлар, мочевино ва креатининни доимий текшириш ҳамда асосий эътиборни гиперкалиемияга қаратиш.
- Зарур ҳолларда сув ва натрий қабул қилишни чеклаш.
- Дори воситаларни қабул қилишни қайта кўриб чиқиш: уларнинг муқаррар нефротоксикларини қўллашни ман этиш: (масалан ЯҚНДВ аминогликозидлар), миқдорларини эса буйрак етишмовчилигига қараб белгилаш.

ПРОГНОЗИ

- Асосий касаллик оғирлиги ва клиник ҳолатларга боғлиқ.
- Касаллик оқибатини ёмонлаштирадиган ҳолатлар: сурункали жигар касалликлари, (алкоголли цирроз), ўпкада механик гипервентиляцияси, яққол ривожланган артериал гипотензия ва бошқа асоратларда (сепсис, ўпка шиши, юрак ритмини бузилиши, юрак етишмовчилиги, перикардит, қон кетиш).
- ЎБЕ ни асоратсиз кечишида буйрақлар функциясини тўлиқ тикланиши 6 ҳафта ичида 90% ни ташкил қилади.
- ЎБЕ организм фаолиятини тўлиқ тикланиши 35-40%, қисман 10-15%, унинг сурункали буйрақ етишмовчилигига ўтиши 1-3%.
- Ҳомиладорлик даврида ЎБЕ ривожланган аёлларда туғруқдан сўнг буйрақлар ҳолати кўпинча тикланади. Аммо баъзи ҳолларда касаллик зўрайиб, терминал буйрақ етишмовлиги кузатилиши мумкин.
- ЎБЕ дан ўлим аксарият ҳолатларда уремик кома, гемодинамиканинг бузилиши ва сепсис натижасида келиб чиқади.
- ЎБЕ билан касалланган беморларнинг тахминан 50% да олигоурия, МИ ёки инсулт қўшилганда ўлим кузатилади.

ЗАҲАРЛАНИШ, УМУМИЙ ҲОЛАТЛАР

Заҳарланиш (интоксикация) – кимёвий моддаларнинг (заҳар) таъсири натижасида юзага келадиган патологик ҳолат бўлиб, бунда муҳим аъзолар фаолияти бузилади ва ҳаёт учун хавф туғилади.

Учраши • Охирги йилларда, турли заҳарланиш ҳолатлари ўсиб бориши кузатилмоқда • Ўткир заҳарланиш – йилига 100 000 аҳолидан 200-300 та (3-5% беморларда) • Уларнинг ҳар бешинчиси шифохонага оғир ҳолатда тушади • Бехосдан заҳарланиш тахминан – 80%, суицидал –18%, профессионал заҳарланиш 2%ни ташкил қилади ♦ Ҳозирги вақтда жаҳонда 100 000 аҳолига йилига 120 та ўлимга олиб келмайдиган ва 13 та ўлимга олиб келадиган суицидал заҳарланишлар рўйхатга олинади ♦ 10-15% суицидал заҳарланиш сабаби – руҳий касалликлар • 15-35 ёшлиларда кўпроқ қайд этилади ♦ Фарбий Европа мамлакатлари ва АҚШда заҳарланишни 50% ёш болаларда учрайди. Россияда бу рақам 8%дан кўп эмас. Асосий сабаби – дори воситаларини қабул қилиш • Жинсга боғлиқлик ҳолатлари ♦ Суицидал заҳарланиш – аёлларда ♦ Эҳтиётсизликдан хўжалик моддаларидан заҳарланиш (айниқса алкоголь ва наркотиклардан) – эркакларда.

Этиологияси. 500 дан ортиқ токсик моддалар ўткир заҳарланишга олиб келади.

Хавфли омиллар • Алкоголизм, токсикомания, наркомания • Тез-тез учраб турадиган стресс ҳолатлари, моддий ва маиший шароитларнинг қониқарсизлиги • Замонавий ҳаёт тарзини асаб тизимига ноҳўя таъсири ва айрим инсонларни тинчлантирувчи воситаларни домий қабул қилиши • Руҳий касалликлар ♦ Дори воситалар савдосини ёмон бошқарув, маъсулиятсиз реклама • Ўз-ўзини даволаш, турли-туман табибларга мурожат қилиш, шифохонадан ташқари ҳомила абортини ўтказиш • Касбий зарар (сурункали заҳарланиш) • Дори ва кимёвий воситаларни уй шароитида нотўғри сақланиши (кўпинча болалар заҳарланишига олиб келади).

ЗАҲАРЛАНИШ КЛАССИФИКАЦИЯСИ

- Келиб чиқиш сабаби ва юзага келиш жойига нисбатан ✦ Тасодифий ✦ Ишлаб чиқариш ✦ Хўжалик: ўзини даволаш, дори воситаларнинг даво меъёридан ошиши, алкоголь ва наркотик, ис газы, замбуруғдан заҳарланиш (оқ поганка, мухамор ва б.к.) судралиб юрувчилар, ҳашоротлар чақиши ✦ Тиббий хатолар ✦ Қасддан ✦ Криминал ✦ Суицидал.
 - Заҳарланиш санокли, гуруҳли (кўпинча оилавий), кўплаб, оммавий бўлиши мумкин.
 - Организмга заҳар тушиш йулига қараб ✦ Перорал (кўпроқ хўжалик) ✦ Ингаляция ✦ Тери орқали (инъекция, илон ва ҳашаротлар чақиши) ✦ Бўшлиқдаги заҳарланиш (тўғри ичакка, қинга, ташқи эшитув йўлига заҳарнинг тушиши).
 - Клиник манзарасига кўра ✦ Ўткир заҳарланиш организмга заҳарни бирдан тушиши, тез бошланиш ва специфик белгиларни яққоллиги билан ифодаланади ✦ Сурункали заҳарланиш заҳарни узоқ вақт, кўпинча субтоксик дозада оз-оз миқдорда тушишидан ривожланади ✦ Ўткир заҳарланиш (заҳар организмга бир марта тушганда секин ривожланади) кам кузатилади.
 - Оғирлик даражаларига кўра ✦ Енгил ✦ Ўрта оғир ✦ Оғир ✦ Ўта оғир
- Патогенези** – ўткир заҳарланишни кимёвий шикастланиш деб қараш мумкин, кимёвий моддалар билан алоқада бўлишдан ёки организмга уларнинг токсик миқдорида тушишидан юзага келади.
- Ўткир заҳарланишнинг клиник босқичлари
 - ✦ Токсик (эрта – 1 соатдан 2-3 кунгача) – токсик моддаларни организмга махсус таъсири (мембрана функцияси, оқ ва бошқа токсик рецепторларни бузилиши) ✦ Соматоген – организмни мослашиш реакцияси бўлиб, гомеостаз бузилишини бартараф этишга қаратилган (гипофизар – адренал реакция, лизосомал реакция, марказий қон айланиш ва қонни ивиш тизимининг реакцияси); шикастловчи омил бартараф этилгандан кейин аъзолардаги қолдиқ шикастланиш.
 - Заҳарни токсикологик классификацияси.
 - ✦ Нейротоксик таъсири (руҳий фаолиятнинг бузилиши, токсик кома, бўғилиш, талваса ва параличлар) – наркотиклар (кокаин, опиум, диэтиламид лизергин кислоталари), ухлатувчи воситалар, алкоголь ва уни суррогатлари, ис газы, ФОБ (хлорофос, карбофос), никофос; анабазин, ЖЗВ «жанговор заҳарлаш воситалари» (ви-инс, би-зет, зарин), изониацид маҳсулотлари ✦ Кардиотоксик таъсири (ритм ва ўтказувчанликни бузилиши, токсик миокард дистрофияси) – юрак гликозидлари, ўсимликларнинг заҳарлари (хинин, аконит) барий ва калий тузлари ✦ Пульмомотоксик таъсири (токсик ўпка шиши), азот оксидлари, ЖЗВ (фосген, дифосген) ✦ Гепатоксик таъсири (токсик гепатопатиялар) – хлорланган углеводородлар (дихлорэтан), заҳарли кузикоринлар, феноллар, альдегидлар ✦ Нефротоксик таъсири (токсик нефропатия) – оғир металл тузлари этиленгликоль, шавель кислотаси ✦ Кислородни ташиниш ва чиқиндиллаштиришни бузилишига олиб келувчи моддалар (гемолиз, гемоглобинемия, карбгемеоглобинемия) – анилин ва унинг маҳсулотлари, нитратлар мишъякли водород, синил кислота ва уни маҳсулотлари, ис газы, ЖЗВ (хлорициан) ✦ Тери – резорбтив таъсири (маҳаллий

яллиғланиш ва умум токсик белгилар билан некротик ўзгаришларни кўшилиб келиши) дихлорэтан, гексахлоран, ЖЗВ (иприт, люзит) кислоталар ва ишқорлар, мишьяк ва уни бирикмалари, симоб (сулема) ✦ Ёшловчи ва таъсирловчи таъсири (томир шиллиқ қаватларини таъсирланиши) – хлорпирин, ЖЗВ (си-эс) концентранган ишқор ва кислота буғлари.

Клиник диагностика организмга махсус симптоматик таъсир қиладиган кимёвий моддалар ёки гуруҳ моддаларини аниқлашга йўналтирилган. Ўткир заҳарланишни эрта аниқлаш кўпинча қийинчилик туғдиради:

Шифокор одатда ёрдамчи текширув усулларида фойдалана олмайди ва маслаҳатчи врачни жалб қилолмайди (тез тиббий ёрдам кўрсатиш вақтини йўқлиги билан боғлиқ), аниқланмаган сабаб, омил, мураккаб вазиятларда (айниқса криминал заҳарланишда) бемор ёки атрофдагиларнинг маълумотлар беришни ҳоҳламаслиги (масалан, наркомания, токсикомания).

- Кўпинча клиник белгилар ва анамнез синчиклаб ўрганилганда, (бемор қариндошлари) заҳарланишни чақирган токсик модда турини тахмин қилиш мумкин (алкогол, ухлатувчи моддалар, куйдирувчи суюқликлар).
- Воқеа содир бўлган жойда заҳарланиш сабабини, токсик модда турини организмга тушиш йўлини аниқлаш даркор (дори тўплами, бўш ёки бутун флаконлар, шиша идишлар, ампулалар, шприцлар ҳарактерли), заҳарланиш вақти, эритмадаги токсик моддани концентрацияси ва унинг микдори. Бу ва бошқа маълумотлар (алкогол ичиш, қусиш бўлганлиги ва бошқалар) нафақат диагнозни асослаш, балки даволаш чора-тадбирларини белгилашда хизмат қилади.
- Заҳарланишда, агар у суицидал бўлса анамнестик маълумотларга унча аҳамият бериш керак эмас.
- Воқеа содир бўлган жойдан топилган дорилар ва бошқа кимёвий препаратлар овқат қолдиқлари бемор билан шифохонага юборилиши керак.

ЎТКИР ЗАҲАРЛАНИШНИНГ АСОСИЙ БЕЛГИЛАРИ

- **Ҳид**, бемордан ва уни ажратмаларидан келувчи ҳидлар кўпгина ҳолларда заҳарланиш турини аниқлашга имкон беради ✦ Алкоголли - алкогольдан заҳарланиш (этанол, метанол) ✦ Аммиакли – аммиак сувли эритмасидан заҳарланиш, уремия ✦ Дезинфекция – фенол ва карбол кислоталар бирикмаларидан заҳарланиш ✦ Чириган шолғом – селенист ангидрид (селена диоксиддан) ва селенанинг бошқа маҳсулотларидан заҳарланиш ✦ Аччиқ бодом – синил кислота ва цианидлардан заҳарланиш; нитроциклогександан ✦ Ноксимон – хлоралгидратдан заҳарланиш ✦ Чириган олма – ацетон, лак ва бўёқ эритмаларидан заҳарланиш; гипергликемик кома, кетоацидоз ✦ Азон аралашган мусаффо ҳаво ҳиди – калий перманганатдан заҳарланиш ✦ Керосин – хлорли – хлор органик бирикмаларидан заҳарланиш ✦ От тери ҳиди – организмни пенициллин ва уни маҳсулотлар билан тўйиниши ✦ Оғизда металл мазасининг таъми – симоб оксиддан заҳарланиш ✦ Эскирган балиқлар, хом жигар – жигар етишмовчилиги, жигар комаларида ✦ Ўткир таъсирловчи – паральдегиддан заҳарланиш ✦ Куйган гўшт – клебсиелла чақирган пневмонияда ✦ Ўткир ялпизли – линовазин, ментолли спиртдан заҳарланиш ✦ Этик бўёғи – нитробензолдан заҳарланиш ✦ Скипидар

(«смола хиди») – скипидар, скипидар сақловчи политур ва унинг эритмаларидан заҳарланиш ✦ Ширин ликёр – дихлорэтаннан заҳарланиш ✦ Спиртли – сивуш – антифриздан заҳарланиш ✦ Спиртли ширин – тормоз суюқлиги (этиленгликол)дан заҳарланиш ✦ Айниган тухум (оғиз ва нажасдан) – сероуглерод, сероводород, меркаптандан заҳарланиш; чиринди диспепсия ✦ Сирка кислотали – сирка кислотадан, ацетальдигиддан заҳарланиш ✦ Бинафша (сийдикдан) – скипидардан заҳарланиш ✦ Хлорли (ўта ўткир хид) – хлорид кислотадан заҳарланиш ✦ Саримсоқ пиёз – фосфор маргимуш, теллур ва уни бирикмаларидан заҳарланиш (ейилган саримсоқ пиёз хидидан фарқлаш лозим) ✦ Эфирли – эфирдан, этилен оксид, этил хлоргидриндан заҳарланиш.

- **Тери** ✦ Тери гиперемияси, гипертермияси – атропин, белладоннадан заҳарланиш; баъзан ботулизмда ✦ Кўпгина инъекция излари, майда гематома (айниқса тирсакни букувчи соҳасида ёки сонда) наркомания кузатилиши, морфинизм (баъзан, қандли диабет, бронхиал астма) касалликларига шубҳаланиш ✦ Терини буллез кўчиши трихлор этилен гексахлорбензон, барбитуратдан оғир заҳарланишларида кузатилади ✦ Терлашнинг кучайиши – ФОБ, салицилат, мускаринсимон моддалар, кўзиқориндан ✦ Заҳарланишда тери ранги: йод билан – рангпар; борат кислотаси, углерод оксиди – кип-қизил; пикрин кислотаси, акрихин, азот кислоталари – сарик; кумуш тузларида – ҳаворанг-қора; бромидларда – жигарранг; анилин, цианид, нитрат, йод карбонатида – кўкимтир.

- **Кўз белгилари** ✦ Қорачик торайиши (миоз) – опиатлар, ФОБ, физостиглин, пилокарпин, ипекакуан, хлоралгидрат ва б.к. сақловчи дорилар ✦ Қорачик кенгайиши (мидриаз) – атропин, кокаин, эфир, хлороформ, антигистамин препаратлари, папаверин гидрохлорид ва бошқалардан заҳарланиши ✦ Нистагм – барбитуратлар, этанол, ис гази, глиноллардан оғир заҳарланишларни характерли белгиси ✦ ФОБ дан заҳарланиш кўз ёшланишига олиб келади ✦ Метанолдан заҳарланишда кўпинча кўрув нерви диски гиперемияси ривожланади ✦ Марихуанадан заҳарланишда конъюнктивит ривожланиши характерли.

- **Оғиз бўшлиғи ва тил** ✦ Кўп миқдорда сўлак ажралиши ФОБ, стрихнин, салицилат, калий тузлари, маргимуш, симоб тузлари кўзиқорин, никотинлардан заҳарланишда ✦ Шиллик қават куруклиги – атропин, эфедрин, дурман, опиатлардан заҳарланишда ✦ Ўткир хидли моддалардан заҳарланишда – шиллик қаватни яллиғланишли ўзгаришлари ✦ Симоб, кўрғошин, висмут ва маргимуш тузларидан заҳарланишда тиш атрофи ва милкларнинг кул ранг бўлиши.

- **Ошқозон ичак тизими.** Заҳарланишда кўпинча кўнгили айниш, қусиш, ичак фаолиятини бузилиши (ич кетиши ёки қабзият) характерли ✦ Ичак санчиғи – симоб, маргимуш, кўрғошин, таллий бирикмаларидан, ФОБ, кўзиқоринлар билан заҳарланишда нисбатан кучли ✦ Кўп миқдорда ич кетиши – маргимуш, тузлари, оғир метал (темир, мис) тузларидан ўткир заҳарланишда ✦ Ич қотиш опиат, кўрғошин тузларидан заҳарланишда ✦ Қонли қусиш оғир метал тузлари, ўткир хидли моддалар, салицилат, борат кислота ва бошқалардан заҳарланишда кузатилади, қорин олд девори таранглашган пайпаслаганда оғрикли, ичак перитальтикаси кучли ✦ Нажасни кўк –яшиллиги борат кислотадан заҳарланишга хос.

- **Нафас тизими.** Ўткир заҳарланишда гипоксия ва гипоксимия билан ифодаланган ўткир нафас етишмовчилиги тез ривожланади, нафас маркази, мушак фаолиятини бузилиши, нафас йўлларида аспирацион, обтурацияли жараёнлар билан ифодаланади. КИМни ўзгариши ацидоз томонга, нафасни секинлашиши бу ҳолатлар, алкоголь, транквилизаторлар, антигистамин препаратлар билан заҳарланишда юзага келади ♦ Нафас олишнинг тезлашиши – ис гази, ацетилсалицилат кислотаси, бензин билан заҳарланишда кузатилади ♦ Токсик ўпка шиши турли хил газлар (хлор, фосген, нитрогазлар ва б.к.), барбитуратлар, героин билан заҳарланишдан юзага чиқади.
- **Юрак қон томир тизими.** Юрак ва қон томир тизими токсик заҳарланиш синдромида касаллик бошида бирламчи токсик шок ривожланади ва (қонни ивувчанлигини бузилиши ва токсик коагулопатия) ундан сўнг иккиламчи самотоген коллапс юзага келади. Ўткир токсик миокардиодистрофияси кузатилади ♦ Тахикардия – алкоголь, атропин, ацетилсалицил кислота, эфедрин, теofilлин билан заҳарланишда ♦ Брадикардия – юрак гликозидлари, замбуруғлар, опиатлар ва бошқалар билан заҳарланишда ♦ Артериал гипертензия – никотин, кўрғошин тузлари, эфедрин, симпотомиметиклардан заҳарланишда ♦ Артериал гипотензия – барбитуратлар, ганглиоблокаторлар, нейролептоанальгезия воситалари билан заҳарланишда ♦ Аритмиялар – маргимуш тузлари, юрак гликозидлари, изониозид, транквилизаторлар ва бошқалар билан заҳарланишда.
- **Жигар зарарланиши.** Жигарни агрессив таъсирланишига хлорли углеводлар (дихлорэтан, углерод тетрoхлорид), хлорорганик пестицидлар, карбол кислота, фосфор, рангпар поганка захри, сирка эссенцияси, ФОБлар билан заҳарланиш хос. Жуда тез жигар комаси билан биргаликда геморрагик синдром ривожланади.
- **Буйрак шикастланиши.** Агрессив нефротоксинлар – этиленгликоль, симоб тузлари, рух, кўрғошин, шавель кислотаси, калий бихромати, (хромпил), маргимуш бирикмалари, дихлорэтан. Зарарланган беморларда ўткир буйрак етишмовчилиги билан кечадиган токсик нефропатия ривожланади ♦ ЎБЕ I даражаси – заҳарланиши белгилари устунлиги кузатилади; буйрак функцияси бузилишининг тез пайдо бўлмаслиги, унинг 2-4 кундан кейин кузатилиши; ЎБЕнинг асосий мезонлари – диурез ва сийдик зичлиги ♦ ЎБЕнинг II даражаси – олигоурия, анурия, гиперкалиемия, гиперазотомия, метаболик ацидоз, қон ва сийдикдаги креатинин миқдорининг ошиши ♦ Кўпгина ҳолларда буйрак ва жигар шикастланиши биргаликда кузатилади (токсик гепато ва нефропатия).
- **Психоневрологик бузилишлар.** Ўткир заҳарланиш купинча психик, неврологик синдромлар ва соматовегетатив ўзгаришларга олиб келади ♦ Ҳаракат мувозанатининг бузилиши (атаксия) – этанол, барбитурат, атропин, никотин, галлюциногенлардан заҳарланишда ♦ Кома – ухлатувчи дорилар, транквилизаторлар, антигистаминлар, наркотиклар ва седатив воситалардан шунингдек паральдегид, метанол, этиленгликол, кислоталар, оғир метал тузларидан заҳарланиш оқибатида кузатилиши мумкин ♦ Талваса синдроми – камфора, хлорорганик инсектицидлар, ФОБ, стрихнин, кўрғошин тузлари, кўзиқорин, никотин, кофеинларда заҳарланишда; алоҳида гуруҳ мушакларини титраши талвасаси учун характерли: литий тузлари, никотин, стрихнин, камфора,

ФОБ, холинерегик воситалардан заҳарланиш ♦ Параличлар – ботулизмда, оғир металл тузларидан заҳарланишда ♦ Парестезия – камфора, хлорорганик пестицидлар, кокаинлардан заҳарланишда ♦ Гипертермия – хинин, борат кислотаси, салицилатлардан заҳарланишда ♦ Шахсиятнинг ўзгариши – галлюциноген, этанол, барбитуратлар, антигистамин препаратларидан заҳарланишда.

Лаборатор текширувлар • Махсус токсикологик текширув биологик маҳсулотларда (қон, сийдик, ликвор) токсик моддаларни тезкор аниқлаш ♦ Биологик материалдан токсик моддаларни ажратиш ♦ Органик эритмада заҳар экстракцияси (барбитуратлар, ФОБ) ♦ Дистилляция (спиртлар, органик эритмалари, ва б.к.) ♦ Минерализация (металлар) ♦ Деструкция (оғир металллар ва б.к.) ♦ Суюқ газли хроматография ♦ Юпқа қаватли хроматография ♦ Спектрофотометрия • Махсус текширув мақсади қон биокимёвий таркибидаги ўзгаришларни аниқлаш (масалан, метгемоглобинемия анилин ва нитратлардан заҳарланишда, ФОБдан заҳарланишда қонда актив холинэстеразининг пасайиши) • Специфик бўлмаган биокимёвий текширувда жигар, буйрак ва бошқа тизим фаолиятларини токсик шикателаниш диагностикаси (масалан, қондаги билирубин, креатинин, мочевина, қолдиқ азот ва бошқаларни аниқлаш).

Махсус текширувлар • ЭЭГ (психо-нейротроп токсик моддалардан заҳарланишда, айниқса беморларда коматоз ҳолат кузатилганда дифференциал-диагностика, шунингдек заҳарланиш оғирлиги ва оқибатини аниқлаш) • ЭКГ (юрак токсик зарарланиши даражаларини ва характерини баҳолаш, ритм ва ўтказувчанликнинг бузилишлари) • Оксигенометрия ва спирография • Фибробронхоскопия (юқори нафас йўллари кимёвий куйишини тезкор диагностикаси ва даволаш) • Тезкор ФЭГДС (қизилўнгач ва ошқозонни кимёвий куйиш тури ва даражаларини баҳолаш) • Радиоизотоп текширув жигар ва буйракни токсик зарарланишида тезкор диагностика усули бўлиб хизмат қилади.

ДАВОЛАШ

Ўткир заҳарланишда клиник белгилар ва синдромларнинг ривожланиши хос. Беморни мослашиш механизми ҳимоя сафарбарлигини амалга оширишга улгурмайди. Шунинг учун ёрдам кўрсатишни кечиктириш мумкин эмас.

Олиб бориш тамойили – ўткир заҳарланиш белгилари бўлган барча беморлар тезда шифохонанинг махсус токсикология марказлари ёки реанимация бўлимларига ётқизирилиши зарур • Организмдан токсик моддаларни чиқариб ташлаш (актив детоксикация) • Махсус (антидот) даво • Симптоматик терапия.

ОРГАНИЗМНИ АКТИВ ДЕТОКСИКАЦИЯСИ

• Заҳар сўрилишини тўхтатиш ♦ Қусиш воситалари (апоморфин, ипекакуанлар настойкаси) ёки халқум орқа деворини таъсирлаб қусишни чақириш. Қарши кўрсатма: ♦ Ёш болалар (5 ёшгача) ♦ Куйдирувчи заҳарлар билан заҳарланиш ♦ Сопор ёки ҳушсиз ҳолатлар ♦ Шифохонагача бўлган даврда ошқозонни зонд орқали ювиш муҳим аҳамият касб этади. Уни ювиш учун хона ҳароратидаги 10-30 л. сув керак бўлиб у 300-500 мл.дан бўлиб ишлатилади. Биринчи марта ошқозон

ювилган сув экспертиза учун сақланади. Оғир захарланишларда (айниқса наркотик захарлар ва ФОб) – ошқозонни ҳар 4-6 соатда ювиш (ичакнинг тескари ҳаракати ва ошқозонга ўт суюқлигининг тушиши натижасида метаболизациялашмаган моддалар ошқозонга қайтиб тушиши мумкин) керак, ювинди сувда токсинлар қолмагандан кейин муолажа тугатилади. Сувга қуйидагиларни кўшиш мумкин: активланган кўмир; тухум оқлари (2 л. сувга 3 та тухум); магний оксид (20 г. 1 л. сувга); антидот (агар захар аниқ бўлса); энтеросорбентлар (энтеросорб, полифепам). Коматоз ҳолатларда трахея интубациясидан сўнг ошқозонни ювиш лозим, бу қусуқ массаларидан аспирация бўлишининг олдини олади ♦ **Кўрсатмалар** ♦ Ўткир перорал захарланиш қайси токсик модда таъсиридан бўлишидан қатъий назар (юқори токсикликка эга бўлган бирикмалар, хлорланган углеводлар ёки ФОблардан оғир захарланганда ошқозонни зонд орқали тезкор ювишга қарши кўрсатма йўқ) ♦ Захарни тушиши билан оралиқ вақтни (бир кундан кўп бўлмаган) қисқалиги (барбитуратлар, амитриптиллин, ФОбларни ичганда 10 соатдан кейин ошқозон сақламасида учрайди, дихлорэтан –9 соатгача, сирка кислотаси 12 соатгача) ♦ **Нисбий қарши кўрсатма** ♦ Талваса ёки талваса олди ҳолати ♦ Кислота, ишқор ёки бошқа ўткир ҳидли моддалардан захарланиш (ҳозирги вақтда зондни киритиш хавфи борлиги тўғрисидаги қарши кўрсатма бироз ошириб юборилган бўлиб, ушбу услубни шифохонагача бўлган даврда қўллаш кимёвий моддаларни организмга тарқалишини ва ўлим сонини камайтиради) ♦ Сопор ёки ҳушсиз ҳолатларда трахеяни интубациялашни иложи бўлмайди (ошқозонни ювиш шифохонага боргунча қолдирилади) ♦ Бемор қаршилиги ♦ **Асоратлари** ♦ Трахеяга зонд киритилаётганда овоз боғламларини шикастланишига олиб келиши; бу ўз вақтида аниқланмаса ювинди суюқликни ўпкага юбориб қўйиш кузатилади ва бунинг оқибатида ўткир нафас етишмовчилиги ва ўлим келиб чиқиши мумкин ♦ Ювинди сув ва ошқозон сақламаси аспирацияси ♦ Ҳалқум, қизилўнгач, ошқозон шиллик қаватини йиртилиши ♦ Тил шикастланиши, асоратланган қон кетиш ва қонни аспирацияси ♦ Оғиз кенгайтиргич қўлланилганда тишларни зарарланиши ♦ **Асоратларни олдини олиш чора-тадбирлари** ♦ Зондга вазелин мойи билан ишлов берилган бўлиши керак, ўлчами беморни жуссасига тўғри келиши лозим ♦ Оғиз бўшлиғини тозалаш ♦ Ҳалқум рефлекси юқорилигида - атропин юбориш ♦ Беморларни ҳушсиз ҳолатларида шиширилган манжетли трахея трубкасида интубация қилиш ♦ Зонд ошқозон бўшлиғидалигига ишонч ҳо этиш (трахеяга тушганда – кучли йўтал, нафас олганда ҳаво бўлиши) ♦ Эпигастрал соҳага турли чуқурликдаги ва маълум босим остида зонд юбориш орқали охириги сувни тўлик олиб ташлашга эришиш (коматоз ҳолатдан чиқиш даврида ювинди сув билан ювилганда аспирация кузатилиши мумкин, бу ҳолат рефлекслар тиклангандан сўнг, интубация найчасини олиб ташлаш пайтида кўпроқ кузатилади) ♦ Захарловчи моддаларни, адсорбентни ва ичакдаги токсик моддаларни чиқариб ташлаш ♦ Адсорбентлар (масалан, активланган кўмир) ошқозон ювилгандан сўнг дарҳол юборилади ва кечроқ ичакдаги (иккиламчи экскрецияси) токсик моддаларни тахминий миқдорига қараб 5-10 марта (кўпинча 20-30г.) кўпайтирилади ♦ Сурги воситалар (натрий ёки магний сульфат, активланган кўмир

билан сорбит эритмаси; дихлорэтан, углерод, тетрахлорид, хлороформдан захарланишда тузли сургиларни зонд орқали 100 мл. вазелин мойи билан биргаликда қўллаш) ичакдан секин сўриладиган захарли моддаларда, самарасиз ёки ўз вақтида ошқозон ювилмаганда қўлланилади. Улар организмни детоксикациясида мустақил аҳамиятга эга эмас ♦ Тозаловчи клизма (самараси мунозарали; токсинлар сурилишини кучайтириши мумкин; гиперосмоляр комалар ривожланишига юқори омил; захарланишни биринчи соатларида самарасиз) ♦ Ичакларнинг фармокологик (10% - 15 мл 4% калий хлоридни 40% глюкоза эритмаси в/и ва питуитрин м/о) ва электр стимуляцияси ♦ Ичакни бевосита зондлаш ва махсус эритмаларни юбориш (ичак лаважи) ♦ Ингаляцияли захарланишларда шикастланувчини тоза ҳавога олиб чиқиш, нафас йўллариини ўтказувчанлигини тиклаш, кислород ингаляцияси. Захарловчи моддага қараб даво олиб бориш ♦ Токсик модда терига тушганда оқиб турган сув билан терини ювиш ♦ Токсик модда бўшлиқларга тушганда (тўғри ичак, қин, сийдик қопчаси) клизма, бўшлиқларга зарур суюқлик юбориб ювиш • Токсик моддаларни танадан чиқишини тезлаштириш ♦ Диурезни кўпайтириш ♦ Гиповолемиyani компенсациялаш ва суюқликлар билан зўриктириш: плазма ўрнини босувчи суюқликлар (масалан полиглюкин, гемодез), 5% ли глюкоза эритмаси 1-1,5 л ҳажмда в/и, томчилаб ♦ Диуретиклар юбориш: 30% ли мочевиная эритмаси ёки 15% ли маннитол эритмаси (1г/кг дозада) в/и, оқим билан; фуросемид 80-200 мг. в/и. ♦ Суюқликлар билан зўриктиришни электролитлар эритмалари билан давом эттириш; юбориш тезлиги диурез тезлигига мос келиши лозим (800-1200 мл/соатига) ♦ Натрий гидрокарбонат (4% ли эритма 500-1500 мл/кунда в/и, томчилаб) – кимёвий моддаларни нордон реакцияли эритмалари, барбитуратлар, салицилатлар ва гемолитик моддалардан захарланишда; 5% аскорбин кислота в/и фенилцикледин, амфетамин ва фенфлурамин билан захарланишда қўлланилади ♦ Юрак қон томир етишмовчилиги, буйрак фаолиятини бузилишида олигоурия ва азотемия билан бирга келганда бу усул қарши кўрсатма бўлиб ҳисобланади ♦ Плазмодиферез махсус центрифугалар ёки махсус сепараторлар ёрдамида қилинади. Одатда 1,5 л плазма олиб ташланади ва уни ўрни тузли эритмалар ёки янги музлатилган плазма билан тўлдирилади ♦ Детоксикацияли гемобсорбция – активланган кўмир ёки бошқа хил сорбент билан детоксикатор орқали бемор қонини перфузияси ♦ Гемодиализ «сунъий буйрак» аппарати ёрдамида қонни захарлардан тозалаш тезлиги диурезни кучайтириш натижасида эришиладиган самрадан 5-6 марта юқори ♦ Ўтказишга шароитлар: плазмада захарли моддани етарли миқдори; захарни оқ билан алоқани енгили бўлиши, диализ мембранаси орқари захарли моддани эркин ўтиши ♦ Қарши кўрсатмалар – ўткир юрак қон томир етишмовчилиги ♦ Перитонеал диализ ёғ тўқималарида тўпланган ёки плазма оқлари билан боғланган захарли моддаларни чиқариш учун қўлланилади. Стерил деализацияланган суюқлик 37° С гача иситилган 2 л. миқдорда, тикилган фистула орқали қорин бўшлиғига киритилади ва ҳар 30 минутда алмаштирилади. Бу усулни ўткир қон томир етишмовчилигида қўлласа бўлади. Қарши кўрсатмалари: қорин бўшлиғида чандиқли жараён ва ҳомиладорликнинг кечки даврлари ♦ Метгемоглобин ҳо бўлишига олиб келадиган кимёвий моддалар билан

ўткир захарланишда, холинэстераза активлигининг узок муддат пасайишида, массив гемолизда реципиент қонини донор қони билан алмаштирилади. Қарши кўрсатма – ўткир қон томир етишмовчилиги.

Специфик (антидот) даволаш ўткир захарланишларнинг эрта давларида самарали – биринчи соатлардан 2-3 кунгача (оғир металл тузлари билан захарланганда 8-12 кунгача); интоксикация тури аниқ бўлганда қўлланилади. Антидотларнинг асосий таъсир қилиш механизмлари

- Ошқозон ичак йўлидаги токсик моддаларга инактивацияловчи таъсир (масалан ошқозонга турли хил сорбентларни юбориш)
- Организм ички муҳитларидаги токсик моддалар билан ўзаро таъсир (масалан, натрий димеракоптопропансульфонат, тетацин-кальций, этилендиаминтитрасирка кислотаси, динарийли туз, пеницилламин металллар билан эрийдиган бирикмалар ҳо бўлиши ва уларни сийдик билан чиқиб кетиши учун)
- Захарли моддаларни метаболизмга таъсир этиши (масалан метилен спирт ва этиленгликоль билан захарланганда этил спиртини қўллаш захарли метаболитларнинг ҳо бўлишини тўхтатади)
- Ферментлар реактивацияси (масалан холинэстераза реактиваторлари ФОБ билан захарланишда)
- Антогонизм (масалан: атропин ёки ацетилхолин, неостигмин метилсульфат ва пахикарпин)
- Ҳайвон захарларини таъсирини камайтириш (антитоксик зардоблар).

Симптоматик даволаш, ҳаётга хавф солувчи функцияларни тиклаш.

- Нафас олишни бузилиши ✦ Обтурацион шакли тилни орқага тушиши, қусуқ массалар билан аспирация, ўткир бронхорея ва соливация натижасида келиб чиқади. Оғиз бўшлиғини ва томоқни тозалаш тилни ушлаб турувчи билан чиқариш ва ҳаво ўтказувчи қўйиш. Юқори саливация ва бронхореяда- 1 мл. 0,1 % ли атропин эритмаси. Юқори нафас йўллари куйишларида тезкор пастки трахеостомия зарур ✦ Марказлашган шаклда чуқур кома нафас олишни етишмовчилиги натижасида ривожланади. Трахеяни интубациясидан сўнг ИВЛ зарур ✦ Ўпка шаклли ўпкада патологик жараён ривожланишидан юзага келади (ўпкани токсик шиши, ўткир пневмония). Оғир захарланишлар нафас олишни бузилиши билан кечганда эрта антибактериал даволаш кўрсатма бўлиб ҳисобланади. Ўпкани захарли шишида (аммиак ҳиди, хлор, концентрланган кислоталар, фосген ва азот оксидлари билан захарланганда) преднизолон 30-60 мл. в/и юборилади (зарур бўлганда қайтарилади), 100-150 мл. 30% мочевина эритмаси (ёки фуросемид 80-100 мг.), оксигенотерапия ўтказилади ✦ Гемик гипоксия (метгемоглобинемия, гемолиз, карбоксигемоглобинемия) ва тўқима гипоксияси (цианидлар билан захарланганда тўқима нафас ферменларини блоклаш). Эрта оксигенотерапия ва махсус антидотли даволаш зарур.

- Юрак қон томир тизимидаги бузилишлар ✦ Токсик шок (АБ паст, тери қопламлари оқарган, тахикардия, ҳансираш, метаболик ацидоз, организмда айланиб юрувчи қонни пасайиши, МВБ ва юрак уриш ҳажмини камайиши) ✦ Плазма ўрнини босувчи суюқликлар (масалан полиглюкин) ва 10-15 % ли глюкоза эритмаси в/и томчилаб АБ ва МВБ меъёрга келгунча (баъзида 10-15 л/кунда) ✦ Преднизолон 500-800 мг/кунда в/и. Метаболик ацидозда 300-400 мл. 4% натрий гидрокарбонат в/и томчилаб ✦ Куйдирувчи захарлар билан захарланганда оғриқ синдромини бартараф этиш (наркотик аналгетик, нейролептоаналгезия) ✦

Кардиотоксик модда билан захарланганда (хинин, пахикарпин) тез брадикардия юрак ўтказувчанлиги бузилиши кузатилади. Бу ҳолда атропин эритмаси 0,1 % ли 1-2 мл. в/и, кальций хлор эритмаси 10 % ли 5-10 мл. в/и ♦ Миокардда дистрофик ўзгаришлар (захарланишнинг кечки асорати). Модда алмашинувининг яхшилаш мақсадида (витами́нлар, кокарбоказа, трифосфадинин) ДВлари буюрилади.

- Психоневротик бузилишларда ♦ Психозларда – хлорпромазин, галоперидол, натрий оксибутирати ва б.к. ♦ Тутқанок синдромида – нафас ўтказувчанлигини тиклаш, тутқанокга қарши воситалар (диазепам 40 мг. в/и ёки м/о) буюрилади. Оғир ҳолларда наркоз миорелаксантлар билан бирга буюрилади ♦ Мияни токсик шишида – диуретиклар, антигипоксантилар, преднизолон берилади ♦ Хавфли гипертермияда – литик эритмалар (хлорпромазин, прометазин, НЯҚДВ), краниоцеребрал гипотермия ва қайта бел умуртқалари пункцияси.

- Буйрак шикастланиши (токсик нефропатия) нефротоксик моддалар билан захарланганда (антифриз, сулема, дихлорэтан) юзага келади, Гемолитик захарлар (сирка кислотаси, мис купороси) ва бошқа захарланишдаги узоқ токсик шокларда ♦ Ўткир нефротик моддалар билан захарланишнинг эрта даврида плазмоферез ва гемодиализ ♦ Плазма ва сийдикнинг ишқорлаш билан бирга кучайтирилган диурез (гемолитик моддалар билан захарланганда) ♦ Гемодиализ – гиперкалиемия ва қонда мочеви́на миқдори юқори бўлганда.

- Жигар шикастланиши (токсик гепатопатия) ўткир гепатотоксик моддалар билан захарланишда (дихлорэтан, тетрахлорид углерод), баъзи бир захарли ўсимлик ва ДВ (кўзқоринлар, акрихин) ♦ Даволашни энг самарали усули – плазмоферез (1,5-2 л. плазма чиқарилади) ♦ Гепатопротекторлар (масалан, аскорбин кислота, тиамин, рибофлавин, пиридоксин, ацетилцистеин, эссенциале) ♦ Гемосорбция ♦ Оғир ҳолларда – гемодиализ.

Кечиши ва прогнози • Токсик моддани турига, концентрациясига, миқдори ва организмга кириш йўллари, тиббий ёрдам ўз вақтида кўрсатилганлиги ва монандлигига боғлиқ • Умуман олганда ўлим ҳолатлари юқори (ўткир захарланишда 30 % ни ташкил этади).

Профилактикаси • Асосий токсик моддалар, захарланиш белгилари, 1 чи ёрдам кўрсатилиши ҳақида аҳоли ўртасида тушунтириш ишлари олиб бориш • ДВларини болалар, ўсмирлар ва рухий бузилишлари бор шахслардан узоқроқда сақлаш лозим • Ўткир таъсир этувчи моддалар қобиғи тузилишини мураккаблаштириш (АҚШда болалар ичида захарланишни икки баравар камайтирган).

Қисқартмалар • ЖЗВ – жанговар захарловчи воситалар • ФОВ – фосфорорганик воситалар.

- **ХКК-10** • **Т36-Т50** ДВлари, медикаментлар ва биологик моддалар билан захарланиш • **Т51-Т 65** Асосан тиббиётда ишлатиладиган моддаларнинг токсик таъсири.

АЛКОГОЛДАН ЎТКИР ЗАҲАРЛАНИШ

Алкоголдан ўткир захарланиш (этанолдан) одатда 12% ва ундан ортиқ этил спирти сақловчи ичимликлар қабул қилиш билан боғлиқ. Ўлимга олиб келувчи этанол

концентрацияси қонда $-5-8\text{г/л}$, 1 марталик доза $-4-12\text{ г/кг}$ (300-500 мл 96% этанол). Аммо бу кўрсаткич турли беморларда ҳар хил бўлиб, алкогольга орттирилган чидамлилиқка боғлиқ. Алкогол билан ўткир захарланиш шимолий ва ўрта ер мамлакатларида кенг тарқалган.

Учраши. У барча захарланишларнинг 25% ини ташкил этиб, захарланганларда ўлим ҳолатлари 60% дан кўпроқ қайд этилади. **Аксарият эркаклар захарланадилар.**

Хавфли омиллар • Алкоголизм (90% алкогольдан ўткир захарланган беморлар шифохонага ётқизилади) • Спиртли ичимликларни оч қоринга қабул қилиш (овқат маҳсулотлари ошқозонда алкоголь сўрилишини секинлаштиради) • 30% спиртни ўзида сақлаган ичимликлар тезроқ қонга сўрилади.

Патогенези • Этанол тўқима мембранасидан осон ўтади, ошқозонда (20%) ва ингичка ичакда (80%) тезроқ сўрилади; ўртача 1,5 соатдан кейин қонда концентрацияси максимал даражада бўлади • Этанол психотроп (наркотик) таъсирига эга бўлиб, МНС кўзғалиш жараёнларини пасайтиради. Бу жараёнлар нейрон ва нейронлар метаболизмини ўзгариши, медиатор система функциясини бузилиши, кислород ишлатилишини пасайиши билан боғлиқ • Метаболик ацидозни ривожланиши (ишқорий маҳсулотлар тўпланиши ва унинг биотрансформацияси).

КЛИНИК МАНЗАРАСИ

- Умумий белгилар ♦ Эмоционал лабиллик ♦ Ҳаракат мувозанатини бузилиши ♦ Юз қизариши; кўнгил айниши, қайд қилиш ♦ Нафас сустлашиши ♦ Эс –хушни бузилиши.

- Қонда этанол концентрацияси 0,3-0,7% бўлганда алкогольли кома ривожланади. Алкоголли команинг белгилари специфик эмас ва наркотик кома белгилари билан намоён бўлади ♦ Юзаки кома: мулоқот алоқани йўқлиги, хушни йўқолиши, шоҳпарда ва қорачиқ рефлексларини ва оғриқ сезгиларини тезда пасайиши. Неврологик белгилар – мушак тонусини ва пай рефлексларини сусайиши ёки ошиши, (чайнов мушакларининг тризми, менингиал белгилар, кўкрак қафаси ва бўйин соҳалари миофибриляцияси учрайди); кўзни патологик белгилари (кўз олмаларининг сузувчи ҳаракати, анизокория) доимий эмас, қорачиқ одатда торайган (миоз), нафас бузилиши ортиб борса қорачиқ кенгаяди. Юзаки алкогольли команинг 2 даври фарқланади ♦ 1 чи даври: уч шоҳли нерв ортиқ нуқсонини босиш ёки инъекция қилиш, нашатир спиртини хидлаш натижасида қорачиқни кенгайиши, мимик реакциялар, қўлнинг ҳимоя ҳаракати кузатилади ♦ 2 даври: юқорида келтирилган кўзғатувчиларга оёқ ва қўлларнинг суст гипертонуси, миофибрилляция, кўз қорачиқларининг доимий бўлмаган реакцияси ♦ Чуқур кома: оғриқ сезгиларини тўлиқ йўқолиши, шоҳпарда, қорачиқ, пай рефлексларининг йўқлиги ёки тезда пасайиши, мушаклар атонияси, тана ҳароратини тушиши.

- Ташқи нафас олишни бузилиши – ўлимнинг асосий сабаби шифохонагача бўлган босқичда тиббий ёрдам йўқлиги ♦ Обтурация ва аспирацияли бузилишлар (тилни орқага кетиши, гиперсаливация ва бронхорея, қусиқ массалари билан аспирация), тахипноэ, стридор, акрацианоз, бўйин веналарининг шиши, ўпкада

йирик пуфакчали хириллашлар, қорачиқларни кенгайиши кузатилади ♦ Чуқур алкоғолли комада нафас бузилиши фақат марказий типда кечади.

• Юрак томир тизими фаолияти бузилиши ♦ Тахикардия – доимий клиник белги ҳисобланади ♦ Чуқур комада АБ тезда пасайиб кетади ♦ Ацидоз билан гиперкоагуляция ва умумий гипотермия микроциркуляция бузилишига олиб келади.

Текшириш усуллари • ЭЭГ • ЭКГ (ST сегментини пасайиши, манфий Т тишча, экстрасистолия; алкоғолли кардиомиопатияда ритм ва ўтказувчанликни турғун бузилиши) • Микродиффуз синама ва газ суюқлик хроматография қонда этанолни аниқлаш синамасидир.

Дифференциал диагностикаси • Бош мия шикастланиши • Бош мия қон айланишининг ўткир бузилиши • Алкоғолни ёлғон суррогатлари билан (хлорланган углеводлар, метанол, этилен-глиқон) заҳарланиш • Ухлатувчи препаратлар: наркотиклар ва транквилизаторлар билан заҳарланиш • Гипогликемик кома.

ДАВОЛАШ

Олиб бориш тамойили (заҳарланиш, умумий ҳолат бобларига қаранг) • Оғир алкоғолли интоксикацияда беморларни токсикология маркази ёки шифохонанинг реанимация бўлимларига ётқизиш керак (кома, нафас ва қон айланишининг бузилиши) • Ўпканинг монанд вентиляциясини таъминлаш ♦ Оғиз бўшлиғини тозалаш, ушлайдиган асбоб билан тилни фиксациялаш ♦ Юзаки комада ҳаво найчаси ёрдамида ҳаво юбориш ♦ Чуқур комада интубация, кейинчалик юқори нафас йўллариини қусиқ массалари ва шиллиқлардан тозалаш ♦ Нафас марказий типда бузилганда трахея интубациясидан сўнгра ЎСВ ўтказилади • Ошқозонни зонд орқали ювиш, ўпкани монанд вентиляцияси таъминлангандан сўнг бажарилади • Интенсив ушлаб турувчи терапия: чора-тадбирлари гипогликемия ва кетоацидозни олдини олишга қаратилган • Диурезни кучайтириш • Гемодиализ (кўрсатма бўйича) • Яққол ривожланган обтурация – аспирация синдромида – тезкор санацияли бронхоскопия; ателектазни бартараф этиш учун – постурал дренаж • Асоратларни даволаш • Ўтказилган терапия асосида беморни динамик ҳолати 3 соат давомида яхшиланмаслиги асоратлар ривожланганлигидан далолат беради.

Дорилар билан даволаш • Атропин 0,1% -1-2 мл. эритмаси тери остига гиперсаливация ва бронхорейани камайитириш мақсадида юборилади • Шокка қарши терапия (оғир гемодинамик бузилишларда) ♦ Плазма ўрнини босувчи суюқликлар (масалан, полиглюкин, гемодез, реополиглюкин) вена ичига томчилаб ♦ 5% глюкоза эритмаси, 0,9% натрий хлор эритмаси вена ичига томчилаб ♦ Аналептиклар (бемегрид ёки катта миқдорда аналептиклар) талваса синдромлари ва нафас обтурациясини бузилишига қарши кўрсатма ҳисобланади ♦ Турғун артериал гипотензияда 60-100 мг. вена ичига томчилаб преднизалон юборилади • Метаболик ацидозни даволаш мақсадида 600-1000 мл. 4% Na HCO₃ эритмасини вена ичига томчилаб юборилади • Алкоғол оксидланишини тезлаштириш ва модда

алмашинувини меъёраштириш – глюкоза вена ичига (40-60 мл. 40% ли инсулин эритмаси билан); тиамин, перидоксин, никотин ва аскорбин кислоталари • Асоратлар ривожланганда антибиотиклар билан даво буюрилади.

Асоратлар • Қисқа муддатли эшитув ва кўрув галлюцинациялари билан психомотор кўзғалиш даврида (алкоголли комадан чиқиш даври) • Талваса синдроми (кўпинча алкоголли энцефалопатиялар билан касалланган беморларда учрайди) • Алкоголли делирий • Алкоголли амавроз • Нафас аъзоларини яллиғланиш касалликлари (трахеобронхитлар ва пневмониялар) • Ошқозон ичидаги масса билан аспирация, ўпка ателектази ёки Мендельсон синдроми ривожланишига олиб келади • Миоренал синдром (кам ҳолларда).

Кечиши ва оқибати ўз вақтида тиббий ёрдам кўрсатилишига боғлиқ. (98-99% ўлим ҳолатлари шифохонагача бўлган босқичда кузатилади).

Профилактикаси – соғлом ҳаёт тарзини тарғибод қилиш, алкоголизмни даволаш.

Синоним. Алкоголли интоксикация.

ХКК -10 • Т51.0 Этанолни токсик таъсири.

Эслатма. **Миоренал синдром** – микроциркуляцияни умумий бузилиши бўлиб алкоголли комада маҳаллий ўзгаришлар билан кечади. Магистрал қон томирларни комадаги беморларни ноқулай ҳолати туфайли ва бутун тана вазни билан алоҳида гуруҳ мушакларини боиши. Бу тўқималарни коагуляцияли ишемик некрозига олиб келади. **Клиникаси:** беморлар ҳушига келгандан сўнг, бош оғриғи, ҳаракатни чегаралиниши, шикастланган оёқларда шишни ўсиб бориши (қаттиқ, кўпинча айланма баъзан орқа думба соҳалари ёки кўкрак қафасига тарқаладиган шишлар); Аксарият ҳолларда тананинг бир томони шикастланади. Барча сезувчанликни пасайиши билан кузатиладиган невритлар; Сийдик қўнғир-қулранг рангда бўлиб, кўп миқдорда миоглобин тутади (миоглобин 1-2 кун); токсик нефропатия; кечиктирилган ёки нотўғри даволаш натижасида ўткир буйрак етишмовчилиги ривожланади.

АРОМАТИК УГЛЕВОДОРОДЛАР БИЛАН ЗАҲАРЛАНИШ

Ароматик углеводородлар (толуол, бензол, кол, нафтол, нафталин ва феноллар) рангсиз модда бўлиб, тошкўмир смоласидан олинади. Уларни резина, пластик цемент, рангсизлантирувчи моддалар ва бошқаларни тайёрлашда ишлатишади. Заҳарланиш хидлаш ёки ютиш сабабли бўлиши мумкин.

Этиопатогенези • Ароматик углеводородлар нейротоксик, (наркотик) гемотоксик (гемолитик) гепатоксик, нефротоксик (гемолиз ҳисобига) таъсирга эга • Бундан ташқари нафталин ва фенолни маҳаллий куйдирувчи хусусияти бор.

Клиник манзараси • Бензол (толуол, кол): бош айланиши, эйфория, бош оғриғи, кўзгалувчанлик, юзни оқариши, шиллиқ қаватлар қизариши, қорачиқ кенгайиши, нафас олиш ритмининг тезлашиши, тахикардия, аритмия, АБ пасайиши ♦ Ичирилганда – оғизда ачишиш, кўкрак ва қоринда оғриқ, қўнғил айниши, қусиш ♦ Оғир ҳолларда – кома, тутқаноқ, паралич, қон оқиши (бурун, милқдан) терида қон қуйилиши, жигар катталаниши (токсик гепатопатия) ♦ Сурункали заҳарланишда – токсик гепатопатия, лейкоз, апластик анемия • Нафталин (антимол, хушбўй хидли, чангланувчи) бош оғриғи, хотира сусайиши, сопор, тутқаноқлар, қусиш, хансираш

◆ Ичилганда – қоринда оғриқ, қусиш, кўнгил айниши, диарея ◆ Тери ёки кўзга тушганда – дерматит, шоҳ парданинг яра бўлиши ◆ Оғир ўткир ёки сурункали захарланишда – цианоз билан бирга кечувчи метгемоглобинемия, гемолитик анемия, нефропатия, гепатопатия • Фенол (карбол кислота, крезол, лизол, резерцин): бош оғриғи, бош айланиши, чарчоқлик, кўнгил айниши, тери оқариши, тер ажралиши, гепотермия, қорачиқ қискариши: кул рангли товада тез қораювчи сийдик ◆ Ичилганда – оғиздан ўзига хос ҳид (бинафша ҳиди): оғиз ва ҳиқилдоқда оғриқ ва қизиш, ошқозон ва қизилўнгачда оғриқ, шиллиқ қаватда оқ доғлар, қусиш ◆ Ингаляция қилинганда – шиллиқ қаватлар, конъюнктиванинг ялиғланиши ◆ Терига тушганда – некрозгача бўлган кимёвий куйиш ◆ Оғир ҳолларда – кома, тутқаноқ (болаларда кўпроқ) коллапс, нафас олиш ритми бузилиши, лизол билан захарланишда – гемолиз, гемоглобинуремияли нефроз билан кечувчи ЎБЕ.

ДАВОЛАШ

Олиб бориш тамойили • Ичилганда зонд билан ошқозонни ювиш, сорбент юбориш (активланган кўмир) • Кўзга ёки терига тушганда – сув билан ювиш • Ўпкада монанд кислород алмашинувини таъминлаш, оксигенотерапия, оғир ҳолларда ЎСВ • Инфузион терапия, диурезни кучайтириш • Гемолиз бўлганда – қон қуйиш, сийдикни ишқорийлаштириш (4%ли натрий гидрокарбонат парентерал) • Симптоматик терапия: анальгетиклар, тутқаноққа қарши моддалар, витаминлар, (тиамин, перидоксин, цианобокламин, аскорбин кислота, қон кетиш – натрий тиосульфат, менфион) жигар ва буйрак етишмовчилигини даволаш.

Специфик (антидот) даво • Бензол ва фенол билан захарланганда – натрий тиосульфат (200 мл 30%) в/и • Нафталин билан захарланганда – кальций хлорид (10% -10 мл в/и) метгемоглобинемияда (метгемоглобин хо қилувчилар билан захарланиш бобига қаралсин) • Фенол тери ёки шиллиқ қаватга тушганда – даволаш токсик қуйиш шоки каби олиб борилади (қуйдирувчи моддалар билан захарланиш бобига қаралсин).

Қарши кўрсатма • Бензол билан захарланганда – эпинефрин юбориш • Фенол билан захарланганда этанол, сорбент сифатида вазелин сифат ёғ ичиш **ХКК-10** • **T53** Ароматик углеводород галогенли хоаларининг токсик таъсири.

КУЙДИРУВЧИ ТАЪСИРГА ЭГА МОДДАЛАР БИЛАН ЗАҲАРЛАНИШ

Куйдирувчи таъсирга эга моддаларга ҳар хил кислоталар (нитрат, сульфат, фосфат, хлорид, хромат, борат, шавел, уксус эссенцияси, (70% ли уксус кислотаси), ишқорлар (калий гидроксид, поташ, ўткир ҳидли калий), натрий гидроксид (ўткир ҳидли натрий), аммоний гидроксид (аммиак эритмаси, нашатир спирти) ва бошқа бирикмалари биохроматлар (хромпик – бихромат калий), хром III оксид, хроматлар, натрий бисульфат, калий карбонат, кумуш нитрати, хлорли оҳак, калий перманганат, водород оксиди, баъзи бром, йод, фтор бирикмалари, маиший, кимёвий бирикмалар (автомобиль аккумуляторларидаги бирикмалар, тозаловчи ва

ювувчи моддалар) бўлиб, булар тери ва шиллик қаватлари, шунингдек ички аъзолар ва тизимларга шикастловчи таъсир кўрсатади.

Этиопатогенези • Ишқорлар: маҳаллий куйдирувчи таъсирга эга (коллеквацион некроз) • Кислоталар: маҳаллий куйдирувчи (коагуляцион некроз), гемотоксик (гемолитик) ва нефротик (гемоглобинуремияли нефроз асосан органик кислоталар билан захарланишга характерли) таъсирлар • Резобтив таъсирида – МНС (талваса, кома) шикастланиши кузатилади • Оғиз бўшлиғи, қизилўнгач, ошқозон, баъзан ичаклар кимёвий таъсирлар натижасида токсик куйишли шок ва оғриқ шоки кузатилади • Калий перманганат шунингдек метагемоглобин хо қилувчи хусусиятга эга • Хромат кислота ва унинг бирикмалари гепатоксик таъсири бор • 40%ли перикис водород эритмаси билан захарланганда юрак ва мия томирларида газли эмболия ривожланиши мумкин.

КЛИНИК МАНЗАРАСИ

- Куйдирувчи моддаларни қабул қилиш (ишқорларда одатда кислоталарга нисбатан чуқурроқ шикастланиш кузатилади) ♦ Лаб, оғиз шиллик қаватида, ҳалқум ва хиқилдоқда - кимёвий куйиш белгилари, шиш, гиперемия, яра ♦ Оғиз бўшлиғида кучли оғриқлар, қизилўнгачдан ошқозонга қараб ♦ Қон билан, баъзан тўқима қолдиқлари билан тез-тез қусиш, қизилунгач – ошқозондан қон кетиши ♦ Қорин дам бўлган (шишган), пайпаслаганда оғриқли, баъзида қорин парда таъсирланиш белгиси (реактив перитонит). Коррозив гастрит ♦ Стридороз нафас (механик асфиксия бўлиши мумкин) ♦ Диарея (масалан, борат кислотадан захарланиш, калий перманганатдан захарланиш), тери тошмалари қизил рангдаги эшак еми турида (борат кислота билан захарланишда)
- Тери ва конъюнктивга тушганда кимёвий куйиш то некроз ҳолатигача (перикис водород – рангпар тери асосида пуфак пайдо бўлади)
- Нафас олишда (концентрацияланган аммиак эритмаси) – тил ва ҳалқум шиши билан биргаликдаги юқори нафас йўлларида оғир куйиши, ларинго ва бронхоспазм, токсик ўпка шиши. Баъзи ҳолатларда бурун тўсиғида яра бўлиши.
- Оғир шикастланишлар (куйдирувчи моддаларни қабул қилганда) ♦ Резорбтив таъсир МНСда шикастланиш (кома, тортишиш, нафас фаолияти бузилиши) ♦ Токсик куйиш шоки вужудга келиши, микроциркуляция бузилиши билан АБни кескин тушиши ♦ Биринчи кун охирида тери қоплами ва склерасида сариклик, сийдикни қизил-кўк тусга кириши, сўнгра ўткир нефроз анурия билан, азотомия (гемолиз натижасида). Жигар катталашиши ва оғриқли ♦ 2-3 кунда тана ҳароратининг ошиши, нефропатия ва гепатопатия клиникасининг кучайиши, инфекцион асоратлар вужудга келиши ♦ Калий перманганат (ошқозон ширасини кислоталилиги паст) – метгемоглобинемия яққол цианоз ва ҳансираш устунлиги билан.

Лаборатор текширувлар • КИМни чапга жиши • Гемолитик анемия • Гемолизда эркин Нв миқдори плазмада: енгил 5 г/л, ўрта –то 10 г/л, оғир -10 г/л дан кўп • Сийдикда – гемоглобинурия плазмада эркин Нв миқдори 1 г/л дан кўп.

Дифференциал диагностикаси кўп ҳолларда қийинчилик туғдирмайди (анамнез, клиника) • Олтингурут ва шўр кислоталар: лаблар, оғиз шиллик қаватлари,

танглай – оқиш кулранг доғ • Азот кислотаси: сариқ ва яшил- сариқ қипиқ • Уксусли эссенция: тери устида оқ-кул ранг куйишлар • Карбол кислотаси: оппоқ доғни эслатувчи қарашлар билан қоплаганлиги • Хромли кислота: малла-қизил доғлар • Кумуш нитрати: оғиз шиллиқ қавати, оқ ёки кул ранг тусда, қусук массалари оқиш • Калий перманганати: оғиз шиллиқ қавати тўқ-малла рангда бўлиши • Борат кислота: терида яққол қизил рангдаги тошмалар мавжудлиги • Концентрацияланган йод эритмаси: шиллиқ қаватларнинг сариқ рангдалиги.

ДАВОЛАШ

Тартиб • Шифохонанинг махсус токсикология марказига, тез тиббий ёрдам бўлимига ётқизиш, кўз шикастланишида офтальмология бўлимларига • Оғиз бўшлиғи маҳаллий шикастланиши ва хиқилдоқда асфикция кузатилмаганда – ЛОР бўлимига ётқизиш.

Парҳез • 1а столи 3-4 кун давомида, сўнг 5а биринчи кунларда • Қон кетганда – очлик.

Олиб бориш тамойили (Захарланиш бобига қаранг) • Тери ва кўз шикастланишида – оқова сувда чайиш; кўзда оғриқ ва ачишишда тетракаин 0,5% ёки лидокаин 1-2% эритмасини томизиш • Хиқилдоқ шиши ва асфикция хавфида – оғиз бўшлиғи санацияси, адренолитиклар (эфедрин) ва ГКС (преднизалон); дексаметазон ингаляцияси, самара бўлмаганда – трахеоэктомия, ЎСВ • Куйдирувчи моддалар қабул қилганда ♦ Ошқозон бўшлиғини ўсимлик мойи билан ишлов берилган зонд орқали катта миқдорда совуқ сув билан имкон борича тезроқ ювиш. Ювишдан олдин – оғриқ синдроми бўлганда наркотик аналгетиклар ва атропин буюриш ♦ **Қайд қилишни чақириш мутқлоқ тақиқланади** • Инфузион терапия, парентрал плазма, оқ гидролизатларини юбориш; қонни ишқорийлаштириш билан диурезни кўпайтириш • Ошқозон ичакдан қон кетишда – қайта қон куйиш • Гемодиализ (кўрсатмаларга кўра) • Симптоматик даволаш: аналгетиклар, токсик нефропатияни даволаш, витаминлар.

Специфик (махсус) (антидот) даволаш • Хромат кислота ва унинг ҳоалари – коплмекс ҳо қилувчи бирикмалар, масалан, пеницилламин (кўрғошин ва унинг бирикмалари билан захарланиш бобига қаранг) • Калий перманганат – натрий тиосульфат (метгемоглобин ҳоалари билан захарланиш бобига қаранг) • Кумуш нитрати – ошқозонни 5% натрий хлорид эритмаси билан ювиш (эримайдиган кумуш хлорид ҳо қилиш учун) • Йод – натрий тиосульфат (30% -300 мл/гача кунда в/и томчилаб, 10% натрий хлорид эритмаси).

Специфик бўлмаган медикаментоз даволаш • Ингаляция учун аэрозоллар: прокаин (3мл. - 0,5% ли эритмаси) эфедрин (1 мл. - 5%) ёки эпинефрин (1 мл. – 0,1%) билан биргаликда қўллаш • Куйиш шокини даволашда – полиглюкин 800 мл, глюкоза – прокаинли аралашма (300 мл 5% глюкоза эритмаси, 300 мл 2% прокаин эритмаси), глюкоза эритмаси, натрий хлорид в/и томчилаб; аналептиклар (никатамид 2 мл., кофеин 10% 2 мл. эритмаси), т/о; гармонлар (гидрокартизон, АКТГ 40 ТБ) • Тўқ рангли сийдик пайдо бўлиб, метаболик ацидоз ривожланса в/и томчилаб, натрий гидрокарбонат (4% - 1,5 мл. миқдоргача) юбориш • Қуйидаги таркибли микстура: писта мойини 10% 200 мл.ли эмульсияси, 2 гр. бензокаин, 2 гр.

хлорамфеникол – ҳар 3 соатда 20 мл. дан қабул қилиш • Антибиотиклар (бензилпенициллин 8 млн. ТБ кунда) • Қизилўнғач куйганда ГКС (дексаметазон 1 мг./метр квадратга 2-3 ҳафта давомида ҳар 6 соатда).

Хирургик даволаш • Коагуляцияланган тўқималарга хирургик ишлов • Ошқозон перфорацияси, ҳалқум шишида шошилишч оператив даволаш • Қизилўнғач торайиб қолишини олдини олиш мақсадида – битиш босқичида бужлаш; самара бўлмаса стенозни хирургик даволаш.

Асоратлар • Қизилўнғач ва ошқозон ўткир перфорацияси – заҳарланишдан сўнг 1 чи соатларда 10-15% беморларда • Кейинчалик (3-4 ҳафта) қизилўнғач ва ошқозон антрал қисмини чандиқли торайиши • Ошқозон ичакдан қон кетиши • Буйраклар қайтмас шикастланганда СБЕ • Аспирация натижасидаги пневмония • Инфекцион асоратлар (қуйган соҳалар йиринглаши, йирингли трахеобронхит, пневмония) • Куйишдан сўнгги озиш билан астения ва оқ алмашинуви ҳамда КИМ бузилиши.

Прогнози патологик ўзгаришлар оғирлиги ва биринчи ёрдамнинг ўз вақтида берилишига боғлиқ • Концентрацияланган кислоталарнинг 30-50 мл., калий перманганатнинг 1 гр. ўлимга олиб келувчи доза ҳисобланади • Ҳаётга хавф солувчи давр – биринчи 2-3 кунлар, ўлим шок ёки перитонитдан бўлиши мумкин • Коррозив гастритнинг оқибати унинг чандиқланиши, кўпроқ пилорик ва кардиал қисмларида • Сурункали гастрит ва эзофагит.

ХКК-10 • Т54 Емирувчи моддалар токсик таъсири.

ҚЎЗИҚОРИНЛАР БИЛАН ЗАҲАРЛАНИШ

Қўзиқоринлар билан заҳарланиш – инсон учун токсик таъсирга эга бўлган қўзиқоринлар истеъмол қилганда юзага келади. Кўпинча заҳарланишни қизил мухамор (*Amanita muscaria*), сассиқ мухамор (*Amanita virosa*), пантерийли мухамор (*Amanita pantherina*), оқ поганка (*Amanita phalloides*), *Amanita* оиласидаги ва баъзи бошқа авлодга мансуб: *Gyromitra* (строчки), *Clilocybe* (говорушки; ҳам заҳарли ҳам истеъмол қилишга яроқли турлари маълум), *Morchella* (сморчки; захри кам) авлодларини истеъмол қилганда кузатилади.

Этиологияси ва патогенези • Рангпар поганка номли қўзиқорин ўзида токсик хусусиятга эга қатор циклик олигопептидларни сақлайди (фаллоидин, аманитин, аматоксин). Улар организмга тушганда гастроэнтерит, жигар ва буйрак некрозлари, сув-электролит мувозанатининг бузилиши ва ҳужайра мембранасида ўтказувчанлик кучайшига сабаб бўлади. Токсинларни иссиқлик ва қуритиш каби ишловлар билан йўқотиб бўлмайди • «*Gyromitra*» ва «*Clilocybe*» ўзида гиромитрин гальвелов кислотаси сақлайди (бу моддалар таъсир механизми рангпар поганка қўзиқоринининг заҳарли таъсирига яқин бўлиб, гемотоксик характерга эга). Термик ишлов берилганда токсин парчаланиши қийинчилик билан кечади • Қизил мухамор «говорушки» ва қўзиқориннинг бошқа турлари таркибида мускарин, мускаринин ва шунга ўхшаш бир қатор нейротоксик характерга эга моддалар мавжуд. Уларнинг фармокологик таъсири ацетилхолинга ўхшаш • Термик ишлов

бериш токсинларни қисман парчалайди • Пантерийли мухамор ўз таркибида гиосциамин ва скополамин (М-холиноблокаторлар) сақлайди.

КЛИНИК МАНЗАРАСИ ВА КЕЧИШИ

• Оқ поганка ♦ 1 босқич (ушбу кўзқоринни бир донасининг учдан бирини истеъмол қилгандан 6-24 соат ўтгач) ♦ Иситма, мушакларда оғриқ, кўнгил айнаши, қайд қилиш, қорин соҳасида спастик оғриқлар, тез-тез қон билан холерага ўхшаш диарея ♦ Болаларда захарланиш талвасалар, нафас олиш бузилиши билан кечади ♦ 2 босқич – латент даври 2-4 кун давом этади ♦ 3 босқич – ўткир жигар ва буйрак етишмовчилиги белгилари. Кейинчалик эса коагулопатия, сариклик, жигар катталаниши, анурия, талвасалар, МНС ўзгаришлар (кома), юрак етишмовчилиги кузатилади. Кечиши асосан ўта тез, зўрайиб боради.

• «Қизил мухамор», «говорушки»лар билан захарланган - беморларда клиник белгилар кўзқорин қабул қилгач 30-40 минут, кўп ҳолларда 2 соатдан кейин юзага келади ва ўткир, авж олувчи характерга эга бўлади. ♦ Кўнгил айнаши, қайд қилиш, қорин соҳасидаги спастик оғриқлар, суюқ ич кетиш, ҳансираш, парасимпатик (сўлак ажралиши, кўз ёши оқиши, миоз бронхоспазм, брадикардия, артериал гипотензия ва коллапс) таъсир кузатилади ♦ Оғир ҳолларда ҳушни йўқотиш (кўзғалувчанлик, алаҳсираш, галлюцинация, кома), талвасалар бўлиши мумкин.

• Пантерийли мухамор билан захарланганда тери ва шиллик қаватлар қуруқ, кўз қорачиғи кенгайган, тахикардия.

• Строчки, сморочкида (чала пиширилган кўзқоринлар истеъмол қилгандан сўнг) ♦ умумий ҳолсизлик, кўнгил айнаши, қайд қилиш, қорин соҳасида оғриқ, диарея ♦ Оғир ҳолларда – ҳушни йўқотиш, талвасалар, токсик гепатопатия белгилари (гемолитик сариклик, жигар ва талоқ катталаниши) нефропатия ва гемолиз кузатилади.

ДАВОЛАШ

Тартиб • Бемор токсикология ёки марказий шифохоналарнинг реанимация бўлимига ётқизилади • Оқ поганка билан захарланганда тезкор экстракорпорал детоксикация ўтказиш лозим.

Олиб бориш тамойили • «Оқ поганка», «строчки», «сморочки» ♦ Қайд қилишга қарши воситалар, тузли сургилар билан ошқозонни ювиш ♦ Инфузион даволаш, кучайтирилган диурез ♦ Захарланишнинг биринчи кундан бошлаб гемосорбция ўтказиш ♦ Липамид кислотаси 200-300 мг./кунда в/и бензилпенициллин (натрийли туз) 12 млн. ТБ кунда в/и ♦ Жигар ва буйрак етишмовчилигини даволаш • «Қизил мухамор», «говорушка» ♦ Зонд орқали ошқозонни ювиш, қайт қилишга қарши воситалар (апоморфин 5 мг. т/о), тузли сургилар ♦ Инфузион даволаш, кучайтирилган диурез ♦ Махсус антидот – атропин (0,1% эритма) 1 мг. дан ҳар 1-2 соатда захарланиш белгилари йўқолгунча.

Прогнози • «Оқ поганка» захарланиш оқибатида ўлим ҳолатлари 40-90% га етади, 3 та ва ундан ортиқ кўзқоринлар истеъмол қилганда эса, ўлим 100% ни ташкил этади • Мухаморлар ва «говорушка»ларда ♦ Ўз вақтида монанд даволаш чора-

тадбирлари – беморни соғайиб кетишига олиб келади ✦ Агар ўз вақтида ёрдам кўрсатилмаса 50% гача ўлим ҳолати 8 кун ичида кузатилади.

ХКК-10 • Т62.0 Қўзиқоринлардаги токсик моддалардан заҳарланиш.

МИС, РУХ ВА УЛАРНИНГ БИРИКМАЛАРИДАН ЗАҲАРЛАНИШ

Мис ва унинг бирикмалари кўп миқдорда организмга тушганда (ацетат, оксидлар, сульфат ва хлоридлар) аъзоларнинг зарарланиши кузатилади. Мис купоросининг 30-50 мл. ўлимга олиб келувчи доза ҳисобланади

Этиопатогенези • Мис бирикмалари кучли нефро ва гепатоксик • Мис купороси маҳаллий куйдируви ва гематоксик таъсир хусусиятларига эга.

КЛИНИК МАНЗАРАСИ

• Мис бирикмаларини организмга тушиши ✦ Оғизда метал таъми ва ачишиш, кўнгил айниш, қайд қилиш, қоринда оғрик, диарея, ҳолсизлик, бош айланиши, бош оғриғи, тахикардия, нафас олишни бузилиши, коллапс, талваса ✦ Токсик гепатопатия, жигар етишмовчилиги билан сариқлик; буйрак етишмовчилиги (мис купороси билан заҳарланишда ва яққол ифодаланган гемолизда – анурия ва уремия билан кечувчи ЎБЕ; анемия • Ингаляция йўли билан зарарланиш (мис ва рух моддаларини кавшарлаш «сварка» ишларида) – ўткир узлуксиз кечувчи иситма (қалтираш, куруқ йўтал, бош оғриғи, ҳолсизлик, ҳансираш, тана ҳароратини турғун кўтарилиши). Баъзан аллергия реакция (қизил тошма, қичишиш) кузатилиши.

ДАВОЛАШ

Олиб бориш тамойили • Ошқозонни ювиш (50-100 мл. 5% эритмада димеркаптопропансульфонат натрийни ювишдан олдин ва кейин юбориш мақсадга мувофиқдир) • Специфик (антитодли) даволаш • Инфузион даволаш • Эрта гемодиализ • Симптоматик даволаш – қайд қилишда – хлорпромазин, гемолизда – натрий гидрокарбонат (1000 мл. 3% эритма) в/и, ЎБЕни даволаш, витаминлар • Узлуксиз кечувчи иситмада – ацетилсалицил кислота, балғам кўчирувчи ва йўталга қарши дори воситалари, аминофиллин (5-10 мл. 2,4% эритма) в/и.

Специфик даволаш • Натрий тиосульфат (30 мл. 30% эритма) в/и • Пенициллин узоқ муддат.

ХКК-10 • Т56 Металларнинг токсик таъсири.

Эслатма. Рух моддаси ва унинг бирикмалари билан заҳарланиш белгилари ва даволаш мис моддаси билан заҳарланиш каби бўлганлиги сабабли алоҳида келтирилмади.

МЕТГЕМОГЛОБИН ҲОАЛАРИ БИЛАН ЗАҲАРЛАНИШ

Метгемоглобин ҳоалари билан заҳарланишда асосан бензолнинг нитро ва аминоксид ҳоалари (анилин, аминоксидбензол, фениламин, хлоранилин, фенилгидразин) ва унинг гомологлари, турли нитро бирикмаларнинг (нитроглицерин, амилнитрит,

бутилнитрит, калий нитрит, натрий нитрит, селитра) токсик таъсири катта аҳамиятга эга. Анилиннинг ўлимга олиб келувчи дозаси 1г. атрофида.

Этиопатогенези • Танлаб нейротоксик, гепатотоксик, хелотоксик (метгемоглобин ҳо бўлиши) таъсир этиш хусусияти • Теккан жойида кўзғатувчи таъсири (нитро-бензолнинг амин ҳоалари).

Клиник манзараси • Енгил ва ўрта даражадаги захарланишда ♦ ўткир метгемоглобинемия натижасида лаб, кулоқ, тирноқ шиллиқ қаватлар кўкариши ♦ Умумий ҳолсизлик, бош оғриғи, айланиши, эйфория ҳаракат кўзгалувчанлиги билан, юра олишга ишончсизлик, қисқа муддат ичида хушни йўқотиш, пай рефлeksi кучайиши, ёруғлик нурига қорачиқ реакцияси сустлашганлиги ♦ Тахикардия, артериал гипотензия, нафас етишмовчилиги (ҳансираш) • Оғир захарланишларда ♦ Терининг ва шиллиқ қаватларининг кўкариши ♦ Кома, қорачиқ торайган, ёруғликка реакция йўқ, клоник, тоник талвасалар кузатилиши, беихтиёр дефикация ва сийдик ажратиш. Нафас марказининг параличи ♦ Сўлак ажралиши ва бронхорея, гемик гипоксия, тахикардия, гепатомегалия, буйрак синдромини авж олиши билан гемолитик анемия • Касалликнинг 3-5 кунда метгемоглобинемия қайталаниши мумкин, бу жигар, ёғ тўқимаси яъни депо аъзолардан захарни чиқиши билан боғлиқ • Анилин ичилганда оғизда ачишиш ҳисси, қорин оғриши, кўнгил айниши, қайд қилиш, терига эшак еми кўринишидаги экзантемалар тошиши, жигар катталашиши, оғриқли • Бензолнинг нитро ва амина бирикмалари тери ва кўзга тушганида - дерматит, шоҳ пардада яралар юзага келиши • Сурункали интоксикацияда: анемия, жигар, асаб тизимида (астеновегетатив синдром), кўз (катаракт) сийдик йўлларида (цистит, яра ҳо бўлиши) зарарланиш кузатилади.

Лаборатор текшириш • Енгил ва ўрта даражадаги захарланишда МtНb миқдори 10-50% гача, Хайнц-Эрлих таначалари (Нb камчилигидан таркиб топган юмалоқ эозинофиллар ёки тўқ бинафша рангдаги ҳоа) аниқланади • Оғир захарланиш ҳолларида: МtНb миқдори 50% дан кўп, Хайнц-Эрлих таначалри 5% гача • Ретикулоцитозли, макроцитозли ва меъёрбластозли анемия.

ДАВОЛАШ

Олиб бориш тамойили • Организмга тушганда зонд орқали ошқозонни ювиш. Бунда активлашган кўмир ва вазелин мойидан фойдаланиш мақсадга мувофиқдир. Қайд қилиш воситалари • Бензолнинг нитро ва амина бирикмалари тери ва кўзга тушганда оқава сув билан ювиш • Монанд ўпка вентиляциясини таъминлаш, оксигенотерапия, оғир ҳолатларда ЎСВ ўтказиш, гиперболик оксигенация • Қонда метгемоглобин миқдори 40%дан кўп бўлганда қон қуйиш • Эрта гемодиализ • Кейинчалик – инфузион даволаш, қорин бўшлиғи диализи • Симптоматик даволаш: антигипоксантилар жигар ва буйрак етишмовчилигини даволаш.

Махсус (антидот) даволаш • Метил кўк 1% -1-2 мл/кг. эритмасини в/и секинлик билан юбориш • Натрий тиосульфат 30% ли 100 мл. эритмаси в/и • Аскорбин кислота 5%ли 60 мл /кунда в/и.

Кечиши ва прогнози • Интоксикация давомийлиги -12-14 кун • Қолдик ўзгаришлар бўлмаган ҳолларда оқибати ижобий • Турғун асоратлар бўлганда (масалан жигарни токсик зарарланиши) беморларда ногиронлик кузатилади.

ХКК-10 • **T52** Органик эритмаларнинг токсик таъсири • **T53.9** Ароматик углеводородларнинг аниқланмаган галоген бирикмалари • **T54.0** Фенол ва унинг гомологлари токсик таъсири • **T59.0** Азот оксидининг токсик таъсири.

УГЛЕРОД МОНООКСИДИДАН ЗАҲАРЛАНИШ

Углерод монооксида (СО) – углеродли бирикмаларни ўзида жамлаган нарсалар ёнишидан пайдо бўладиган хидсиз, рангсиз ва таъмсиз газ (масалан: кўмир). СО нинг пайдо бўлувчи омили яхши шамоллатиш имкони бўлмаган яшаш жойларида ёкиладиган мосламалар (печка) ва автомобил газ чиқиндилари ҳисобланади.

Учраши • Кўп учрайди (маълумотларга кўра у алкоголь ва унинг суррогати, дори воситалари ҳамда наркотиклардан заҳарланишдан кейин 4 ўринда туради).

Этиопатогенези • Монооксид углероди нафас йўллари орқали организмга тушади ва ундан чиқади • СО қондаги Нb билан бириккан O_2 ни сиқиб чиқариб унинг ўрнига ўзи бирикади, чунки бирикиш хусусияти O_2 никига қараганда 250 марта кучлироқ. Бунинг сабаби унинг тузилишини Нb га ўхшашлиги. Кислород миқдори камайши ва оксигемоглобин диссоциация кўрсаткичи чапга жиши тўқима гипоксиясини келтириб чиқаради • СО цитохроаза билан бирикади ва митохондрия фаолиятини бузади • СО миоглобин билан бирикиб мускул активлигини пасайтиради.

Хавфли омиллари • Бузуқ печка, ошхона плитаси, двигатели ишлаб турган автомобил мавжуд бўлган жой • Касбий омил (шахтёр, автомеханик).

Клиник кўриниши • Белгиларни намоён бўлиш даражаси нафас олинаётган ҳаводаги газ миқдорига ва таъсир давомийлигига боғлиқ. Юқори концентацияли СО дан нафас олиш ҳеч қандай клиник белгиларсиз тез ўлимга олиб келади • Белгилари ♦ Ҳолсизлик, уйқучанлик, бош айланиши, қулоқ шанғиллаши, қусиш, кўкрак қафасидаги оғриқ ♦ Тери қопламани қизариши ♦ Ҳансираш, юрак уриб кетиши, қон босимини кўтарилиши ♦ Эс –ҳушни бузилиши (кўзғалувчанлик, галлюцинация, дезориентация) ♦ Неврологик белгилар: кўз қорачиғини кенгайтириши, нистагм, атаксия, тортишиш хуружи, шол бўлиш • Оғир ҳолларда – кома, тоник ва клоник тиришишлар, юрак ва нафас олиш ритми бузилиши, коллапс, мия шиши, нафас олишни тўхташи • Тутун билан шикастланганда: қурук йўтал, кўздан ёш оқиш, кўп сўлак ишлаб чиқариш (гиперсаливация), хиқилдоқ ва ўпкани токсик шиши.

Лаборатор текширишлар • Карбоксигемоглобин миқдорини аниқлаш • Артериал қоннинг газли таркибини текшириш

Дифференциал диагностикаси: Цианидлар билан заҳарланиш.

ДАВОЛАШ

Тартиб • Енгил ҳолларда амбулатор • Ўртача ва оғир заҳарланиш ҳолларида эса албатта шифохонага ётказиш.

Беморни олиб бориш тамойили • Беморни тезда тоза ҳавога олиб чиқиш лозим • Кислород (100%) билан нафас олдириб тўқимали гипоксияни бартараф этиш • Зарур бўлганда трахеяни интубация қилиш ва ўпкани сунъий шамоллатиш • Оғир заҳарланиш ҳолатларида гипербарик оксигенация ўтказиш • Узоқ вақт давом этган комада – бош соҳасига муз қўйиш, қайта орқа мия пункцияси • Симптоматик даволаш: артерал гипотензияни, метаболик ацидозни, юрак ритми бузилишини даволаш, қўзгалувчанлик ёки қалтираш бўлганда - диазепам, витаминлар (5 % 10-20 мл. аскорбин кислотаси в/и томчилаб) тавсия этиш.

Специфик (антидотли) даволаш. Антидот - кислород.

- Енгил заҳарланиш даражасида (асаб ва юрак қон - томир тизими шикастланиши белгилари йўқ) ♦ Кислород 100%га етгунча “ёпиқ контур” ёрдамида нафас олиш ♦ Юрак паталогияси мавжуд бўлганда даволашни эрта бошлаш.

- Ўрта оғирликдаги заҳарланишда (асаб ёки юрак қон-томир тизими шикастланиши белгилари йўқ) ♦ Даволаш зудлик билан бошланади ♦ Юрак қон-томир тизими фаолияти яққол бузилмаган бўлса ҳам унинг ҳолатини диққат билан кузатиш ♦ Кислота - ишқор мувозанатини тиклаш ♦ Кислород 100%га етгунча “ёпиқ контур” ёрдамида нафас олдириш.

- Оғир заҳарланишда (асаб ва юрак қон-томир тизими шикастланиш белгилари кузатилади) ♦ Даволашни зудлик билан бошлаш ♦ Юрак қон-томир тизими фаолияти диққат билан кузатиш ♦ Кислота - ишқор мувозанатини тиклаш ♦ Кислород 100% га етгунча “ёпиқ контур” ёрдамида нафас олдириш ♦ Иложи бўлса зудлик билан гипербарик оксигенация ♦ 4 соат давомида юрак қон-томир ёки асаб тизимида ижобий ўзгариш кузатилмаслиги гипербарик оксигенотерапия ўтказишга мутлоқ кўрсатма ҳисобланади.

Синонимлар • Ис гази билан заҳарланиш • Углерод оксиди билан заҳарланиш.

Қискартмалар • СО – углерод монооксиди.

ХКК-10 • Т58 Углерод оксидининг токсик таъсири.

МИШЬЯК БИЛАН ЗАҲАРЛАНИШ

Мишьяк ва унинг бирикмалари (мишьяк ангидриди, мишьяк кислотаси ва унинг тузлари, мишьякли водород, сальварсан, осарсол, гербицидлар, “париж кўкати” (“парижская зелень”) пестицидлар) нафас йўллари, овқат ҳазм қилиш тизими ва тери орқали одам организмига тушиб заҳарланиш чақиради. Мишьяк билан заҳарланиш ўткир ва сурункали бўлиши мумкин. Ишлаб чиқариш жараёнида (кимё, тери ва мўйна саноати, дон маҳсулотларига ишлов бериш, пестицидларни қўллаш) асосан сурункали заҳарланиш кузатилиб, кўпинча полиневропатияларнинг сенсор (кам ҳолларда аралаш) тури кўринишида кечади.

Этиопатогенези • Энтеротоксик (ичганда), нейротоксик (диффуз дистрофик ўзгаришлар орқа миянинг олдинги ва ён шохларида ҳамда периферик нервларда яққол намоён бўлади), гемолитик (жигар ва талоқ шикастланиши) таъсир. • Уч валентли мишьяк (As^{3+}) ферментларининг тиолли гуруҳи тўқимадаги бошқа оқлар

билан боғланади • Сурункали заҳарланишда кўп микдорда сульфгидрил гуруҳи мавжуд бўлган тўқималарда (тирноқ, соч) тўпланади.

КЛИНИК МАНЗАРАСИ

- Ўткир заҳарланиш: артериал гипотензия, капиллярлар ўтказувчанлигини ошиши, мушаклар тортилиши, бош айланиши, гемолиз, гемоглабинурия, сариклик, гемолитик анемия ривожланиши билан, ўткир буйрак - жигар етишмовчилиги ♦ Ичилганда – томоқ ачишиши, оғизда металл таъм келиши, қусиш (қусқи яшил рангда), қоринда кучли оғриқ. Гуруч қайнатмасини эслатувчи диарея, айрим ҳолларда қон билан. Организмни кучли сувсизланиши натижасидаги хлорпеник тиришишлар ♦ Мишьяк водороди нафас йуллари орқали организмга тушганда – ҳиқилдоқ спазми, бронхоспазм ва ўпка шиши, метгемоглобинемия (цианоз-кўкариш), тез оғир гемолиз, ўткир буйрак етишмовчилиги (2-3 куни) ривожланиши ♦ Оғир ҳолларда (заҳарланишнинг паралитик турида) – сопор, қалтираш, эс ҳушни йўқотиш, нафас фалажи, кома, коллапс.
- Сурункали заҳарланиш: капиллярларни турғун кенгайиши, нотинчлик, тез чарчаш, анемия, энцефалопатия, сезувчанликни йўқолиши билан кечадиган периферик невритлар; куйдирувчи оғриқлар, парастезия, кам ҳолларда оёқ-қўлларда ҳолсизлик, майда мушаклар гипотрофияси ривожланиши, гиперкератоз, соч тўкилиши; оёқ ва қўл панжаларида кўндаланг оқ йўлакчалар пайдо бўлиши (Маес йўлакчаси); токсик гепатит.

ДАВОЛАШ

Тартиб • Енгил заҳарланишда даволаш амбулатория шароитида • Ўрта оғирликдаги заҳарланишда эса шифохона шароитида ўтказилади • Бемор ишга жойлаштирилаётганда уни токсик моддалар билан алоқада бўлмаслигига алоҳида эътибор бериш.

Олиб бориш тамойили • Қайд қилишни чақирувчи моддалар, ошқозонни зонд орқали ювиш, қайта сифон клизма • Мишьяк водород билан заҳарланганда тўхтовсиз кислород билан нафас олиш • Антидот юбориш билан бир вақтда эрта гемодиализ ўтказиш, алмаштириб қон қуйиш • Инфузион ва шокга қарши даво, диурезни кучайтириш • Симптоматик даволаш: қоринда кучли оғриқ бўлганда – спазмолитик воситалар (платифиллин, атропин); гемоглабинурияда – глюкоза-прокаин аралашмаси (500 мл. 5% ли глюкозага 50 мл. 2 % ли прокаин), аминофиллин, натрий гидрокарбонат (1 л. 4% ли эритма) в/и, юрак қон-томир воситалари, буйрак ва жигар етишмовчилигини даволаш.

• Специфик (антидотли) даволаш ♦ Димеркаптопропансульфонат натрийнинг 150-200 мл. 5% ли эритма вена ичига томчилаб ёки 5 мл. дан мушак орасига ҳар 6-8 соатда ♦ Тетацин-кальций 30 мл. 10% эритма 500 мл. 5% ли глюкозада в/и томчилаб юбориш.

Прогнози • Етарли даражада жиддий (айниқса мишьякли водород билан заҳарланганда нафас маркази параличи туфайли биринчи соатларда ўлим билан тугаши мумкин) • Мишьякни ўлимга олиб келувчи микдори 0.1 – 0.2г. ташкил қилади.

НАРКОТИК АНАЛГЕТИКЛАР БИЛАН ЗАҲАРЛАНИШ

Наркотик аналгетиклар билан ўткир заҳарланиш алкоголь ва унинг суррогатлари билан заҳарланишдан кейин иккинчи ўринда туради. Бу гуруҳ моддалар (героин, кодеин, метадон, морфин, опий, пропоксифен, омнопон, тримеперидин, этилморфин, оксикодон) умумлаштирилиб наркотиклар деб юритилади.

Этиопатогенези • Наркотик аналгетиклар парентерал йўл билан юборилганда ошқозон-ичак тизимида тез сўрилади • Детоксикация жигарда глюкурон кислотаси билан конъюгация йўли орқали амалга ошади. Биринчи кунларда конъюгат кўринишида унинг (90%), 75% сийдик орқали чиқазиб юборилади • Морфин 0.5-1.0 г. ичганда, 0.2 г. в/и юборилганда ўлимга олиб келади. Унга олиб келувчи қондаги миқдори 0.14 мг./л. • Токсик таъсири: таламик соҳа фаолиятини сусайтириши натижасида психотроп ва нейротоксик таъсир ҳамда адашган нерв марказини кўзғалиши сабабли нафас ва йўтал маркази кўзғалувчалигини пасайиши.

Клиник манзараси • Ўткир заҳарланиш. Асосий босқичлари уйқу чақирувчи ва транквилизаторлар билан заҳарланишдаги каби (“Уйқу чақирувчи ва транквилизаторлар билан заҳарланиш” бобига қаранг) ♦ I босқич (енгил заҳарланиш) ♦ Наркотик мастлик, эс-хушни чалкашиши, гаранглик, сапороз чуқур уйқу; бемор билан мулоқот қилиш мумкин ♦ Тери қоплами қизарган ♦ Миоз, кўз қорачиғининг ёруғликга реакцияси суст ёки умуман йўқ ♦ Эс-хуши сақланган ҳолда нафас олишни бузилиши (чўзинчоқ миядаги нафас марказини фаолиятини сусайтириши) ♦ Пай ва переостал рефлекслар сақланган ёки кучайган ♦ Оғриқли таъсирларга реакция пасайган ёки йўқ, терморегуляция бузилган ♦ II босқич – Кома кўриниши ♦ Миоз (85%) ♦ Оғриқга таъсир реакция пасайган (68%) ♦ Марказий турдаги нафас бузилиши (100%) ♦ Қон босимининг кескин пасайиши (60%) ♦ Чайнов мушаклари тризми, мушак тонусини спастик турда ошиши, опистотонус, тиришишли тутқаноқлар ♦ III босқич (оғир заҳарланиш) ♦ Апноэ ҳолатгача нафас бузилиши. Апноэ ҳолатида эс-хуш сақланган бўлиши (асосан кодеин билан заҳарланганда) ♦ Тери ва шиллиқ пардаларнинг кескин кўкариши (цианоз) ♦ Кўз қорачиғи кенгайиши ♦ Брадикардия, коллапс, гипотермия • Сурункали заҳарланиш.

Диагностикаси • Спектрофотометрик услуб ёрдамида қондаги токсик моддани аниқлаш • ЭЭГ.

Дифференциал диагностикаси - “Уйқу чақирувчи ва транквилизаторлар билан заҳарланиш” бобига қаранг.

ДАВОЛАШ

Тартиб • Шифохонага ётқизиш: нафас ва эс-хуши бузилган бўлса токсикология ёки реанимация бўлимига • Заҳарланишнинг биринчи даражасида бемор наркололик шифохонага ётқизилади.

Олиб бориш тамойили (“Уйқу чақирувчи ва транквилизаторлар билан заҳарланиш” бобига қаранг) • Ўпкани монанд вентиляциясини таъминлаш (зарур

бўлганда ўпкани сунъий вентиляция қилиш), оксигенотерапия • Ошқозонни зонд орқали қайта ювиш (хатто морфин парентерал юборилганда ҳам), активланган кўмир, тузли ич сурувчи воситалар: қусишни чақирувчи дорилар бундан мустасно • Қонни ишқорлантириш билан сийдик ҳайдаш • Детоксикацияловчи гемосорбция, перитониал диализ • Танани иситиш • Симптоматик даволаш: кучли нафас ва гемодинамик бузилишларни, тиришиш синдроми, асоратларни бартараф этиш.

Спецефик (антидотли) даволаш – налоксон 5 мкг/кг. дан 2 – 20 мг. гача (кўпинча 3 – 5 мл. 0.5 % ли эритма в/и), зарурият бўлса муолажа 10-20 мартагача қайтарилади.

Дори воситалар билан спецефик бўлмаган усулда даволаш • Атропин сульфат 1-2 мл. 0.1% ли эритма тери остига • Аналептиклар (камфора, никетамид, кофеин) фақат юзаки комада қўлланилади; қолган ҳамма ҳолларда уларни қўллаш қатъий ман этилади (тиришиш ҳолати ва нафас етишмовчилиги асоратлари ривожланиши мумкин) ♦ Кофеин - 2 мл. 10 % ли эритма в/и ёки т/о ♦ Никетамид – 2 мл. в/и ёки т/о • Тиамин (3 мл. 5 % ли эритма) в/и қайта.

Асоратлари, кечиши ва прогнози - “Уйқу чақирувчи ва транквилизаторлар билан заҳарланиш” бобига қаранг.

Ёшга кўра хос белгилар. Барча наркотик моддалар ёш болалар учун ўта токсик. 3 ёшгача бўлган болалар учун ўлим чақирувчи миқдор: кодеин – 400 мг., метадон – 40 мг., героин – 20 мг.

ХКК – 10 • Т40 Наркотиклар ва психодислептиклар (галлюциногенлар) билан заҳарланиш.

НЕЙРОЛЕПТИКЛАР БИЛАН ЗАҲАРЛАНИШ

Нейролептиклар (масалан, фенотиазин унумлари – хлорпромазин, промазин, левомепромазин, прохлорперазин, трифлуоперазин) психоседатив воситалар гуруҳига киради. Қабул қилинган воситанинг 8% дан кўп бўлмаган қисми 3 ҳафта давомида жигарда детоксикацияланади ва ичак ҳамда сийдик орқали организмдан чиқариб юборилади. Охирги йилларда дори моддаларни дозасини нотўғри белгилаш билан боғлиқ заҳарланиш ҳоллари кўп учрамоқда. 500 мг. дан юқори доза токсик ҳисобланади. 5-10 г. ўлимга олиб келади. Қондаги токсик миқдори-1-2 мг./л, ўлимга олиб келувчи миқдор – 3-12 мг./л.

Этиопатогенези • Токсик таъсири: психотроп, нейротоксик (ганглиолитик, адренолитик таъсири; мияни ретикуляр формацияси фаолиятини сусайтириши; таламокортикал тизимни шикастланиши) • Гистологик томондан нейрондаги ишемик ўзгаришлар кўринишидаги гипоксик белгилар.

Клиник манзараси. Асосий босқичлар уйқу чақирувчи ва транквилизаторлар билан заҳарланишдаги каби. (“Уйқу чақирувчи ва транквилизаторлар билан заҳарланиш” бобига қаранг) • Бехосдан пайдо бўлган ҳолсизлик, оғиз қуриши, бош айланиши, кўнгил айланиши • Кўз шох пардаси рефлекслари нисбатан сақланган (70-80% беморларда) ҳолда кўз қорачиғининг ёруғликка реакцияси пасайган ёки умуман йўқолган, конвергенция бузилган • Неврологик ўзгаришлар ♦ Атаксия,

пай ва периостал рефлексларини пасайиши, мушак спазми, чайнаш мушакларининг тризми ♦ Акинетикорегида синдроми белгилари диссоциацияси - мушаклар тонуси ошмаган холда яққол намоён бўлган гипомимия ва (50% ҳолларда мушаклар гипотонияси кузатилади) гипокинезия ривожланиши ♦ Гиперкинетик синдром – бир неча турдаги гиперкинезларнинг бирга қўшилиб келиши (тортиколлис, орал гиперкинезиялар, қўл бармоқлар титраши) ёки бир гиперкинезни иккинчиси билан алмашиши (қўлда катта тўлқинли титраш) ♦ Оғриқли қўзғатувчиларга сезувчанлик сақланиши (75% беморларда) • Пульсни тезлашиши, кўкаришсиз қон босимни пасайиши • Ичилганда – оғиз бўшлиғи шиллиқ пардаси қизариши ва шиши, болаларда- ошқозон ичак тизими шиллиқ қаватининг кучли таъсирланиши • Терининг аллергик реакциялари • Унча чуқур бўлмаган коматоз ҳолат, гипотермия, пай рефлекслари кучайиши; комадан чиққандан кейин паркинсонизм баъзан ортостатик коллапс кузатилиши • Айрим ҳолларда (дофамин рецепторлари блокадаси туфайли) ёмон сифатли нейролептик синдром ривожланиши эҳтимоли: ўлимга олиб келувчи экстрапирамидал ва вегетатив бузилишлар билан кечувчи гипертермия (Делея-Деникер синдроми).

Диагностикаси • Қондаги токсик моддани спектрофотометрик усул ёрдамида аниқланади • ЭЭГ • ЭКГ- синусли тахикардия, ST оралиғини ўрта чизикдан пастга жиши ва манфий Т тишчаси.

Дифференциал диагностикаси - “Уйқу чақирувчи дорилар ва транквилизаторлар билан захарланиш” бобига қаранг.

ДАВОЛАШ

Олиб бориш тамойили (“Уйқу чақирувчи ва транквилизаторлар билан захарланиш” бобига қаранг)

- Ошқозонни зонд орқали ювиш ва кейин сорбентлар (активланган кўмир) юбориш, қусишни чақирувчи воситалар • Кейинчалик инфузион терапия, қонни ишқорлаштирамасдан тезлатилган диурез • Гемосорбция (коматоз даврни 2-3 мартага камайтиради) • Симптоматик даволаш: оғир нафас ва гемодинамик бузилишларни, тиришиш синдромини ва асоратларни бартараф этиш.

Дорилар билан даволаш • Дифенгидрамин – 2-3 мг./кг вена ичига ёки мушак орасига экстрапирамидал белгиларни сусайтириш учун • Аналептиклар (камфора, никетамид, кофеин, эфедрин) фақат юзаки комада. Қолган бошқа ҳолатларда улардан фойдаланиш мумкин эмас (тиришиш ва нафас етишмовчилиги асоратлари ривожланиши мумкин).

Асоратлар - “Уйқу чақирувчи дорилар ва транквилизаторлар билан захарланиш бобига қаранг.

Прогнози (“Уйқу чақирувчи дорилар ва транквилизаторлар билан захарланиш” бобига қаранг) • Астеник синдром интоксикациядан 2-3 йил ўтгандан кейин ҳам сақланиб қолади • Паркинсонизм синдромининг узоқ вақтгача (2-3 йил) сақланиб қолиши • Беморлар шифохонадан чиқарилгандан кейин узоқ вақт умумий амалиёт врач кузатувида бўлишлари лозим.

ХКК -10 • Т43.3 Антипсихотик ва нейролептик воситалар билан захарланиш.

ПАРАЦЕТАМОЛ БИЛАН ЗАҲАРЛАНИШ

Парацетамол турли фирма атамаларига эга бўлган 200 дан ортиқ дори воситаларининг таркибига киради, улар болалар учун мўлжалланган тана ҳароратини туширувчи ва оғриқсизлантирувчи воситалардир. У расм туширишда ва тўқимачилик саноатида ҳам қўлланилади. Парацетамол билан заҳарланиш бирданига катта миқдордаги таркибда парацетамол бўлган моддани ёки дорига сезувчан беморлар узоқ вақт уни кичик дозада қабул қилганда, алкоголь суъистемолида, нотўғри овқатланишда, шунингдек жигар метаболизмига таъсир қилувчи воситалар билан биргаликда қўлланилганда кузатилади.

Учраши. Охирги вақтларда парацетамол кенг қўлланилаётганлиги сабабли у билан заҳарланишлар сони ошиб бормоқда. 1993 йили АҚШдаги токсикологик марказида парацетамол сақловчи воситалар билан заҳарланишнинг 94.000 та ҳоллари қайд этилган. Улардан 92 бемор ҳалок бўлган.

Этиопатогенези • Жигарда парацетамол глюкурон кислотаси билан конъюгацияланади ва микросомал тизим орқали гепатотоксик оралик метоболитгача оксидланади. Кейинчалик глутатион билан конъюгацияланиб, цистеин ва меркаптуринли конъюгатлар ажратади • Глутатион заҳираси камайгандан кейин жигарни фульминант (марказий глобуляр) некрози ривожланади. Катталарда парацетамол дозаси 10г.дан ошса глутатион миқдори камаяди.

Хавфли омиллар • Бир вақтни ўзида бошқа моддалар билан заҳарланиш, алкоголизм • Жигар фаолиятининг бузилиши.

Клиник манзараси. Дори воситаси қабул қилинган кейин ўтган вақтга ва унинг миқдорига кўра заҳарланишни кечиши бўйича 4 босқичи тафовут этилади. Дори узоқ вақт субтоксик миқдорда қабул қилинганда I – III босқичлардан бирига хос бўлган белгилар устун келиши мумкин. Жигарни шикастланиш белгилари ҳар доим ҳам бўлавермайди, лекин заҳарланишнинг 2чи кунидан 5чи кунигача жадалли билан ривожланиши мумкин.

• I босқич одатда препарат қабул қилингандан кейин бир неча соат ўтгач бошланади ва 24 соатгача давом этади ♦ Енгил даражадаги заҳарланишда клиник белгилар кузатилмайди ♦ Қолган ҳолларда ошқозон – ичак тизими шикастланиш белгилари (анорексия, кўнгил айниши, қусиш), тери қоплами оқариши, кўп терлаш аниқланади ♦ Оғир заҳарланишда ошқозон ости беши ва юрак шикастланиши белгилари ривожланиши мумкин ♦ Бемор эс – ҳуши бузилганда (сопор, кома) бошқа воситалар билан (парацетамол билан бирга қўшиб қабул қилинган бўлиши мумкин) заҳарланиш тўғрисида шубҳаланиш лозим.

• II босқич заҳарланишдан кегин 24 соат ўтгач бошланади ва 3 – 4 кун давом этади ♦ Ошқозон – ичак тизими шикастланиш белгилари, жигарни катталашганлиги ҳисобига қориннинг ўнг юқори квадратида оғриқ пайдо бўлиши мумкин ♦ Препарат оз миқдорда қабул қилинганда белгилар авж олмайди, одатда бемор тузалади ♦ Жигар шикастланганда қон зардобиди билирубин, АСТ ва АЛТ миқдори ошади.

• III босқич препарат қабул қилингандан кегин 3 – 5 кун ўтгач ривожланади
 ✦ Жигарни токсик шикасланиши, кейинчалик қон зардобиди билирубин, АСТ ва АЛТ кўрсаткичлари ошиши ✦ Оғир ҳолларда – эс-хушни бузилиш белгилари (кўпинча сопор), сариқлик, гемокоагуляцияни бузилиши, гипогликемия ва энцефалопатия. Буйрак етишмовчилиги ва миокардиопатия ривожланиши мумкин.

• IV босқич (5 кундан кейин) – секин аста жигар шикастланиш белгилари сустлашади ёки қайтмас жигар етишмовчилигидан бемор ўлади.

Лаборатор текширишлар • Заҳарланишдан 4 соат ва ундан кўп вақт ўтгандан кейин қон плазмасида парацетамол миқдори аниқланади (4 соатдан олдин ўтказилган текширишлар етарли маълумот бермайди) • Узоқ таъсир қилувчи парацетамол препаратлари қабул қилинганда қон зардобидаги унинг миқдори биринчи анализдан 4-6 соатдан кейин қайта текширилади. Агар иккинчи марта текширилгандаги кўрсаткичлар бошланғич кўрсаткичларга нисбатан юқори ёки хавфли оралиғда бўлса (75 мкг/мл. (497 мкмоль/л.)), кўрсаткич мўътадиллашгунча ёки камая бошлагунча ҳар 2 соатда текшириш қайтарилади • Қон зардоби бошқа токсик моддаларга текширилади (масалан, ацетилсалицил кислота) • АСТ, АЛТ (1000 Б/л. дан кўп, кам ҳолларда 20000 Б/л. дан юқори). Билирубин II босқичда кўтарила бошлайди ва III босқичда максимал даражага етади • Жигар шикастланганда буйрак фаолияти ҳам бузилганлиги аниқланади ва қон, сийдик анализларида унга хос белгилар кузатилади.

Дифференциал диагностика • Бир вақтда бошқа токсик моддалар, айниқса алкоғол қабул қилинганлигини аниқлаш ёки инкор этиш лозим • Парацетамол билан заҳарланишни жигар шикастланиши билан кечувчи озиқ- овқат, токсик воситалар (масалан, *Amanita phalloides*; таркибиди фосфор ёки 4 валентли хлор углероди) билан заҳарланишдан фарқлаш зарур.

ДАВОЛАШ

Парҳез. Жигар шикастланганда махсус парҳез тавсия этилади – 5 парҳез турлари; жигар энцефалопатиясида – парҳез тез ўзгартирилади • Ҳайвон оқларини рационга кўшилмайди • Ёғлар кескин чегараланади ёки умуман берилмайди • Енгил ҳазм бўладиган углеводлар – К тузларига бой хўл мевалар ва уларнинг шарбатлари (апельсин, узум ва бошқалар), туршак, ўрик, қора олхўри шарбати • Парентерал озиқлантириш (глюкоза, натрий хлориднинг изотоник эритмаси, Рингер эритмаси, тиамин, рибофловин, пиридоксин, цианокобаламин, аскорбин кислотаси ва бошқа витаминлар).

Олиб бориш тамойили • Тезда ошқозонни бўшатиш: сунъий қусишни чақириш (қусиш чақирувчи воситалар), ошқозонни зонд орқали ювиш (заҳарланишнинг биринчи 4 соатида яхши самара беради), энтеросорбитлар (активланган кўмир) • Махсус (антидот) даволаш • симптоматик даволаш: жигар етишмовчилигини даволаш ва бошқалар.

Махсус (антидот) даволаш. Ацетилцистеин – жигарда глутатион хо бўлишини кучайтириш ва унда некроз ривожланишини олдини олиш мақсадида. Бу даволаш усули дори қабул қилингандан кейин 10-12 соатдан кечиктирилмай берилса яхши

самара беради; 16-20 соатдан кейин самараси ишончсиз (шубҳали) • Ичишга (уч кун давомида ҳар 4 соатда 140 мг/кг. дан ва кейинчалик 70 мг/кг. дан) ёки в/и (300 мг/кг. 20 соат давомида, биринчи 15 минутда ярим доза юборилади) • Кўрсатма плазмадаги парацетамол концентрацияси хавфли даражада (150 мкг/мл. [933 мкмоль/л.], 75 мкг/мл. [497 мкмоль/л.] ва 40 мкг/мл. [265 мкмоль/л.] заҳарланишдан 4, 8 ва 12 соатдан кейин) кам бўлмаганда.

Дорилар билан специфик бўлмаган даво • Агар бемор эс ҳуши жойида бўлса, қусишни чакирувчи воситалар бериш мумкин, асосан болаларга (6 ойдан-1 йилгача – 5 мл., 1-12 ёш – 15 мл., 12 ёшдан катта – 30 мл. 240 мл. сув билан), катталарга - 100-150 мг/кг. дан кўп бўлиши мумкин эмас. Самараси бўлмаганда муолажани 30 минутдан кейин қайтариш мумкин • Активланган кўмир (ацетилцистеин берилгандан 1 соат ва ундан кўпроқ вақт ўтгандан кейин берилади) бошланғич миқдори 1 г/кг.

Прогнози препарат миқдори (болалар учун токсик доза – 140 мкг/кг., катталар учун – 10 г; Ўлимга олиб келувчи миқдори – 25 г.; алкоголь кўп истеъмол қилган ва сурункали жигар касаллиги мавжуд бўлган беморлар учун токсик ва летал дозаси бир мунча кам) ўз вақтига кўрсатилган монанд ёрдамга боғлиқ • Аксарият ҳолларда ўз вақтида бошланган даволаш тўлиқ соғайишга олиб келади (1% катта ёшдаги беморлар жигарида қайтмас ўзгаришлар ривожланади) • 6 ёшгача бўлган болалар орасида жигар етишмовчилиги жуда кам учрайди.

Ёшга хос белгилар. Заҳарланиш ҳар қандай ёшда ҳам учраши мумкин, лекин уларнинг ярмидан кўпи 6 ёшгача бўлган болалар • 6 ёшгача бўлган болалар (катталарга нисбатан) парацетамолнинг токсик таъсирига анча чидамли (уларда жигар шикастланиши кам учрайди) • Ўсмирларда жигар шикастланиши катталарга нисбатан оғирроқ кечади • Катталарда жигар шикастланиши кўпинча узоқ вақт давомида гепатотоксик препаратларни қабул қилганда ривожланади (алкоголни суистеъмол қилганда) • Ҳомиладорлик пайтида, айниқса унинг эрта босқичларида заҳарланиш тўсатдан аборт содир бўлиш хавфини оширади.

ХКК -10 • Т39.1 4-аминофенол ҳоалари билан заҳарланиш.

ТЕМИР ПРЕПАРАТЛАРИ БИЛАН ЎТКИР ЗАҲАРЛАНИШ

Темир препаратлари билан ўткир заҳарланиш камдан кам учрайди; Таркибида темир бўлган препаратлар аҳамияти ошиши муносабати билан (масалан поливитаминлар, микроэлементлар ва бошқалар) заҳарланиш сони ҳам ошиб бормоқда.

Этиопатогенези • Интоксикация 60 мг/кг. миқдордаги темир ичилганда ривожланади • Одамни ўлимга олиб келувчи миқдори 200-250 мг/кг. тоза темир (2 ёшли бола учун ўлимга олиб келувчи миқдор 3 г. тоза темирни ташкил қилади).

Хавфли омиллари – таркибида темир моддаси бўлган препаратлар ва витаминларни болалар оладиган очик жойда сақланиши.

Клиник манзараси • Кўнгил айнаши, қусиш, диарея, уйқучанлик, қориннинг юқори қисмида оғриқлар, тери қопламанинг оқариши, терлаш. Оғир ҳолларда –

цианоз, қон аралаш қусиш, коагулопатия, ацидоз, шок ва кома ҳолатигача микроциркуляцияни бузилиши. Кўпинча биринчи ўткир белгидан кейин ёруғ оралик бўлади (бемор соғайгандек туюлади) • 12 - 48 соатдан кейин белгилар қайталаниши мумкин, оғир ҳолларда – чуқур шок, оғир ацидоз, цианоз, гипертермия, қалтираш белгиси, анурия; ўпка шиши ривожланиши ва ўлим билан тугаши мумкин • Кейинчалик (2-6 хафта) ошқозоннинг пилорик ёки антрал қисми торайиши, жигар циррози ва марказий асаб тизимида қайтмас ўзгаришлар ривожланиш эҳтимоли бор.

Лаборатор текширишлар • УҚТ • Қон таркибида электролитлар ва глюкоза миқдорини аниқлаш • Қон зардобидида темир қонцентрациясини ҳамда зардобни темирни бириктирувчи умумий қобилияти (ЗТБУҚ) ни аниқлаш • Протромбин вақти ва халқаро стандартлаштириш нисбати (ПВ/ХСН)ни ва қисман тромбопластин вақти (ҚТВ)ни аниқлаш • Оғир захарланишда – жигарни функционал синамаларини ўтказиш.

Махсус текширишлар – кўкрак ва қорин бўшлиғи аъзолари рентгенографияси.

Дифференциал диагностикаси – агар анамнезда темир препарати қабул қилинган тўғрисида маълумот бўлмаса, гастрит, алкоғолли интоксикация, вирусли инфекция, диабетик кетоацидоз ва бошқа дори воситалардан захарланиш билан дифференциал диагноз ўтказилади.

ДАВОЛАШ

Олиб бориш тамойили • Оғир захарланишда – щифохонага ётқизиш • Агар бемор қабул қилган темир миқдори 20 мг/кг. дан кўп ва захарланишга хос белгилар мавжуд бўлса унга қайд қилишни чакирувчи воситалар берилади, зонд орқали ошқозон ювилади • Специфик (антидотли) даволаш • Темир препарати ўлимга олиб келувчи миқдорда қабул қилинганда – гемодиализ, перитонеал диализ, қонни алмаштириб қуйиш • Симптоматик даволаш.

Специфик (антидотли) даволаш. Қон зардобидида темир миқдори 300 мг% дан кўп бўлса – дефероксамин 1 г. в/и, томчилаб (15 мг/кг/с. тезликгача) 24 соатдан кўп бўлмаган вақт ичида ёки 1-2 г. м/о ҳар 3-12 соатда (пешоб рангини кузатиб: 2 соат давомида пешоб қизил рангга киради; агар ранг ўзгармаса муолажа тўхтатилади). Ушбу даво таъсирида қон зардобидидаги темир қонцентрацияси 12-48 соат ичида камаяди.

Кечиши ва прогнози қабул қилинган препарат миқдори, унинг организмга таъсири ва давомийлигига боғлиқ.

ХКК -10 • Т 45.4 Темир ва унинг бирикмалари билан захарланиш.

НЕФТНИ ҚАЙТА ИШЛАБ ЧИҚИШДА ҲО БЎЛГАН МАҲСУЛОТЛАР БИЛАН ЗАҲАРЛАНИШ

Нефтни қайта ишлаб чиқаришда ҳо бўладиган маҳсулотлар турли туман (асфальт, бензин, газолин, керосин, ёпишқоқ бирикма, лигроин, мазут, петролей спирти, мойлаш ёғлари). Кўпинча нефтнинг енгил фракциясидан олинадиган маҳсулотлар

(масалан, бензин) билан заҳарланиш учрайди. Аксарият ҳолларда эркаклар заҳарланадилар.

Этиопатогенези • Танланган ҳолда наркотик, гепатотоксик, нефротоксик, пневмотоксик таъсир • Айниқса таркибида тетраэтилқўрғошин бўлган этилланган бензин ўта хавфли ҳисобланади (қўрғошин ва унинг бирикмалари билан заҳарланиш бобига қаранг).

Хавфли омиллар • Касбга боғлиқ салбий таъсирлар (хайдовчи, автомеханик) • Токсикомания (кўпинча ўсмирларда).

Клиник манзараси • Буғларидан нафас олганда – кўзғалиш билан кечадиган эйфория, бош айланиш, бош оғриши, айрим ҳолларда кўнгил айнаш ва қусиш, оғиздан бензин ҳиди келиши. Оғир ҳолларда – марказий асаб тизими фаолиятини сусайиши (кома, тиришиш, нафас олишни бузилиши) тўш суяги ортида куйдирувчи оғрик, ҳансираш, ўпка шиши • Ошқозон ичак тизимига тушганда – қусиш, қоринда оғрик, диарея, сариклик билан кечувчи катталашган оғриқли жигар (токсик гепатопатия ва нефропатия) • Аспирацияда – кўкрак қафасида кучли оғрик, қон аралаш балғамли йўтал, кўкариш, ҳансираш, иситмалаш, кескин ҳолсизлик, ўпка аускультациясида хириллаш (токсик бензинли пневмония) • Суицидал мақсадда бензинни томир ичига юборилганда – токсик гепатопатия ва нефропатия, бензилли пневмония. Бензин юмшоқ тўқимага тушганда – асептик некроз.

ДАВОЛАШ

Олиб бориш тамойили • Унча оғир бўлмаган нафас орқали заҳарланишда – амбулатор режим, қолган барча ҳолларда беморни албатта шифохонага ётқизиш лозим • Нафас орқали шикастланишда – жароҳатланганни бензин буғи билан тўлган хонадан олиб чиқиш, оксигенотерапия • Бензин ичга тушганда – ошқозонни ювиш кейин энтеросорбент (активланган кўмир) ёки вазелин ёғи (200 мл.) юбориш • Нафас фаолиятини оғир бузилишида – трахея интубацияси, ўпкани сунъий шамоллатиш.

Дори воситалари билан даволаш • Буғлари билан нафас олиш, аспирация ёки бензинни вена ичига юборишда: антибиотиклар, орципреналин ёки бошқа бронхолитик воситалар билан нафас олиш; оғрик бўлганда тримепридин, атропин • Симптоматик даволаш (токсик гепатопатия ва нефропатияни даволаш).

ХКК -10 • Т52.0 Нефть маҳсулотларининг токсик таъсири.

ЭРИЙДИГАН БАРИЙ ТУЗЛАРИ БИЛАН ЗАҲАРЛАНИШ

Эрийдиган барча барий бирикмалари заҳарли (пиротехник таркиблар, кемирувчиларни йўқ қилиш учун қўлланиладиган воситалар – родентицидлар); рентгенологияда қўлланиладиган эримайдиган барий сульфати бундан мустасно. Эрийдиган барий бирикмаларининг 1г. ўлимга олиб келади.

Этиопатогенези. Нейротоксик (паралитик), кардиотоксик, гемотоксик тасирга эга.

Клиник манзараси • Оғиз ва қизилўнгачда ачишиш, қоринда оғрик, кўнгил айнаши, қайт қилиш, диарея, бош айланиши; тери қоплами рангпар, совуқ тер

билан қопланган • Пульс секин, кучсиз; экстрасистолия, бўлмачалар титраши, юрак тўхтаб қолиш эҳтимоли; ҚБ пасайиши; ҳансираш, кўкариш • Заҳарланишдан 2-3 соат ўтгандан сўнг – мушакларда кучайиб боровчи ҳолсизлик (асосан қўл ва бўйин мушаклари), эс – ҳуши сақланган ҳолда клоник тоник тиришишлар; айрим ҳолларда гемолиз.

Даволаш • Антидотли даво: тезда 100 мл. натрий ёки магний сульфатнинг 30% ли эритмасини ичиш (ёки 60 г. қуруқ модда); тетагин – кальций 10%ли эритмадан 20 мл. в/и томчилаб • Қайт қилдирувчи воситалар, ошқозонни зонд орқали ювиш • Инфузия ва шокка қарши даво (таркибида калий бўлган ва олиниши шарт бўлган воситалар) сийдик ажралишини кўпайтириш • Гемодиализ, оксигенотерапия, ўпкани сунъий шамоллатиш (зарурат бўлганда) • Симптоматик даволаш: антиаритмик, спазмолитик (платифиллин, атропин), тиришишга қарши воситалар • Юрак гликозидлари тавсия этилмайди.

ХКК – 10 • Т60.4 Родонтицидларнинг токсик таъсири.

СИМОБ ВА УНИНГ БИРИКМАЛАРИ БИЛАН ЗАҲАРЛАНИШ

Симоб ва унинг бирикмалари буғи (аммиакли симоб, каломель, мертиолат, сулема) уларни қазиб олинаётганда, ўлчов асбоблари, пестицидлар ишлаб чиқариш корхоналарида, айрим бўёқлар (нафас йўли билан) билан ишлаганда, таркибида симоб бўлган айрим мазлардан фойдаланилганда нафас йўллари, тери ёки оғиз орқали (симоб металини ютиб юбориш хавф туғдирмайди) организмга тушади ва заҳарланиш кузатилади.

Этиопатогенези. Симоб – тиолли заҳар, сульфгидрил гуруҳидаги ферментлар ва бошқа оқларни блоклайди • Нейротоксик таъсир (марказий асаб тизими фаолиятини бузилиши, миянинг чуқур қисмларига нисбатан яққол намоён бўлган тропизм; буйрақларда тўпланиш) • Сулема (симоб дихлорид) теротоксик ва куйдирувчи таъсирга эга • Бир валентли симоб тузлари (Hg^+) икки валентлига (Hg^{2+}) нисбатан кам эрувчан ва заҳри камроқ.

Клиник манзараси • Симоб буғлари билан ўткир заҳарланиш – бош оғриши, иситмалаш, диарея, қайд қилиш, бир неча кун ўтгач – геморрагик синдром, ярали стоматит, гингивит; оғир ҳолларда – ўткир юрак қон-томир етишмовчилиги, анурия. Интерстициал пневмония ривожланиши мумкин • Сулема билан ўткир заҳарланиш ♦ Ичга тушганда – қизилўнгач бўйлаб ва қоринда кучли оғриқ, қайд қилиш, диарея (кўпинча қон аралаш). Оғизга метал таъми келиши, сўлакни кўп ажралиши, милклардан қон кетиши; оғиз ва ҳалқум шиллиқ пардаси кумуш-қизил рангда, кейинчалик милкларда олтингугурт симобнинг тўқ рангдаги изи (кайма) пайдо бўлиши, ярали стоматит, гингивит. 2-3 куни – ЎБЕ, марказий асаб тизими зарарланиши белгилари, анемия ♦ Тери ва шиллиқ пардага тушганда – куйишлар • Сурункали заҳарланиш ♦ Бошланғич босқичи – астено-невротик синдром (тез жаҳл чиқиши, бош оғриши, нотинч уйку), қўлларни майда, ритмсиз қалтираши, тахикардия, кўп терлаш, гипертиреоз белгилари, тухумдонлар фаолиятини бузилиши ♦ Кейинчалик ♦ Психоневротик бузилишлар – симобли эретизм белгиси

– ўзига ишончсизликни ошиши; ҳаяжонланганда –юрак уриб кетиши, терлаш, юз қизариши. Кучли бош оғриши, тез жаҳл чиқиши, уйқусизлик, кўрқинчли туш кўриш. Энцефалопатия, қўл оёқларни қалтираши, психоз ривожланиши мумкин. Яққол намоён бўлган томирлардаги ўзгаришлар, кардиалгия ♦ Симобли хрустал (кўз хрусталининг олдинги қисмини жигарранга бўялиши) ♦ Гингивит ва стоматит ♦ Буйрак фаолиятининг авж олиб борувчи бузилиши.

ДАВОЛАШ

Тартиб • Ўткир заҳарланишда – токсикологик марказга ётқизиш • Сурункали заҳарланишнинг бошланғич босқичида – амбулатор ёки санатор даво, симоб билан боғлиқ бўлмаган ишга ўтказиш; Яққол намоён бўлган заҳарланишда – шифохонада даволаш ва касбни ўзгартиришни таклиф этиш.

Олиб бориш тамойили • Симоб тузлари билан оғиз орқали ўткир заҳарланганда – ошқозонни зонд орқали ювиш кейин энтеросорбент (активланган кўмир) • Специфик (антидот) даво • Эрта гемодиализ • Инфузион даво, сув – электролит мувозанатини тиклаш • Буйрак олди тўқимасига прокаин билан икки томонлама блокада қилиш • Симптоматик даво ЎБЕ даволаш, антибиотиклар, анальгетиклар, витаминлар.

Специфик (антидот) даволаш (*Кўрғошин ва унинг бирикмалари билан заҳарланиш мавзусига ҳам қаранг*) • Димеркаптопропансульфонат натрий 3-5 мг/кг. (0.1 мг/кг. 5% ли эритма) ҳар 6 соатда 5-7 кун давомида м/о чуқурроқ юбориш • Тетацин-кальций 150 мг/кг/кунда 5 кун давомида (10% ли эритмадан 10 мл. дан) • Натрий тиосульфат (30% эритмадан 100 мл.) вена ичига, томчилаб • Пеницилламин узок вақт (3-6 ой).

Прогнози • Етарли даражада жиддий (айниқса сулема билан заҳарланганда) ва токсик модданинг миқдори (сулеманинг ўлимга олиб келувчи токсик миқдори 0.5 г.) ҳамда ўз вақтида кўрсатилган ёрдамга боғлиқ • Узок вақт симоб билан ишлаш (алоқада бўлиш) СБЕ нинг сабаби бўлиши мумкин.

ХКК- 10 • Т56.1 Симоб ва унинг бирикмаларининг токсик таъсири.

САЛИЦИЛАТЛАР БИЛАН ЗАҲАРЛАНИШ

Таркибида салицилатлар бўлган дори воситалари (ацетилсалицил кислота, натрий салицилат, салицил кислотасининг спиртли эритмаси ва бошқалар) билан ўткир ва сурункали заҳарланиш уларни тасодифан ёки билиб туриб кўп миқдорда қабул қилиш, эритмалари ва мазларини қўллаш натижасида ривожланади; болалар – салицилатларни истеъмол қилган оналарни кўкрак сути орқали • Клиникаси бир оз ўзгаришлардан то септик шокка ўхшаш, кўп аъзолар фаолияти етишмовчилиги, энцефалопатия ва катталарда респиратор дистресс синдромлари кўринишида кечади • Ацидоз ҳолати ва ацидоз билан кечадиган касалликлар асосида ривожланган заҳарланиш оғирроқ кечади ва кўпинча ўлим билан тугайди. **Этиопатогенези** • Салицилатларнинг токсик таъсири ♦ Нафас марказини

кўзғалиши ✦ Фосфорланиш - оксидланиш жараёнини сусайиши
 ✦ Кребс циклида дегидрогенезнинг сусайиши ✦ Глюконеогенезни жадаллашиши
 ✦ Липолизни кучайиши ✦ Аминотрансферазни ингибирланиши ✦ ЦОГ ни сусайиши ва ивиш омили синтезини камайиши (гемотоксик [антикоагулянтли] таъсир) ✦ Ошқозоннинг шиллик қаватини яллиғланиши ва тригер соҳасидаги қайд қилиш маркази хеморецепторларини кўзғалиши • Натижада куйидагилар ривожланади ✦ Авж олиб борувчи метаболик ацидоз билан кечувчи респиратор алкалоз ✦ Гипертермия ✦ Ошқозон ичак тизими, буйрак, ўпка ва тери орқали суюкликни йўқотилиши ✦ Гипергликемия кейинчалик гипогликемия ривожланиши билан ✦ Гемостазни ва қон ивишини бузилиши ✦ Ошқозоннинг антрал ва пилорадан олдинги қисми яраси; ингичка ичак шиллик қаватида яралар пайдо бўлиши (қобик билан қопланган таблеткалар қабул қилганда) ✦ Интерстициал нефрит, ўткир тубуляр некроз ✦ Кардиоген бўлмаган ўпка шиши.

Хафли омиллар • Жуда ёш болалар ёки қариялар • Бошқа ёндош моддалар билан заҳарланиш • Бир вақтнинг ўзида ацетазоламид билан даволаниш • Метаболик ёки респиратор ацидоз, дегидратация билан кечадиган ҳолат ёки касаллик.

КЛИНИК МАНЗАРАСИ

• Ўткир заҳарланиш. Белгилари қабул қилинган миқдорига (150-300 мг/кг. - кучсиз, 300-500 мг/кг. – яққол намоён бўлган, 500 мг/кг.дан кўп миқдорда – потенциал ўлимга олиб келувчи), кўпинча препарат қабул қилингандан кейин 3-8 соат ичида намоён бўлади ва болаларда тез авж олади ✦ Кўнгил айниши, қайд қилиш ✦ Кўзғалувчанлик, эйфория, бош айланиши, қулоқ шанғиллаши, кўриш ва эшитишни бузилиши; оғир ҳолларда – алаҳсираш, сопор, кома ✦ Гипертермия, тиришишлар ✦ Тахипноэ, гипервентиляция ✦ Аритмиялар, артериал гипотензия; оғир ҳолатларда – коллапс, ўпка шиши ✦ Геморрагик синдром – тери ости геморрагиялари, бурундан, ошқозон – ичак тизимидан, бачадондан қон кетиш ✦ Метгемоглобинемия бўлиш эҳтимоли.

• Сурункали заҳарланиш ✦ Ўткир заҳарланишдан фарқли ўлароқ юқоридаги белгилар кўпинча сезиларсиз ривожланади; диагноз қўйиш вақтида яққол намоён бўлган гипотензия кузатилиши мумкин ✦ Аксарият ҳолларда (асосан қарияларда) неврологик белгилар – кўзғалувчанлик, эс–хушни адашиши, сопор, алаҳсираш, нотинчлик, эшитишни пасайиши яққол намоён бўлади ✦ Токсик нефропатия ривожланиши, периферик шишлар пайдо бўлиши мумкин.

Лаборатор текширишлар. Айрим воситалар, масалан билвосита таъсир қилувчи антикоагулянтлар ёки гипоглимик моддалар ўхшаш манзара беришини ҳисобга олиш лозим • Қон зардобида салицилатлар концентрациясини аниқлаш (Дон номограммаси қўлланилади). Ўткир заҳарланишдан кейин салицилатлар миқдори камайгунча ва бемор аҳволи бир меъёрда яхшиланмагунча ҳар 2 соатда текшириш қайтарилди (2-3 марта). Номограмма кўрсаткичларига қарамасдан куйидаги ҳолларда бемор аҳволини нотўғри баҳолаш мумкин ✦ Дегидратация ва/ёки ацидоз билан кечувчи касалликнинг мавжудлиги ✦ Салицилатларни доимий қабул қилиш ✦ Қобик билан қопланган ва узоқ вақт таъсир этувчи дори турларини қабул қилиш ✦ Дорини қабул қилган вақтнинг номаълумлиги • Аксарият ҳолларда кислота – ишқор мувозанатининг бузилишини кузатилиши - тарқалган алкалоз ёки аралаш

респиратор алкалоз ва метаболик ацидоз (сурункали ёки оғир ўткир захарланишларда, кичик ёшдаги болаларда кўпроқ учрайди) • Қонда қанд миқдорини аниқлаш – бошланишида гипергликемия кейинчалик гипогликемия (гипогликемия марказий келиб чиқишга эга бўлиб, қон зардобида глюкоза миқдори меъёр бўлганда ҳам ривожланиш эҳтимоли бор) • Гипер - ва гипонатремия, гипокалиемия бўлиши мумкин • ПВ ни ошиши • Жигарнинг функционал синамалари • Протеинурия • Нажасни яширин қон кетиш синамаси кўпинча мусбат.

Махсус текшириш услублари. Кўкрак қафаси аъзолари рентгенографияси – ўпканинг кардиоген бўлмаган шиши эҳтимоли.

Дифференциал диагностикаси • Инфекция, сепсис, диабетик кетоацидоз, метаболик ацидоз билан кечувчи бошқа ҳолатлар • Қарияларда: делирия, мия қон айланишининг бузилиши, МИ, этил спирти билан захарланиш, сурункали юрак-томир етишмовчилиги.

ДАВОЛАШ

Умумий тавсиялар • Агар қабул қилинган препарат миқдори тахминан 100 мг/кг.дан ошмаса, енгил захарланиш деб баҳоланади ва фаол даво олиб бориш талаб қилинмайди • Агар унинг миқдори тахминан 100 мг/кг.дан ошса, беморни текшириш ва даволаш лозим ♦ Енгил ва тўсатдан захарланишда амбулатор даво олиб борилади ♦ Кучли захарланишда ва суицидал ҳаракатларда шифохонага ётқишиш; сўнгги ҳолатда психиатр консултацияси.

Олиб бориш тамойили қондаги салицилатлар концентрациясига боғлиқ • 50 мг% (оғир белгилар йўқ) – қайд қилдирувчи воситалар, зонд орқали ошқозонни ювиш (захарлангандан кейин 5 соатгача самарали), сорбентлар (фаоллаштирилган кўмир), кўп миқдорда суюқлик ичиш • 50-100 мг% (кўпинча хансираш, тез гипогликемия билан алмашувчи гипергликемия ва гипертермия бўлиши мумкин) ♦ Қайд қилдирувчи воситалар, ошқозонни ювиш, сорбентлар ♦ КИМни тиклаш (натрий гидрокорбонат эритмаси в/ и томчилаб) ♦ Регидратация, гипогликемия профилактикаси, тезлаштирилган диурез ♦ Кўтарилган тана ҳароратини пасайтириш • 110 мг% ўткир ва 50 мг% сурункали захарланишда; буйрак ва/ёки жигар фаолияти ёмонлашиши салицилатлар клиренси пасайиши билан кечганда, ацидоз, олиб борилаётган давога резистент бўлганда, кардиоген бўлмаган ўпка шишида ва марказий асаб тизими томонидан бузилишлар ривожланганда – кўшимча равишда эрта гемодиализ, гемосорбция ўтказишга кўрсатма • 160 мг% дан юқори (нафас олиш тўхтаган): реанимация муолажалари • Симптоматик даво (хамма ҳолларда) – тиришишга қарши ва гемостатик воситалар, буйрак етишмовчилигини даволаш, метгемоглабинемияда – *метгемоглабин ҳо қилувчилар билан захарланиш бобига қаранг.*

Дорилари билан даволаш • Қайд қилдирувчи воситалар (эс ҳуш жойида бўлганда!) • Активлаштирилган кўмир ҳар 4 соатда 20-30 мг. дан, нажасда кўмир пайдо бўлгунча • Таркибида 40мЭкв/л. Na⁺, 35 мЭкв/л. K⁺, 50 мЭкв/л. Cl⁻, 2 мЭкв/ HCO₃⁻ бўлган эритмалар ва 5-10% ли глюкоза томир ичига олдиниға 4-8 мл/кг/соатда, кейинчалик 2-3 мл/кг/соат тезликда, даволаш самараси кузатилгунча

томчилаб юборилади ✦ Яққол намоён бўлган гипергликемияда глюкоза берилмайди ✦ Юрак қон-томир касалликларида уни юбориш тезлиги камайтиради.

Асоратлар • Кардиоген бўлмаган ўпка шиши • Ошқозоннинг антрал ва пилорик қисмида яралар, ошқозон-ичакдан қон кетиш, ошқозон-ичак тизими яраси тешилиши • Интерстициал нефрит, сурункали буйрак етишмовчилиги билан кечувчи ўткир тубуляр некроз.

Прогнози қабул қилинган препарат миқдори, тез ва монанд кўрсатилган давога боғлиқ • Ўз вақтида ўтказилган муолажадан кейин тўлиқ тузалиш • Жуда ёш болаларда ва қарияларда, сурункали заҳарланишда ҳамда дегидратация ва ацидоз билан кечадиган ёндош касалликларда прогноз ёмон.

Ёшга боғлиқ ўзгаришлар. Жуда ёш болаларда ва қарияларда ўткир ва сурункали заҳарланиш кўпроқ оғир кечади • Жуда ёш болаларда, асосан сурункали ва қайта заҳарланишда кучли ацидоз кузатилади • Қарияларда буйрак фаолияти бузилганлиги ва ошқозон яра касалликлари асоратланганлиги (қон кетиш, тешилиш) сабабли сурункали заҳарланиш хавфи юқори.

Профилактикаси • Суицидал ҳаракатларга мойил бемор қариндошларига салицилатлар билан заҳарланганда врачга бўлган биринчи ёрдам кўрсатиш йўллари ўргатилади • Узок вақт салицилатлар қабул қилувчи беморлар заҳарланиш ривожланиши мумкинлиги тўғрисида огоҳлантирилади • Дори воситаларини сақлаш қодаларига риоя қилиш тавсия қилинади.

ХКК -10 • Т39.0 Салицилатлар билан заҳарланиш.

ҚЎРҒОШИН ВА УНИНГ БИРИКМАЛАРИ БИЛАН ЗАҲАРЛАНИШ

Қўрғошин ва унинг бирикмалари билан заҳарланиш оғир метал тузлари билан заҳарланишлар орасида, айниқса катта шахарларда биринчи ўринда туради • Қўрғошин билан ўткир заҳарланиш кам учрайди. Бўёқ ва бошқа маҳсулотлар таркибида қўрғошин миқдорини қаттиқ чегараловчи мейёрий ҳужжатлар мавжуд • Қўрғошин организмда йиғилиб (кумуляцияланиб) боради • Кўпроқ қўрғошиннинг органик бирикмаларидан заҳарланиш кузатилади (айниқса токсикомания ҳолларида).

Ёш устунлиги • Болалар (одатда 1 ёшдан 5 ёшгача) • Гепатоэнцефал тўсик (ГЭТ)ни тўлиқ ривожланмаганлиги сабабли, хатто қонда қўрғошин паст даражада (10 мкг%) бўлиши, болаларда асаб тизимини токсик зарарланиш сабаби бўлиши мумкин • Қўрғошинни оғиз орқали тушишида, уни биоўзлаштириш (перорал) болаларда 40% ва катталарда 10% ни ташкил этади.

Этиопатогенези • Одатда қўрғошин организмга уни сақловчи чанглар ва буғлар ҳамда оғиз орқали (асосан болаларда) тушади; психотроп (қўзғатувчи), нейротоксик (метонейронларда дегенератив ўзгаришлар), гепатотоксик (Нв синтезини пасайтирадиган) таъсир кўрсатади • Тетраэтил қўрғошин бензинни айрим навларида мавжуд ва баъзида организмга ўпка орқали, буғдан нафас олганда тушади, тери орқали ҳам кириши мумкин. Организмда қўрғошиннинг органик

бирикмалари органик бўлмаганга айланиб, сурункали захарланиш белгиларини чақиради ✦ Кўрғошин бош мияни барча қисмларини, айниқса гипоталамик ва ретикуляр формация ўрнини зарарлайди ✦ Кўрғошин ген синтезида иштирок этадиган ферментларни тўсиб қўяди. Зардобда темир меъёрда сақланган ҳолатда гипохром анемия ривожланади. Ген синтезини бузилиши натижасида организмдан порфиринлар ва δ аминолевумин кислоталарини ажралиши кучаяди (кўрғошиндан захарланишни патологик белгиси). Бундан ташқари кўрғошин эритроцитлар гемолизини оширади • У суякларда йиғилади ва суяк тўқимасидан тарқалади.

Хавфли омиллар • Болалар ҳаракатларини хусусиятлари (улар қўл бармоқларини кўпинча шимади, еб бўлмайдиган нарсаларни ейишади ва кемиришади) • Кўрғошин ёки кўрғошин сақловчи қотишмалардан тайёрланган водопровод қувурлари (организмга сув билан киради), қурилишида кўрғошин сақловчи материаллар қўлланилган биноларда истиқомат қилиш; завод ва йул яқинида яшаш • Кўрғошин сақловчи турли воситалардан фойдаланиш (масалан, сурма) • Касбий зарарлар – сувсоз-чилангарлар, пайвандчилар, кончилар, машинасозлар, чўян эритувчи ва рафинёрлар, темир кесувчилар, қурувчилар, ёқилғи қуйиш шохобчаси ишчилари, ойна, резина ва электр батареяларини ишлаб чиқарилишида машғул одамларда.

КЛИНИК МАНЗАРАСИ

• Ўткир захарланиш – бош оғриғи, ҳолсизлик, бош айланиши, қайт қилиш, брадикардия, артериал гипотензия, кўп терлаш, сўлак оқиши, қичишиш, парестезиялар, оёқлар тремори. Баъзида захарланишдан 6 соат – 2 кун ўтгач касаллик белгилари ривожланади ✦ Буғлари билан нафас олганда кўпроқ неврологик ўзгаришлар кузатилади: уйқусизлик, бош оғриғи, атаксия, тутқаноқлар, галлюцинациялар, психомотор қўзғалишлар ✦ Оғиз орқали қабул қилинганда – диспептик бузилишлар: чанқоқ, кекириш, қоринда оғриқ, кўнгил айниши, қусиш, диарея ✦ Болаларда 1-5 кун ичида – доимий узлуксиз қайт қилиш, атаксия, тутқаноқлар онгни бузилиши.

• Сурункали захарланиш, интоксикацияни енгил ва ўртача даражаси ✦ Миалгиялар, артралгиялар, парестезиялар, оёқ-қўлларни титраши, ҳолсизликни ошиши, таъсирчанликлар, онг бузилишлари, уйқусизликлар юзага келиши мумкин ✦ Қорин соҳасидаги дискомфорт, қусиш, тана оғирлигини камайиши, мушак гипертрофияси ✦ Буйрак етишмовчилиги ривожланиши мумкин.

• Оғир интоксикация (ўткир ёки сурункали) ✦ Алиментар синдром – апорексия, оғизда метал таъми (сурункали интоксикацияда – сочни сезиш), қабзият, ичак коликаси, қорин олди девори мушакларини таъсирланиши (баъзида), милкларда – кўрғошин қайласи (кўкиш - қора) ✦ Асаб – мушак синдроми (кўпроқ катталарда): периферик оғриқсиз неврит ва букувчи мушаклар ҳолсизлиги ✦ Церебрал синдром ✦ Сурункали захарланишда - кўрғошинли энцефалопатия эпилептик кўринишли тутқаноқлар билан (кўпроқ болаларда), коматоз ҳолатларда; неврологик нуқсонларни ўз ичига олувчи асоратнинг узоқ муддатли белгилари (нейроциркулятор учлик – артериал гипотензия, брадикардия, гипотермия), психопатологик бузилишлар (кучли бош оғриғи, уйқусизлик, қўзғалувчанликни

ошиши, ёмон ухлаш), ақлий ривожланишни тўхташи (болаларда) ♦ Ўткир захарланганда – галлюцинациялар, алаҳсираш, психомотор кўзгалишлар, маниакал синдром, тутқаноқлар.

ЛАБОРАТОР ТЕКШИРУВЛАР

• Белгисиз кечишида ва эритроцитлар протопорфирини миқдори 35мкг% кўп бўлганда (0,62 мкмоль/л.) қонда кўрғошин миқдорини текшириш лозим (қон кўрғошин сақланмайдиган идишга олинади!).

• Қонда кўрғошин миқдорига қараб захарланишнинг оғирлик даражалари: ♦ I – 10 мкг% (0,48 мкмоль/л.) дан кам ♦ II - 10-19 мкг% (0,48-0,92 мкмоль/л.) ♦ III – 20-44 мкг% (0,97-2,12 мкмоль/л.) ♦ IV - 45-69 мкг % (2,17 -3,33 мкмоль/л.) ♦ V – 70 мкг% (33,8 мкмоль/л.) дан кўп • Зардобда темир миқдорини юқорилиги • Қон анализи – Нв–Нт (гипохром анемия) миқдорини камайиши; эозинофил ва базофил донали эритроцитлар, ретикулоцитоз (1% гача); • Сийдикда порфинлар ва δ-аминолевулин кислоталар миқдорини ошиши (10 мартагача) • Захарланишнинг охирги даврларида буйрак фаолиятини бузилиши билан боғлиқ ўзгаришлар.

Махсус текширувлар • Қонда кўрғошин миқдори 25-44 мкг% (1,21-2,12 мкмоль/л.) тенг бўлганда Са этилендиаминтетрацитрат билан синама мусбат бўлади • Суяк кўмигида – сидеробластларни юқори бўлиши • Рентгенография ♦ Қорин бўшлиғи аъзоларини рентгенографияси ичакларда кўрғошин қолдиқлари мавжудлигини аниқлашга ёрдам беради ♦ Ғовак суяклар рентгенографияси метафиз тоғай тўқималарида қаттиқлашишни қайд қилишга ёрдам беради (қаттиқ кўндаланг чизиқлар).

Дифференциал диагностикаси • Эритроцитлардаги протопорфирин миқдори темир танқислиги анемиясида ва камроқ гемолитик анемияда ошган бўлиши мумкин • Кўрғошин билан захарланишдаги аментар синдромни ўткир қорин синдроми билан дифференциал диагностика ўтказиш лозим • Нерв – мушак синдромини бошқа полиневропатиялар билан • Церебрал синдромни – диққатни тарқоқлиги синдроми, ақлий ривожланишни тугилиши, аутизм, деменция, менингит ва эпилептиформ тутқаноқлар чақирадиган касалликлар билан.

ДАВОЛАШ

Тартиб • Ўткир ва оғир захарланишларда токсикология марказига ётқизиш, бошқа ҳолларда амбулатор даволаш • Яққол психопатологик бузилишлар бўлганда даволаш психиатрия шифохонасида ўтказилади.

Парҳез • Захарланиш белгилари пайдо бўлганда кўп суюқлик ичишдан сақланиш лозим • Рационда темир ва кальций етарли бўлиши • Овқатда ёғлар миқдорини камайтириш (кўрғошин сурилишини ва йиғилиб қолишини олдини олиш учун).

ОЛИБ БОРИШ ТАМОЙИЛИ

• Ўткир захарланишларда (захарланишнинг умумий ҳолатларини ҳам қаранг) ♦ Ошқозонни зонд орқали ювиш (Na HCO₂ ни 2% эритмаси билан яхшироқ), кейинчалик энтеросорбент (активланган кўмир) қўллаш билан ♦ Специфик (антидот) даво ♦ Инфузион терапия ва диурезни жадаллаштириш ♦ Симптоматик даво: магний сульфат, кўзгалувчанликда, тутқаноқда –диазепам.

- Сурункали заҳарланишларда ✦ Заҳарланишни I-V даражаларида соғлиқни сақлаш хизматининг маҳаллий санитария эпидемия станцияларини (СЭС) хабардор қилиш. Интоксикация манбаини аниқлаш (иш жойи ва/ёки уйни текшириш), оила аъзоларини кўриқдан ўтказиш ✦ III-V даражали заҳарланишларда дезинтоксикацияловчи воситаларни буюриш ✦ IV-V даражадаги заҳарланишларда беморни барча мавжуд кўрғошин манбаларидан узоқлаштириш ва заҳарланиш сабабларини кечиктирмай аниқлаш.
- Қонда кўрғошин миқдорини аниқлаш комплекс даволанишдан 7-10 кун сўнг кейин ҳар ойда 1 марта.

МАХСУС (АНТИДОТ) ДАВОЛАШ

- 2 ҳафта давомида ичиш учун комплекслар. Агар кўрғошинни қондаги доимий концентрацияси юқори ёки 15 мкг% тенг бўлса даволаш курси 2 ҳафтадан кейин такрорланади.
- Парентерал қўлланиладиган комплекслар буйракни чиқариш функцияси меъёрлашгандан кейин буюрилади ✦ V даражада ёки интоксикацияни клиник намоён бўлишида – дилакапрол 3-5 мкг/кг м/о чуқур ҳар 4 соатда 5-7 кун давомида қўлланилади. Қонда кўрғошин концентрацияси 45 мкг% юқори бўлса ва белгисиз кечадиган заҳарланишларда тетацин – кальций (5075 мг/кунда) ✦ IV даражада ва жиддий бўлмаган клиник кўринишларда (масалан, энцефалопатия) – тетацин – кальций 100 мг/кг/кунда 5 кун давомида қўлланилади. 5-7 кундан кейин инъекцияни такрорлаш мумкин.
- Ичишга узоқ муддатга пеницилламин (3-6 ой).

Кечиши ва оқибати • Енгил интоксикация бўлганда бемор тўлиқ тузалиб кетиши мумкин • Яққол клиник манзара; энцефалопатия белгилари, яққол бўлмаганда – комплекслар қўлланмасдан ҳам тузалиш мумкин. Узоқ вақт давомида енгил энцефалопатия кўринишлари сақланиш эҳтимоли бор • Кўрғошин чақирган энцефалопатияда 25% - ўлим ҳолати, 15-40% да турғун неврологик бузилишлар (тутқаноқлар, марказий паралич, кўриш нерви атрофияси, психик қарахтлик, ақлий ривожланишдан орқада қолиш болаларда эпилептиформли тутқаноқлар), тўлиқ ишга лаёқатсизлик бўлиши мумкин • Ўткир буйрак етишмовчилиги, подагра – узоқ муддат кўрғошин билан мулоқотда бўлса ривожланади.

Ҳомиладорлик • Ҳомиладорлик вақтида кўрғошин билан заҳарланиш чала туғишга олиб келади • Кўрғошин тератоген хусусиятларга эга.

Қисқартма. Са-ЭДТА калций этилендиаминтетраацетат.

ХКК • 10. Т56,0 Кўрғошин ва уни бирикмаларини токсик таъсири.

Изоҳ • Клиник кўринишсиз кечадиган кўрғошин билан заҳарланишда 6 ёшгача бўлган болаларда эритроцитар пропорфин миқдорини скрининг текшириш мақсадга мувофиқ. Қонда кўрғошин миқдори 25 мкг% (1,20 мкмоль/л.) бўлганда бу синама манфий бўлади • Кальций этилендиаминтетраацетат билан синама – организмга комплексонлар киритилганда кўрғошин сийдик билан кўп чиқади; қийин ва узоқ бажарилиши сабабли кенг қўлланилмайди, бу заҳарланиш аниқланиши ва даволаш жараёнини кечиктиради.

СИНИЛ КИСЛОТАСИ ВА БОШҚА ЦИАНИДЛАРДАН ЗАҲАРЛАНИШ

Синил кислота (гидрацион кислота, HCN) ва бошқа цианидлар (аччиқ бодом мойи, ёввойи олча шарбати, калий цианид, натрий цианид) – кучли ва тез таъсир қиладиган умумтоксик таъсирга эга заҳарлардан бири ҳисобланади (ўлимга олиб келувчи дозаси 0,05г.).

Этиопатогенези. Цианид анионлари икки валентли темир ионлари билан цитохромоксидаза тизимида комплекс ҳо қилиб, цитохром а-а₃ тизимидаги электронлар ташишига аралашади, бу эса кислородни тўқимага ташишни блоклайди ва тўқималарнинг цитотоксик гипоксияси келиб чиқишига сабаб бўлади.

Клиник манзараси • Бош айланиши, баъзан бирдан бош оғриши, умумий ҳолсизлик, яққол намоён бўлган хансираш, тахикардия, артериал гипотензия, психомотор кўзғалувчанлик, тутқаноқлар, ҳушдан кетиш, кома. Тери қоплами гиперемияланган, шиллиқ қаватлар кўкарган • Оғир ҳолларда – клоник, тоник тутқаноқлар, яққол кўкариш, нафас томир бошқаруви марказларининг параличи.

Дифференциал диагностика маълум қийинчиликлар туғдириши мумкин ва заҳарланишга характерли белгилар (бемор чиқараётган нафасдан аччиқ бодом ҳиди келиши, тери қопламларининг яққол ривожланган гиперемияси) ва анамнезга асосланилади.

ДАВОЛАШ

Олиб бориш тамойили • Даволашни имкон қадар тезроқ бошлаш лозим • Даволаш цитохромоксидаза тизимида темир ионлари билан цианидлар боғланишини бартараф қилишга ёки олдини олишга қаратилган • Заҳарланиш манбаи билан алоқани бартараф қилиш • Специфик (антидот) даво: амилнитрит билан ингаляция; натрий нитрит, натрий тиосульфат в/и • Цианидларни ичганда ошқозонни зонд орқали ювиш (яхшиси 0,1% ли калий перманганат эритмаси ёки 0,5% натрий тиосульфат эритмаси билан) оксигенотерапия • Ўпкани монанд вентиляцияси • Симптоматик даво – глюкоза (20-60мл 40% эритмаси в/и такроран, цианокобаламин 1000 мкг/кунда м/о) аскорбин кислота (10-20 мл 5% эритмаси) в/и.

Специфик (антидот) даво • Ҳар минутда 30 с. давомида амилнитрит 0,2 мл. (1 ампула) ингаляцияда • Натрий нитрит –10 мл. 3% эритмаси в/и 2-4 минут давомида ёки 10 мл. 1% эритмаси в/и. 2-3 маротаба ҳар 10 минутда секинлик билан; болаларга 10 мг/кг. • Натрий тиосульфат 25-50 мл. 25% эритмаси в/и (инфузия тезлиги 2,5-5 мл/мин.)

ХКК - 10 • Т65,0 Цианидларни токсик таъсири.

ОЛТИНГУГУРТ БИРИКМАЛАРИДАН ЗАҲАРЛАНИШ

Олтингугурт бирикмалари табиий ва ишлаб чиқариш жараёнларини оралик ёки қолдиқ маҳсулоти сифатида пайдо бўлади; Водород сульфид «олтингугурт водороди» канализация тизимларида, кудукларда; Сульфит ангидрид «олтингугурт

диоксиди» шахар устудаги саноат тутунлари «смог» (ишлаб чиқариш корхоналари ташландиклари) таркибига кириб, улардаги ҳалокатлар натижасида юзага келади; Цианид «олтингургурт углероди» билан захарланиш кишлоқ хўжалигида (интексидлар), вискоза толалари (ипак), целлофан, химия саноатида (эритмалар) ишлаб чиқаришда кузатилади. Захарланиш ўткир сурункали ва ривожланувчи кўринишда кечиши мумкин • Цианид (CS_2) ♦ $42^\circ C$ да қайнайдиган, $117^\circ C$ ёнадиган суюқлик ♦ Буйрак ва жигарда кўпроқ йиғилади ♦ 90% метаболизмга учрайди ва сийдик билан чиқарилади, 10% ўзгармаган ҳолда ўпка орқали чиқади. ♦ Ичга кирганда ўлдириш миқдори 1г., ҳаводаги юқори токсик концентрацияси – 10 мг/л.дан кўп • Водород сульфид H_2S ♦ Айниган тухум ҳидини эслатувчи рангсиз газ ♦ Ҳаводаги токсик концентрацияси 0,02-0,2 мг/л., ўлдириш концентрацияси 1,2 мг/л. га тенг • Сульфит ангидрид SO_2 жуда кескин, ёқимсиз ҳидли, рангсиз газ.

Этиопатогенези • Цианид ♦ Яққол ифодаланган маҳаллий ёқимсиз таъсир қилади ♦ Психотроп, нейротоксик таъсири: цианид бош мия чуқур тузулмаларига нисбатан яққол тропизм хусусиятига эга, вегето-томир ва нейроэндокрин регуляциясини бузади ♦ Аминокислоталар билан боғланиши, дитиокарбаллин кислотани ҳо бўлиши, мис сақловчи ферментлар блокадаси, витамин PP, B гуруҳ, серотонин, триптамин алмашинувини бузиши • Водород сульфид ва сульфит ангидрид маҳаллий таъсирлантирувчи, танловчи нейротоксик таъсирга эга ва тўқималарда гипоксия чақиради.

Клиник манзараси • Цианид ♦ Ўткир интоксикация ♦ Тери, оғиз шиллиқ қавати, кўзга тушган жойда – гиперемия, сероз суюқлик сақловчи пуфаклар ҳо бўлиши ♦ Ичганда оғиздан сезилар-сезилмас саримсоқ ҳиди келиши, кўнгил айниши, қайд қилиш, қоринда оғриқ кузатилади ♦ Енгил захарланиш турининг клиникаси мастликни эслатади ♦ Ўрта оғир даражасида бош оғриши, айланиши, атаксия, тутқаноқлар, ҳушдан кетиш, ҳушсизлик ҳолати психик ўзгаришлар ва характерли кўзғалишлар кузатилади ♦ Оғир даражасида – кома, тутқаноқларни такрорланиши, қарахтлик, нафасни қийинлашиши, ўлим ♦ Сурункали захарланиш ♦ Бошланғич босқичи – вегето-томир дистонияси, церебрал астения, енгил вегетосенсор полиневропатия ♦ Органик бузилишлар босқичи – энцефалопатия (кўплаб церебрал синдромлар хос), галлюцинациялар, сенестопатиялар, депрессия, кўпинча турғун артериал гипертензия, гиперлипидемия кузатилади. Оғир ҳолларда паркинсонизм ёки энцефаломиелополиневрит ривожланиши мумкин • Водород сульфид ♦ Кўзларда ачишиш ва санчик, ёш оқиши (нимўткир кератоконъюктивит), блефароспазм (характерли белгилардан бири), ринорея ♦ Бош оғриши, бош айланиши психомотор кўзғалиш ♦ Кўнгил айниш, қайд қилиш, диарея ♦ Кўкракдаги оғриқлар ва қийин ҳисси, йутал, хансираш, диффуз бронхит белгилари ♦ Оғир ҳолларда – кома, тутқаноқлар, коллапс, токсик ўпка шиши; баъзан шиддатли ўлим (апоплексик шаклда) • Сульфит ангидрид ♦ Нафас йулларини таъсирланиши, акса уриш, йўтал (баъзида қон тупуриш), хансираш, ўпкада хириллашлар ♦ Айрим ҳолларда кўнгил айниши ва қайд қилиш ♦ Оғир захарланишларда токсик ўпка шиши.

Махсус текшириш усуллари. Кўкрак қафаси аъзолари рентгенографиясида ўпкада диффуз майда ўчоқли инфилтратлар, ўпка гипертензияси белгилари ёки ўпка шиши (оғир ҳолларда).

ДАВОЛАШ

Олиб бориш тамойили • Токсикологик марказга ётқизиш • Жабрланувчини зарарланган жойдан олиб чиқиш (цианид, сульфит ангидрид билан заҳарланишда) • Шиллиқ қават, терига тушганда оқава сувда ювиб ташлаш • Ичга тушганда – ошқозонни зонд орқали ювиш • Антидот даво (водород сульфид билан заҳарланганда) • Кучайтирилган диурез • Оксигенотерапия, гипербарик оксигенация • Симптоматик даволаш.

Олтингугурт водород билан заҳарланганда специфик (антидот) даво • Амилнитрит 0,2 мл дан ингаляция ҳар минутда 30 секунд давомида • Натрий тиосульфатни юбориш тавсия этилмайди.

Дорилар билан симптоматик даво • Тутқаноқларда – диазепам 10 мг. в/и, бош мияда ва периферик нерв тизимида метаболизм ва қон айланишини яхшиловчи дорилар (масалан, пиридоксин, пиритинол) • Бетўхтов йўталганда кодеин • Бронходилататорлар • Глюкокортикоидлар (преднизалон 2-5 мг/кг. в/и) • Водород сульфид билан заҳарланганда –10%-10 мл кальций хлорид эритмаси ёки кальций глюконат в/и • Антибиотиклар.

Прогнози • Цианиддан заҳарланиш комасидан чиққандан сўнг энцефалопатиялар юзага келади • Бошланғич босқичда марказий асаб тизими томонидан функционал ўзгаришлар бўлганда цианид билан алоқада бўлмайдиган ишга ўтказиш • Яққол кўринишларида иш қобилиятининг турғун пасаяди.

ХКК • 10 Т59.1 Олтингугурт оксидни токсик таъсири. **Т59.6** Водород сульфид таъсири.

УХЛАТУВЧИ ВОСИТАЛАР ВА ТРАНҚВИЛИЗАТОРЛАР БИЛАН ЗАҲАРЛАНИШ

Уй хўжалигида бўладиган дори воситаларидан зарарланишлар орасида ухлатувчи ва транквилизаторлардан заҳарланиш энг кўп тарқалган ҳолатлардан бири. Бу икки дори воситалари билан заҳарланганда клиник манзарасининг бир-бирига ўхшашлиги ва даво муолажаларининг бир хиллиги сабабли биргаликда ёритилади • Барча барбитуратлар (ухлатувчи воситалар – барбитурат кислота унумлари) кучсиз кислоталар ва ошқозон ичак тизимида осон сўрилади; алкоголь уларнинг сурилишини бирмунча тезлаштиради. Коматоз ҳолатда, ичаклар ҳаракатининг сусайишида барбитуратлар ошқозонда бир неча кун давомида ушланиб туриши мумкин • Барбитурат ва транквилизаторлар организмдаги ҳамма тўқима ва биологик суюқликларга тарқалади, ёғда эриш хусусиятига эга, қон плазмасидаги оқлар билан боғланади. Плазма оқи билан қанчалик кам боғланса, шунча тез сийдик ва нажас билан ажралади. Барбиталнинг плазмадаги энг юқори концентрацияси 4-8 соатдан, фенобарбитал эса 12-18 соатдан кейин аниқланади • Ацидоз, гипопротеинемия, гипотермия барбитуратларнинг актив фракциясини

ошириб, токсик самарасини тезлаштиради • Организмга барбитуратларнинг катта миқдорда қайта тушиши унга нисбатан чидамлилик ривожланишга сабаб бўлади.

Этиопатогенези • Психотроп нейротоксик таъсири натижасида МНС яъни бош мия пўстлоқ қавати, пўстлоқ ости ҳоалари, орқали мия нейронлари (марказий миорелаксация) тормозланиши кузатилади • Гемо ва суюқлик оқимининг дисциркулятор бузилиши оқибатидан келиб чиқувчи токсико-гипоксик энцефалопатия • Патоморфологияда нейронларда, глия хужайраларида дистрофик ва ишемик ўзгаришлар, миянинг юмшоқ қаватлари шиши ва кўплаб периваскуляр қон қуйилишлар.

Хавфли омиллари • Алкогол истеъмол қилиш • Психик ва неврологик бузилишлар.

Классификацияси • Ухлатувчи воситалар ♦ Барбитуратлар (барбитал, натрий, амобарбитал ва фенобарбитал) ♦ Бошқа гуруҳга кирувчи ухлатувчи воситалар - бензодиазелин унумларли (нитрозепама, флуниразел) • Транквилизаторлар ♦ Бензодиазепин ҳоалари (хлордиазепоксид, диазепам, бромдигидрохлорфенилбензодиазепин, оксазепам, медазепам, лоразепам, гдазепам, альпразолам) ♦ Карбаминли эфирлар ♦ Дифенилметон ҳоалари (бенактизин) ♦ Бошқа гуруҳдаги транквилизаторлар (бензоклидин).

ЎТКИР ЗАҲАРЛАНИШНИНГ КЛИНИК МАНЗАРАСИ

• Психоневрологик бузилишлар қабул қилинган воситалар миқдорига боғлиқ ҳолда босқичларга бўлинади ♦ I босқич (енгил заҳарланиш) ♦ Наркотик мастлик, хушнинг ғира-ширалиги, сопороз чуқур уйку, бемор билан алоқада бўлиш мумкин ♦ Қорачикнинг ўлчами ва ёруғликка бўлган реакциясининг ўзгариши, птоз, нистагм, конвергенциянинг бузилиши ♦ Мушаклар гипотонияси, пай рефлексларининг сусайиши, миячалар атаксияси ♦ Баъзан мушаклар гипотониясининг унинг тонусини спастик типдаги кучайиши билан алмашиши ҳамда пай рефлексларининг жонланиши ♦ II босқич (ўртача оғирликдаги заҳарланиш) ♦ Юзаки кома, асосан корнеал ва пай рефлексларининг бўлмаслиги, ютишнинг бузилиши, йутал рефлексининг сусайиши ♦ Қорачик торайган, ёруғликка бўлган реакциянинг йўқлиги ♦ III босқич (оғир заҳарланиш) ♦ Арефлексия билан кечувчи чуқур кома ҳолати, атония ва оғрикқа бўлган реакциянинг йўқлиги ♦ Мидриаз устунлиги; Қорачик ёруғликка бўлган реакцияси ва корнеал рефлексларининг бўлмаслиги ♦ Нафас олиш бузилишлари – юзаки аритмик нафас олишидан тортиб нафас тўхташигача

• Нафас олиш бузилиши 10-15% ҳолларда кузатилади ♦ Бронхорея, гиперсаливация, тилнинг орқага кетиши, ларингоспазм, механик асфиксия сабабли вужудга келган аспирация-обтурацияли бузилишлар (чуқур бўлмаган комада кўпроқ учрайди) ♦ Узунчоқ мия фаолиятининг сўниши (кўпроқ коматоз ҳолатларда учрайди) сабабли вужудга келган марказий бузилишлар.

• Юрак қон-томир фаолиятининг бузилишлари ♦ Тахикардия, артериал гипотензия, юрак тонларининг бўғиқлиги, систолик шовқин ♦ Даволангач тўлик тикланувчи миокарднинг токсик дистрофияси.

Сурункали захарланишнинг клиник манзараси • Абстинент синдром ♦ Охирги барбитуратларни қабул қилгандан 16-20 соат ўтгач безовталаниш, ҳолсизлик, кўлларда кучайиб борувчи қалтираш, уйқусизлик ♦ 24-30 соат ўтгач белгилар янада ифодаланиб кўнгил айниш, қусиш, қоринда оғрик қўшилиши ♦ 2-3 кун қабул қилмаса эпилептик статусга олиб борувчи клоник-тоник тутқаноқ, кўриш галлюцинациялари, гипертермия, бетартиб ҳаракатли кўзғалишлар, коллапс ва ўлим.

Лаборатор текширувлар • Респиратор ва метаболик ацидоз • Спектрофотометрик усул қондаги барбитуратлар даражасини аниқлаш имконини беради (чуқур бўлмаган кома қонда этаминал-натрий 10 мкг/мл. атрофида, амобарбитал 30 мкг/мл. атрофида, фенобарбитал 40 мкг/мл. дан ортиқ бўлганда юзага келади).

Текширишнинг махсус усуллари • ЭКГда – синусли тахикардия, ST нинг изолиниядан пастга тушиши, манфий T тиши • ЭЭГ.

Дифференциал диагностика касалликнинг клиник – неврологик кўринишдаги фарқларига ва ЭЭГдаги ўзгаришларга асосланади.

ДАВОЛАШ

Олиб бориш тамойили • Токсикологик марказга ётқизиш • Ўпкани монанд вентиляциясини таъминлаш, трахеяни интубация қилиш, ўпка сунъий вентиляцияси • Ошқозонни зонд орқали ювиш ва охирида унга сорбент (активлаштирилган кўмир) юбориш, қайт қилдирувчи моддалар (бемор ҳушида бўлса!) бериш. Комада - олдин трахеяни интубация қилиб кейин ошқозонни қайта ювиш • Кейинчалик – инфузион терапия, қоннинг ишқорлигини ошириш билан кучайтирилган диурез (чуқур бўлмаган комада) • Гемосорбция, перитонеал диализ, гемодиализ ♦ Узоқ таъсир этувчи барбитуратларнинг қондаги юқори концентрациясида эрта гемодиализ самаралидир ♦ Юқори самарали усул - гемосорбция (беморларни комада бўлиш вақтини 2-3 марта қисқартиради); айниқса гемодиализда организмдан қийин чиқариладиган қисқа таъсир этувчи барбитуратлар ва бензодиазепинлар билан захарланганда • Симптоматик даволаш - оғир нафас ва гемодинамик бузилишларни йўқотиш, тутқаноқ синдромини бартараф қилиш, асоратларнинг олдини олиш.

Махсус (антидот) даво. Бензодиазепинлар билан захарланганда махсус антидот – флумазенил вена ичига.

Дорилар билан специфик бўлмаган даволаш • Симпатомиметиклар • Коллапсда – ГК (гидрокортизон 125-250 мг., преднизолон 30-60 мг.) • Пневмонияда антибиотиклар • Витаминлар (тиамин ва пиридоксин, цианокобаламин 800 мкг. гача, аскорбин кислотасининг 5 % ли эритмаси в/и 10 мл. гача) • Аналептикларни (камфора, никетамид, кофеин, эфедрин) фақат чуқур бўлмаган комада қўллаш мумкин. Бошқа ҳамма ҳолатлар улар учун катъий монельлик бўлиб ҳисобланади (тутқаноқ ҳолатлари ва нафас йўллари тизими билан боғлиқ асоратлар).

Асоратлари • Пневмония (чуқур комадаги беморларнинг 41,5% ида); одатда икки томонлама пастки бўлакда, ўчоқли ёки тарқалган • Трофик бузилишлар (6,3% беморларда) - тез ривожланувчи ётоқ яралар билан буллёз дерматит ва некротик дермотомиозит • Септик асоратлар • Асосан ўткир юрак - томир етишмовчилиги

натижасида буйрак функциясининг бузилиши • Комадан кейинги даврда – доимий бўлмаган неврологик белгилар (птоз, гандираклар юриш), эмоционал лабиллик, депрессия, тромбоэмболик асоратлар.

Прогнози токсик модданинг миқдорига ва ёрдамнинг ўз вақтида кўрсатилишига боғлиқ • Ўлимга олиб келувчи доза турличадир. Одатда ўлимга олиб келувчи доза деб ҳар бир препаратнинг ёки улар аралашмасининг тахминан 10 та даволовчи дозасини бир вақтда қабул қилиниши ҳисобланади • Айниқса тутқаноқ синдромида прогнози ёмон • Астеник синдром интоксикациядан кейинги 2 - 3 йилдан сўнг ҳам сақланади. **ХКК - 10 • Т42** Тутқаноққа қарши, седатив, ухлатувчи ва паркинсонизимга қарши моддалар билан заҳарланиш.

АЛКОГОЛ СУРРОГАТЛАРИ БИЛАН ЎТКИР ЗАҲАРЛАНИШ

Алкогол суррогатлари билан ўткир заҳарланиш этанол асосида тайёрланган турли хил моддалар аралашмаси ёки бошқа бир ва кўп атомли спиртларни сақловчи этил спиртини ичиш билан боғлиқ.

- Таркибида турли хил аралашмалар бўлган этил спирти асосида тайёрланган алкоголь суррогатлари. Клиник кўриниши, кечиши ва даволаш худди алкоголь интоксикациясига ўхшаш (Алкоголдан ўткир заҳарланиш бобига қаранг) ♦ Гидролизли ва сульфитли спиртлар ёғочни гидролизлаб олинади ♦ Денатурат – метил спирти, альдегид ва бошқа аралашмали техник этил спирти этил спиртидан токсик таъсири кучлироқ ♦ Одеколон ва лосьонлар таркибида 60 % гача этил спирти, метил спирти, ацетальдегид, эфир ёғлари ҳамда бошқа кимёвий моддаларни сақлайди ♦ Политура (техник этил спирти, ацетон, бутил ва амил спиртлари билан) ♦ Нигрозин (ёғоч учун спиртли морилка таркибида этил спирти ва бўёвчи моддаларни сақлайди). Ичилганда - алкогольли маст бўлиш; 3-4 ой давомида сақланувчи тери ва шиллик қаватларни тўқ кўк ранга бўялиши. Дифференциал диагностика - метгемоглобинемия.

- Таркибида этил спирти сақламайдиган ва бошқа бир ёки кўп атомли спиртлар номоёндаси бўлган (ёлғон суррогатлар) алкоголь суррогатлари ♦ Метил спирти (метанол, ёғоч спирти). Ичилганда ўлимга олиб келувчи дозаси - тахминан 100 мл. (олдиндан этанол қабул қилинмаганда). Қондаги токсик концентрация 300мг/л., ўлимга олиб келувчи – 800 мг/л. дан кўп ♦ Этиленгликоль олий навли дигидроқъ спиртлар гуруҳига тегишли; антифриз ва тормоз суюқлиги таркибига киради. Ичилганда ўлимга олиб келувчи дозаси – 100 мл.

Патогенези • Метанол ♦ Ошқозон ва ингичка ичакда тез сўрилади, формальдегид ва чумоли кислотаси ҳо бўлиши билан алкогольдегидрогеназа билан метаболизми, асосан жигарда ўтади ♦ Метанолнинг оксидланиши этил спиртига нисбатан секинроқ кечади. Метанол ва унинг метаболитлари буйраклар, қисман эса, (15%) – ўзгармаган ҳолда ўпка орқали чиқарилади ♦ Токсик таъсири – сайланган психотроп (наркотик), нейротоксик (кўриш нерви дистрофияси ва кўз тўр пардасининг зарарланиши), нефротоксик, метаболик (оғир метаболик ацидоз).

- **Этиленгликоль** ♦ Ошқозон ва ичакда тез сўрилади, ўзгармаган ҳолда буйраклар орқали (20-30%) чиқарилади; 60% га яқини жигарда алкогольдегидрогеназа

таъсирида гликоль альдегид, глиоксал, шавелуксус кислотаси ҳо бўлиши билан оксидланади ♦ Этиленгликоль биотрансформацияси ҳоалари жигар ва буйрак хужайраларига кириб, хужайра ичи суюқлиги осмотик босимини кескин ошириши, гидропик (баллон) дистрофияга олиб келади ♦ Токсик таъсири – ўткир жигар – буйрак етишмовчилигига олиб келувчи гепатоцитлар ва буйрак каналлари баллон дистрофияси; оғир ҳолларда мия шишига олиб келувчи марказий нерв тизими хужайраларининг зарарланиши мумкин; оғир метаболик ацидоз.

КЛИНИК МАНЗАРАСИ

- Метанол билан заҳарланиш ♦ Кам ифодаланган мастлик; кўнгил айниши, қайт қилиш; баъзан кўз олдида нуқталар пайдо бўлиши ♦ 1-2 кундан кейин интоксикация белгилари кучайиб боради – чанқаш, қайт қилиш, қоринда оғриқ, бош оғриғи, бош айланиши, болдир мушакларида оғриқ, диплопия, кўрлик ♦ Тери ва шиллик қаватлар қуруқ, кўкарган тусдаги гиперемия, тил кул рангда қарашланган, қорачиқларнинг ёруғликка реакцияси камайган ва кенгайган ♦ Психомотор кўзғалиш, тутқаноқ, оёқ-қўл мушакларининг гипертонуси, энса мушаклари ригидлиги, кома кузатилиши мумкин ♦ Тахикардия, кейинчалик камайиши ва юрак ритмининг бузилиши ♦ Артериал босим кўтарилган, маълум муддатдан сўнг тушиб кетиши.

- Этиленгликоль ♦ Иридоциклит (кўзга тушганда) ♦ Аввал ўзини яхши ҳис қилган ҳолда енгил мастлик ♦ 6–8 соатдан сўнг қоринда, белда оғриқ; кучли чанқаш, бош оғриши, қайт қилиш, диарея ♦ Тери қуруқ, гиперемия; шиллик қаватлар цианотик ♦ Оғирлик даражаси ўртача бўлган заҳарланишда – психомотор кўзғалиш; қорачиқлар кенгайиши; тана ҳароратининг ошиши; ҳансираш; тахикардия ♦ Оғир заҳарланишда – хушдан кетиш; энса мушаклари ригидлиги; клоник – тоник тутқаноқлар; чуқур, шовқинли нафас; ўткир юрак етишмовчилиги, ўпка шиши; 2-5 кунда – анурия, токсик гепатопатия ва нефропатия ўткир буйрак ёки ўткир жигар – буйрак етишмовчилигигача.

Текшириш усуллари • ЭЭГ • Газ-суюқлик хроматографияси.

Дифференциал диагностика алкоғолдан ўткир заҳарланиш билан ўтказилади.

ДАВОЛАШ

Олиб бориш тамойили (*Заҳарланиш, умумий ҳолатлар бобига қаранг*) • Ошқозонни зонд орқали ювиш • Специфик (антидот) даволаш • В/и суюқлик юбориш, плазмани ишқорлаш билан диурезни кучайтириш • Эрта гемодиализ, перитонеал диализ • Бел пункцияси (мия шишида) • Кўришнинг метанол ичиш сабабли бузилишида – атропин, гидрокортизонларни супраорбитал юбориш • Кўзга этиленгликоль тушганда – ювиш.

Специфик (антидот) даво • Метанол ва этиленгликол билан заҳарланганда – этил спирти 30% ли эритмасидан 100 мл. ичишга, сўнгра қондаги этанол миқдорини (100мг.%) сақлаган ҳолда ҳар 3 соатда 50 мл. ёки 5% ли этил спиртининг эритмаси в/и томчилаб 1-2 г/кг/кунда • Этиленгликолдан заҳарланганда - кальций хлорид ёки глюконат (10% ли эритмадан 10-20 мл.) в/и (ҳо бўлаётган шавел кислотасини боғлаш учун) такроран.

Дорилар билан специфик бўлмаган даволаш. (Шунингдек *Заҳарланиш, умумий ҳолатларга қаранг*) • Ацидозда – 4%ли натрий гидроксид эритмаси в/и 1000-1500мл/кунда юборилади • Қўзғалиш ва тутқаноқда – 25% ли магний сульфат эритмасидан 10 мл. м/о • Преднизолон, тиамин, трифосаденин, аскорбин кислотаси, глюкоза-прокаин аралашмаси (200 мл. 40%ли глюкоза эритмаси ва 20 мл. 2% ли прокаин эритмаси) в/и томчилаб.

Кечиши ва прогнози заҳарли моддаларни концентрацияси ва миқдорига, ўз вақтида кўрсатилган монанд ёрдамга боғлиқ • Прогнози жиддий (айниқса этиленгликоль билан заҳарланганда кўпроқ ўткир буйрак етишмовчилиги келиб чиқади, баъзида донор буйрагини кўчириб ўтказишга зарурат туғулади) • Метанол билан заҳарланишнинг оғир ҳолларида тез ривожланувчи ўткир юрак – томир етишмовчилиги билан нафас олишнинг марказий бузилишлари кузатилади.

ХКК–10 • Т51 Алкоголнинг токсик таъсири.

БОЛАЛАРДА ЗАҲАРЛАНИШ

Болаларда заҳарланиш – 16 ёшгача бўлган болалар ўртасидаги бахтсиз ходисалар сабаби бўйича 3 ўринда туради (АҚШ бўйича маълумотлар). Кўпроқ заҳарланиш 1 ёшдан 5 ёшгача болаларда (тасодифий характер) ва ўсмирларда (суицидал мақсадда токсик моддаларни атайлаб қабул қилиш) учрайди. Заҳарланишни 80% дан кўпроғи уй шароитида бўлади.

Хавфли омиллар • Ҳавфли химикатларни (масалан, ювиш воситалари, машина ёғи, пестицидлар) оддий стаканда, шиша ёки бошқа очиқ идишларда сақлаш • Турли препаратларни битта идишга солиш.

Заҳарланиш турлари • Дори воситаларини рецепт ёки унингсиз сотиш (масалан, ацетилсалицил кислота, парацетамол, витаминлар, антигистамин препаратлар, транквилизаторлар, аналгетиклар, йўталга ва шамоллашга қарши дорилар, темир препаратлари) – болаларда заҳарланиш сабабининг 45% ходисаларни ташкил этади • Тахминан 50% ҳолларда заҳарланиш ювувчи моддалар, атир-упа воситалари, инсектицидлар, бўёқлар ва эритувчилар, шунингдек алкоголь сабабли вужудга келади.

ДАВОЛАШ

Умумий ҳолатлар • Ошқозондаги сақланмаларни чиқариб юбориш (қайт қилдириш ёки ошқозонни ювиш; хуш бузилганида қатъиян манн этилади!) ♦ Болаларда ошқозонни ювишга қараганда қайт қилдириш кўп ҳолларда самарали ва кам жароҳатли ♦ Қарши кўрсатмалар: 6 ойгача бўлган чақалоқларда, хушнинг бузилиши, учувчи углеводородлар, ишқорлар билан заҳарланиш, қайт қилдирувчи моддалар билан заҳарланиш ♦ Болаларда хушнинг бузилишида ҳам ошқозон ювилади ♦ Аспирацияни олдини олиш мақсадида трахеяни пуфлама манжетка ёрдамида интубация қилиш ♦ Ошқозонни ювиш максимал диаметрли зонд орқали (эримайдиган йирик таблеткаларни олиш учун) амалга оширилади. Натрий хлориднинг 0,9% ли эритмаси билан ошқозон икки – уч марталаб тоза сув чиққунга қадар ювиш учун умумий суюқлик миқдори бемор ҳаётининг ҳар йилига 1 литрдан

кўп бўлмаслиги керак (жами 5 литргача) • Токсик моддаларни адсорбирлаш – активлаштирилган кўмир миқдори қабул қилинган (заҳарли) моддадан 5-12 марта ошиқ бўлиши (12 ёшгача болаларга – 15-30 г., 12 ёшдан катталарга 50-100 г.) ва совуқ сувга аралаштириб қўлланиши лозим ♦ Қайт қилдирувчи дорилар таъсирида қушиш тўхтагандан сўнг ♦ Активлаштирилган кўмир темир тузларини, борат кислотани, цианидларни, минерал кислоталарни, кучли асосларни (ўювчи ишқорларни), литий, кичик ўлчамдаги ионлашган молекулаларни адсорбирламайди • Одатда ични бўшаштирувчиларни ошқозонни ювгач, заҳарли моддаларни адсорбирлагач тавсия этишади ♦ Магний сульфат (250 мг/кг.), натрий сульфат (250 мг/кг.), магний цитрат (4 мл/кг.) ♦ Активлаштирилган кўмир билан қўшиб бериш мумкин • Заҳарни бартараф этишнинг иккиламчи тадбирлари диурезни кучайтириш, ўпкани даволовчи гипервентиляцияси, диализ, гемосорбция, плазмоферез, ўриндош қон қуйиш • Заҳарланган беморларни тўғри кўчириш (махсус ажратилган шахс ёрдамида беморларни ёнбошлаган ҳолда – қусуқ массаси аспирациясидан сақлаш учун) ҳаёт учун муҳим аъзоларни қувватлаш (ташқи нафасни тиклаш, марказий ва периферик гемодинамикани мўътадиллаштириш).

Заҳарланиш турлари • Ацетилсалицил кислота ♦ **Фармакологияси.** Кучсиз кислота ошқозон ва ингичка ичакдан қонга тезда сўрилади; эркин ҳолда, ионланган ва оқлар билан боғланган ҳолда учрайди; жигарда парчаланиб, буйраклар орқали чиқарилади, юқори дозада ярим чиқарилиш даври терапевтик дозаларга (4-6 соат) нисбатан 18-36 соатгача чўзилади. Агар сийдикда РН – 7,4 дан юқори бўлса, ацетилсалицил кислотанинг кўп миқдори унда ионлашган ҳолатда бўлади, бу ярим чиқариш даврини 6-8 соатга қисқаришга олиб келади ♦ **Патогенези** ♦ Нафас маркази сезувчанлиги ошиши CO_2 ва O_2 концентрациясининг ўзгаришига мувофиқ нафас олиш сони ва чуқурлиги кўпайиши, унинг алкалози ривожланишига олиб келиши. H^+ компенсатор равишда ҳужайрадан ҳужайралар оралиғига чиқиб кетади ♦ Нафас олиш билан оксидланиш-фосфорланишни ажралиши метаболизм жараёнини ошиши глюкоза ва O_2 га бўлган эҳиёжни кўпайиши, иссиқликни кўп ажралиши (тахикардия, тахипноэ, тана ҳароратини ошиши, гипогликемия). Ацетилсалицил кислота Кребс циклини блоклайди, бунда метаболик ацидоз ривожланади ♦ Гепатоцитларни шикастланиши - ярим чиқариш даврини узайиши, тромбоцитлар агрегациясини сўндирилиши, қон кетиш вақтини узайиши ♦ **Клиник манзараси** ♦ Қулоқ шанғиллаши ва қайд қилиш (қусуқ массаси қон аралаш бўлиши мумкин), гипервентиляция, иситмалаш, уйқучанлик, эс-хушнинг қарахтлиги; оғир ҳолатларда тутқаноқлар, кома, нафас ёки юрак етишмовчилиги кузатилади ♦ Ацетилсалицил кислотадан ўткир заҳарланишда 6 соат давомида унинг қон зардобиддаги концентрацияси клиник кечишини прогнозлашга имконият беради: >35 мг/л. – белгилар кузатилмайди; 35-70 мг/л. – белгилар кам намоён бўлади, 70-100 – мг/л. - оғир кечади ва 120 мг/л. дан юқори бўлса ўлим билан тугаши мумкин ♦ **Даволаш** ♦ Қушишга қарши воситалар, сўнгра активлаштирилган кўмир ва ич кетгазувчи воситалар ♦ В/и натрий гидрокарбонат юбориш билан қон таркибини ишқорлаш (сийдик РН ни 8,0 гача кўтариш мақсадга мувофиқ) ♦ Йўқолган суюқлик миқдорини тўлдириш, шокка қарши коллоид эритмаларни юбориш (альбумин ёки плазма) ♦ Диализ ёки гемосорбция (буйрак,

жигар ёки юрак етишмовчилигининг оғир ҳолатларида) • Парацетомол - Парацетомол билан заҳарланишга қаранг • Темир сакловчи препаратлар (темир препаратлари билан ўткир заҳарланишга қаранг) • Углеводородлар - ароматик углеводород ва қайта ишланган нефть маҳсулотлари билан заҳарланишга қаранг • Қўрғошин билан заҳарланиш (сатурнизм) (қўрғошин ва унинг бирикмалари билан заҳарланишга қаранг) • Барбитуратлар (барбитал, фенобарбитал ва бошқалар) – қаранг. Ухлатувчи восита ва транквилизаторлар билан заҳарланишга – қаранг • Атропинга ўхшаш воситалар (беллодонна препаратлари, беллоид ва бошқалар) ♦ **Клиник манзараси.** Заҳарланишнинг икки босқичи фарқланади ♦ Қўзғалиш босқичи – безовталиқ, галлюцинация, мувозанат бузилиши, юз қизариши, қорачиқлар кенгайиши, шиллиқ қаватлар қуруқлиги ♦ МНС фаолиятининг сусайиш босқичи – кома, артериал гипотензия, олигурия ♦ **Даволаш** ♦ Ошқозонни ювиш, активлаштирилган кўмир ва кучсиз тузли ични бўшаштирувчи воситалар юбориш ♦ Неостигмин метил сульфат ёки физостигмин юбориш ♦ Диурезни кучайтириш ♦ Симптоматик даволаш • Гипотензив воситалар (резерпин, раунатин ва б.к.) ♦ **Клиник манзараси** ♦ Уйқучанлик, артериал гипотензия, юзнинг қизариши ♦ Коллапс, эс хушнинг пасайиши, нафас олишнинг бузилиши, ўпка шиши вужудга келиш хавфи ♦ **Даволаш** ♦ Ошқозонни ювиш, активлаштирилган кўмир ва тузли ични бўшаштирувчи воситаларни юбориш ♦ Диурезни кучайтириш ♦ Гидрокортизон, кофеин юбориш.

Профилактикаси • Мактаб ёшигача бўлган болалар. Улар орасида заҳарланишнинг олдини олишга асосан ота-оналар масъулдирлар. Уларнинг вазифаси – токсик моддаларни болалардан узоқроқда саклаш ёки улардан узоқроқда ўйнатиши лозим • Ўсмир ёшдагиларга – психологик қулай шароит яратиш, алкоголь ва дори воситаларни қабул қилишнинг хавфли томонлари хақида маълумот бериш.

ХКК-10 • Т36-Т50 Дори воситалари ва биологик моддалар билан заҳарланиш • **Т51- Т65** Тиббиётга тааллуқли бўлмаган воситаларнинг токсик таъсири.

ФОРМАЛЬДЕГИД (ФОРМАЛИН) БИЛАН ЗАҲАРЛАНИШ

Формальдегид билан заҳарланиш асосан унинг (формалин) билан касбий алоқа натижасида юзага келади ва кам учрайди. Ўлимга олиб келувчи дозаси - тахминан 50 мл. ичилганда.

Патогенези. Махаллий куйдирувчи таъсири; гепототоксик, нефротоксик таъсир • Шахсий цитотоксик таъсир • Формальдегид трансформацияси маҳсулоти чумоли кислотасидир.

Клиник манзараси • Ингалияцияда кўзнинг шиллиқ қаватларини зарарланиши (ёш оқиши) ва юқори нафас йўллариининг спазми, томоқ шишиши, йўтал, ҳансираш, бронхит, пневмония • Терига тушганда дерматит, коагуляцион некроз • Ичилганда – ошқозон ичак йўли куйиши, оғизда, тўш ортида ва ошқозон соҳасида қизиш; кўнгил айнаши, қон қусиш • Психомотор кўзғалиш • Жигар ва буйрак зарарланиши (олигурия, гематурия, анурия, сариклик) • Кома, токсик шок.

ДАВОЛАШ

Олиб бориш тамойили • Буғлар билан нафас олганда - шиллик пардаларни 0,9 % ли натрий хлорид эритмаси билан ювиш, ўпка вентиляциясини монандлигини таъминлаш, намланган кислород билан ингаляция • Терига тушганда совунли сув билан ювиш • Заҳар ичга тушганда - кўп миқдорда суюқлик ичиш (суюлтириш учун), шокка қарши даволаш, ацидоз коррекцияси.

Дорилар билан даволаш • Ошқозонни аммоний хлорид ёки карбонати эритмаси, аммиак эритмаси билан ювиш • Активлаштирилган кўмир; натрий сульфат • Натрий гидрокарбонат (300-400 мл. 4 % ли эритма) в/и томчилаб • Диурезни кучайтириш • Симптоматик даволаш (масалан, атропин, тримеперидин).

ХКК -10 • Т59.2 Формальдегиднинг токсик таъсири.

ФОСФОР ВА УНИНГ ОРГАНИК БЎЛМАГАН БИРИКМАЛАРИ БИЛАН ЗАҲАРЛАНИШ

Фосфор ва унинг органик бўлмаган бирикмалари билан заҳарланиш – ингаляция йўли билан ўпкага ёки оқозон ичак тизимига тушиши натижасида келиб чиқади (родентицит, инсектицитлар, фосфин, водород фосфиди, РНЗ, ёмон ҳидли газ). Қишлоқ хўжалиги, ишлаб чиқариш корхоналари, металлларга сув ёки кислоталарни тушиши. Фосфор билан ифлосланиш, ацетилен билан ишлаш (фосфин ҳо бўлиши мумкин) оқибатида кузатилади. Бир вақтнинг ўзида алкохол билан биргаликда тез ҳазм бўлувчи ёғларни истеъмол қилганда фосфор ва унинг органик бўлмаган бирикмаларининг токсиклиги ошади. Заҳарланишнинг кечиши одатда ўткир, авж олувчи.

Этиопатогенези. Фосфорнинг ҳамма бирикмалари ўта цитотоксик (нейро-ва гепатотоксик), маҳаллий таъсирлаш хусусиятига эга.

Клиник манзараси • I босқич – оғизда саримсоқ пиёз мазаси ва ҳиди; оғиз шиллик қаватларининг таъсирланиши, тиш оғриғи; қориннинг дам бўлиши, кўнгил айниши, саримсоқ ҳидли қайт қилиш, қусуқ массасини қоронғида (люминесцентлиги) ялтираши, диарея • II босқич - ёруғ оралик 8 соатдан бир неча кунгача • III босқич - қайд қилиш, диарея; жигарнинг катталашиши, сариқлик, нефропатия; геморрагик синдром, анемия; тутқаноқ, кома, нафас бузилиши, кейинчалик – пастги жағнинг асептик некрози, секвесторлар ҳо бўлиши.

Даволаш • Тери ва кўзга тушганда оқар сувда ювиш • Зонд орқали ошқозонни калий перманганатининг (1:5000) эритмаси билан ювиш, сўнгра ошқозонга вазелин ёғини (100 мл. икки мартаба) юбориш • Симптоматик даволаш • Гемодиализ • Хирургик – некрозга учраган суяк тўқимаси секвесторларини олиб ташлаш.

Синоним. Сарик фосфор билан заҳарланиш.

ХКК – 10 • Т57.1 Фосфор ва унинг бирикмаларини токсик таъсири • **Т59.8** бошқа аниқланган газлар, тутунлар ва буғларнинг токсик таъсири.

ФОСФОР ОРГАНИК МОДДАЛАР БИЛАН ЗАҲАРЛАНИШ

Фосфор органик моддалар (гексоэтилтетрофосфат, диметон, диазинон, диптерекс (трихлорфон, хлорофос), малотион (карбофос), октаметилпирофосфамид, паратион (тиофос), систокс, тетраэтилпирофосфат, хлортион, метафос) қишлоқ хўжалигида инсектицидлар фунгицидлар, гербицид, дефолиантлар сифатида кенг ишлатилади; уй ва боғларда ҳашаротларга қарши ишлов беришда қўлланилади. Фосфорорганик моддаларга – жангавор заҳарли моддалар (нерв паралитик газлар) ҳам киради. **Учраши** – 5-10% беморлар токсикологик марказларга мурожаат қилади. **Устунлик қилувчи жинс** – эркактар.

Этиология ва патогенези • Фосфор органик моддалар организмга оғиз, тери, нафас йўллари орқали тушганда заҳарланиш кузатилади • Оғиз орқали тушганда сўрилишлар оғиз бўшлиғидан бошланади ва ошқозон, ингичка ичакда давом этади • Фосфор органик моддалар қон тизимига тез сингади ва бир маромда аъзо ва тўқималарга тарқалади (буйрак, жигар, ўпка, ичак ва марказий нерв тизимида юқори концентрацияда тўпланади) • Заҳарланиш ўткир ва сурункали бўлиши мумкин (моддалар билан узок алоқада бўлганда) • Фосфор органик моддалар организмда турли хил жараёнлар ёрдамида тўлиқ метабolik ўзгаришларга учрайди ♦ Оксидланиш жараёнлари хужайра микросомасида жигар ва бошқа тўқималарда аралаш фаолиятга эга бўлган оксидаза ёрдамида амалга ошади. Тикланиш жараёни жигар ва буйракларда редуктаза қатнашиши ва кофермент нуклиод аденазин дифасфатаза мавжудлигида фаол кечади. Фосфор органик моддаларнинг бу типдаги ўзгаришлари асосан жигарда амалга ошади. Шунинг учун уларнинг оғиз орқали қабул қилиниши энг катта хавф туғдиради ♦ Фосфор органик моддаларнинг асосий таъсир усули, гидролазалар иштирокидаги ферментли гидролиз ҳисобланади • Кўпчилик фосфор органик моддаларнинг таъсир механизми асосида, холинэстеразининг католитик функциясини пасайтириш ётади. Бу эндоген ацетилхолин тўпланишига ва холин реактив тизимларнинг узлуксиз кўзгалишига олиб келади (мускарин ва никотинсимон таъсир) • Холинэргик бўлмаган таъсир механизми (протеолитик ферментларга таъсир, ивиш тизимини ўзгартириши ва жигарга токсик таъсир) фосфор органик моддаларнинг организмга қайта тушишида аҳамиятлидир • Патоморфологик ўзгаришлар ♦ Пўстлоқ нерв хужайраларининг гидропик ўзгариши, пўстлоқ ва пўстлоқ ости хоаларининг диффуз кариоцитозлизи ♦ Пўстлоқ ва мия ўзаги томирларини кескин ўзгариши, кенгайган ва спастик торайган соҳаларнинг алмашиб келиши ♦ Миокардда, жигарда ва буйракларда дистрофик ўзгаришлар.

Хавфли омиллар • Фосфор органик моддаларнинг нотўғри сақланиши • Уларни тери касалликларида мустақил равишда қўлланиши (битлаш, қичима) • Алкоголизм • Руҳий касалликлар.

ФОСФОР ОРГАНИК БИРИКМАЛАР БИЛАН ЎТКИР ЗАҲАРЛАНИШ КЛИНИКАСИ

• Асосий клиник белгилари ♦ Миоз – ФОВ билан заҳарланишнинг характерли белгисидан бири ҳисобланади. Бу белги беморларни оғирлик даражасини аниқлаш учун хизмат қилиши мумкин (оғир заҳарланишларда қорачиқ қисқариши узок вақт сақланади, ёруғликка реакцияси йўқолади, миоз баъзида ўлимдан сўнг 1 – 2

соатгача сақланади). Кўриш бузилиши (кўз олди хиралашуви, диплопия) ♦ Рухий бузилишнинг асосий кўринишлари ♦ Эрта астеник синдром: умумий ҳолсизлик, бош оғриғи, бош айланиши, диққат бузилиши, хавотирли ҳолат (одатда енгил ва сурункали заҳарланишда) ♦ Интоксикация психози: яққол психомотор кўзғалиш, кўркув, вақтга ва атрофга мўлжални бузилиши ♦ Кома: қорачиқни ёруғликка бўлган реакциясини йўқолиши, корнеал рефлекслар ва оғриқ, сезги бузилишлари. Мушаклар тонуси ва пай рефлекслари сусайиши. Мушаклар гипертонуси ва пай рефлекслари ошган юзаки кома ҳам кузатилиши мумкин ♦ Периферик нерв системаси зарарланиши ♦ Мушаклар тонуси пасайиши, уларни ушлаб кўрилганда оғриши ♦ Гиперкинез миоклоник типда (фибрилляр тебраниш). Характерли белгиларидан бири баъзи ҳолатларда миофибрилляция, унинг юз мушакларига, катта кўкрак мушакларига ва оёқ – қўл мушакларига тарқалиши. Тил мушаги фибрилляцияси барча ФОБ билан заҳарланганларда кузатилади. Миофибрилляция тарқалиши ва сони заҳарланиш оғирлигига боғлиқ ♦ Хореик гиперкинезлар типии (мушакларнинг тўлқинсимон қисқариши); оғир заҳарланишларда кузатилади ♦ Нафас бузилишлари ♦ Обтурация – аспирация тури (80 – 85% ҳолатларда) бронхорея натижасида келиб чиқади. Нафас йўллари шиллиғи ошиб оғиз, бурун орқали ажралади. Клиникаси ўпканинг ўткир шишини эслатади, бу эса нотўғри диагностикага ва даволашга олиб келиши мумкин ♦ Марказий тури, нафас мушаклари функциясини бузилиши билан кечади. Аввал нафас мушакларининг ва кўкрак қафасининг ригидлиги ошади, кейин паралич ривожланади ♦ Юрак қон-томир системаси бузилишлари ♦ Гиперадреналимия натижасида эрта гипертензив синдром (САД 200 – 250 мм. сим. уст. гача, ДАД 150 – 160 мм. сим. уст. гача) ♦ Тўсатдан брадикардия (1 минутда 30 тагача), қоринчалар ичи ўтказувчанлиги бузилиши, АВ – блокада ♦ Оғир ҳолларда (экзотик шокда) – юрак зарб ҳажми пасайиши, организмда айланиб юрувчи қон ҳажмини, МВБ, АБ ва томирларни умумий периферик босимини пасайиши. Қоринчалар фибрилляцияси ♦ Ошқозон ичак тизими ва жигар функцияси бузилишлари ♦ Ошқозон ва ичак лиқ мушакларининг яққол спазми ҳатто енгил заҳарланишда ҳам юзага келади. Кўнгил айниш, қусиш, қорин соҳасида сиқувчи оғриқлар ва диарея ♦ Жигар функцияси бузилиши, ҳолестаз. Алкоголни суистеъмол қиладиган беморларда токсик гепатопатия ривожланиши.

• ФОБ билан заҳарланиш даражалари ♦ I-даража: - кўзғалиш (заҳарланишдан сўнг 15-20 мин) да ривожланади ♦ Бош айланиши, бош оғриқ, қуришнинг бузулиши, кўнгил айниш, қусиш, қоринда спастик оғриқлар, кўркув, агрессив ҳолат ♦ Объектив: қисман цианоз, кўп терлаш, гиперсаливация, бироз бронхорея, АБ ошган, бироз тахикардия ♦ II- даража: гиперкинезлар ва тутқаноқ ♦ Карахтлиқ, сопор, оғир ҳолларда кома. Хорея ва миоклоник гиперкинезлар (миофибрилляция) кўп ҳолда юзда, кўкракда ва болдирда, оғир ҳолларда бутун танада. Тарқалган эпитепик типдаги тутқаноқлар, кўкрак қафаси регидлиги ва унинг харакатининг чегараланиши ♦ Яққол миоз, ёруғликка қорачиқ реакцияси йўқ ♦ Бирдан терлаш, гиперсаливация, бронхорея ♦ Брадикардия ёки яққол тахикардия. Яққол гипертензион синдром (АБ 240/160мм.сим.уст) кейин коллапс ♦ Оғрикли тенезмлар, беихтиёр суноқ ич келиши ♦ III-даража: параличлар ♦ Скелет

мушакларининг параличи ♦ Чуқур кома, арефлексия билан, яққол миоз, гипергидроз ♦ Нафас бузулишларининг марказий тури, яққол брадикардия ёки тахикардия, АБ пасайиши ♦ Интоксикация рецидиви захарланишдан сўнг 2-8 кунда 5- 6% такрорланади.

• Захарланишнинг клиникаси ФОБнинг организмга кириш йўлига боғлиқ ♦ Ингаляцион ва кўзга тушганда – давом этувчи миоз ривожланади ♦ Тери оркали кирса – шу соҳа мушагининг фибрилляцияси ♦ Ошқозонга тушганда – олдин кўнгил айниш, қусиш, қоринда ўткир оғрик, диарея.

Фосфор органик бирикмалар билан сурункали захарланиш • МНС: астения, психик активлик пасайиши. Эмоционал лабиллик, касбий маҳоратнинг пасайиши, камроқ диэнцефал синдром • Юрак томир тизими –брадикардия, синусли аритмия, артериал гипотензия • Периферик нерв тизими: полиневритлар, радикулоневритлар • Жигар функцияси бузилиши, сурункали гастрит • Аллергик дерматит (гоҳида).

ЛАБОРАТОР ТЕКШИРУВЛАР

• Қонда, плазмада, эритроцитларда холинэстераза активлигини, фотоэлектродориметрик услубларда (Хестрин услубида текширилганда холинэстераза фаоллиги – 1,96 – 2,6 мкмоль) аниқлаш ♦ Одатда холинэстеразанинг кўрсаткичи фоиз ҳисобида солиштирилади ♦ Интоксикациянинг биринчи белгилари холинэстераза миқдори 30% дан ошганда юзага чиқади ♦ Оғир захарланиш ҳолатларида меъёрий кўрсаткичнинг 5-10% гача камайиши кузатилади ♦ Ушбу текширув услубида холинэстераза фаоллигининг меъёрий кўрсаткичи ($\pm 30\%$) катта тебранишга эга ва бу диагностикани қийинлаштиради.

• Қонда, плазмада, биологик муҳитларда газ суюқлик хроматографияси усули билан токсик моддаларни аниқлаш ♦ Захарланишнинг I даражаси – ФОБнинг қондаги миқдори одатда аниқланиш чегарасида (излари) ♦ Захарланишнинг II – III даражалари – қонда 0,5 – 29,6 мкг/мл. хлорофос, 0,1 – 3 мкг/мл. корбофос, 3,0 мкг/млгача метафос аниқланади.

• Коагулограмма. Зардобнинг гепаринга бўлган чидамлилигининг ортиши, рекальцификация вақтининг камайиши, фибринолитик фаолликнинг сусайиши (гиперкоагуляция). Шокнинг декомпенсация даврида АБнинг кескин тушиши – гипокоагуляция ва фибринолиз.

Махсус текширув усуллари • ЭКГ ♦ Кескин брадикардия (бир минутда 20 – 40 гача), QRS комплексининг кенгайгайиши, қоринчалар ичи ўтказувчанлигининг секинлашиши, АВ блокадаси, қоринчалар фибрилляцияси ♦ Сурункали захарланишда: брадикардия, синусли аритмия, Р тишчаси текисланган, Т тиш кўкрак тармоқларида баланд • Кўкрак қафаси аъзолари рентгенографиясида: бронх ва томирлар расми кучайган.

Дифференциал диагностикаси • Ўпка шиши – ФОБ дан захарланганда бронхиал безларнинг секрецияси кучайганлиги сабабли оғиз ва бурундан кўпikli балғам келиши, унда ўпка шишидан фарқли ўлароқ кичик қон айланиш доирасида босим паст • Ўткир хирургик касалликлар, қорин бўшлиғида (ичак санчиғи ривожланиши билан) – ФОБ билан захарланишнинг бошқа белгиларини излаш лозим • Мия қон айланишининг ўткир бузилиши (кома ривожланганда) – ФОБ билан захарланишда, миоз, гипергидроз ва ўчоқли неврологик белгилар кузатилмайди.

ДАВОЛАШ

Умумий тавсиялар • Токсикологик марказ ёки реанимация бўлимига ётқизиш • Заҳарланиш белгилари кузатилмаса, холинэстераза фаоллиги камайган бўлса бундай беморни шифохонада 2-3 кундан ортиқ кузатишга ҳожат йўқ, кечки интоксикация олдини олиш учун махсус профилактика давоси, холинолитик ва холинэстераза реактиваторларини минимал дозада бериш керак.

ОЛИБ БОРИШ ТАМОЙИЛИ

- Ингаляция вақтида бемор ҳавоси зарарланган жойдан олиб чиқилиши керак.
- ФОБ терига, кўзга тегса уни ишқорли эритмалар билан ювиб ташлаш.
- Ошқозон ичак йўлларига тушганда – ошқозонни ювиш, тозаловчи клизмалар қилиш (активлаштирилган кўмир, сорбент, вазелин), қайт қилдирувчи воситалар, сифонли клизма ♦ II –III даражасида ҳар 4-6 соат ичида клизмани такрорлаш лозим ♦ Уни клиник белгилар бартараф этилгунча такрорлаш керак.
- Специфик антидот даволаш.
- Ўпканинг монанд вентиляциясини таъминлаш ♦ Оғиз бўшлиғини тозалаш ♦ Трахея интубацияси – марказий типдаги нафас олишнинг бузилишида, кучли бронхореяда (шиллик секретни олиш учун), коматоз ҳолатда (ошқозон тозалашда унинг суюқлиги билан аспирация бўлишини олдини олиш учун) ♦ Пастки трахеостомия – нафас олишнинг марказий турида кучли бронхорея (регидлик ёки нафас мускулларининг параличида) ♦ ЎСВ – марказий турдаги нафас олишнинг бузилишида. Кўкрак мускулларининг гипертонусида ЎСВ миорелаксантлан ёрдамида қилинади ♦ Бронх йўллари ювиш (2% эритма гидрокорбанат ёки 0,9 % натрий хлоридга 5.000.000 БД бензилпенициллин) – бронх йўллари курук бўлса атропин катта дозада қилинади.
- Сўнгра – инфузияли даволаш, диурезни кучайтириш.
- Эрта гемосорбция, перитониал диализ, гемодиализ ♦ Кўпчилик ФОБ томирлардан чиқиб тўқималарга чўкади ёки гидролизга учрайди, шунинг учун юқоридаги даво муолажаларини заҳарланишнинг бошланғич даврида қўллаш мақсадга мувофиқ (биринчи навбатда карбофос билан заҳарланганда) ♦ Кўрсатма – заҳарланиш оғир кечганда, холинэстераза 50% гача камайганда ♦ Гемодиализнинг давомийлиги – 7 соатдан кам бўлмаслиги керак ♦ Холинэстераза фаоллиги камайса ва заҳарланиш белгилари сақланиб турса 2-3 кунда ҳам гемодиализ қилиш мумкин (лаборатор усулларда аниқлаб бўлмайдиган ФОБ метаболитларини организмдан тозалаш учун).
- Холинэстеразанинг миқдори 30% ва ундан кўп камайганда ҳамда миокард ўтказувчанлиги бузилганда – яқинда олинган донор қонини қуйиш ♦ Заҳарланишнинг 3-4 кунда консерватив даволаш самарали ♦ Сунъий детоксикация тугаши билан қон қуйишни амалга оширса бўлади.
- Симптоматик даволаш – оғир нафас ва гемодинамик бузилишни бартараф этиш, тутқаноқ ва психомотор кўзғалишларни ҳамда асоратларни даволаш лозим.

Махсус (антидот) даволаш – холинорецепторларни блоклашга қаратилган (масалан атропин), бундан ташқари холинэстераза фаоллигини тиклаш (холинэстераза реактиваторлари, масалан оксим).

• Атропинизация ✦ ФОБнинг мускарин сифат таъсирини бартараф этгунча ва атропин дозасининг ортиб кетиш белгилар пайдо бўлмагунча (тери ва шиллик қават қуруклиги, биров тахикардия, қорачиқ кенгайши) барча беморларда даволашнинг биринчи соатиданоқ интенсив атропинизация ўтказиш лозим ✦ I – даража: 2 – 3 мг. (2 – 3 мл. 0,1% атропин эритмаси) в/и ✦ II – даража: 20 – 25 мг. (20-25 мл. – 0,1% атропин эритмаси) в/и ✦ III – даража: 30 – 35 мг. (30-35 мл. – 0,1% атропин эритмаси) в/и ✦ Заҳарнинг чиқиш давридаги ушлаб турувчи дозадаги атропинизация (2-4 кунгача) ✦ I – даража: 4-6 мг/кунда ✦ II – даража: 30 – 50мг/кунда ✦ III – даража: 100-150 мг/кунда.

• Холинэстераза реактиваторлари заҳарланишнинг биринчи кундаёқ интенсив ўтказилаётган атропинизация билан параллел равишда қўлланилади. Ушбу муолажалар кеч ўтказилса самараси, хатто у тескарисига яъни токсик таъсир этиши мумкин (юрак мушаклари ўтказувчинлиги бузилиши, ФОБ ўткир заҳарланиш белгиларининг қайталаниши, токсик гепатопатия) ✦ Тримедоксин бромид (периферик таъсир этувчи холинэстераза реактиватори) ✦ I – босқич: 150 мг. (1 мл. 15 % эритма) м/о; ва даво курси умумий дозаси 150-450 мг. ✦ II – III босқич: 150 мг. ҳар 1-3 соатда м/о; ва даво курси умумий дозаси 1,2-2 г. ✦ Диэтиксим (марказий ва периферик таъсирга эга холинэстераза реактиватори); бошланғич дозаси 300-500 мг. (3-5 мл. 10% эритма) м/о; зарур бўлганда ҳар 3-4 соат оралиқ билан қайталаб туриш (умумий дозаси 5-6 г.гача) ✦ Изонитрозин (марказий таъсирга эга холинэстераза реактиватори) алоҳида ва тримедоксин бромид билан бирга 1,2 г. (3 мл. 40% эритма) м/о ёки в/и қўллаш; зарур бўлганда ҳар 30-40 минутда инъекция такрорланади (умумий дозаси – 3-4 г.дан ошмаслиги керак). Заҳарланишнинг II босқичида психологик бузилишлар бўлса изонитрозин билан тримедоксин бромид қўлланилади.

• Махсус даво холинэстераза активлиги назорати остида олиб борилади ✦ Даво самараси заҳарланишдан сўнг холинэстераза активлининг тикланиши билан боғлиқ. Заҳарланишдан сўнг самарали даволанганда холинэстераза активлиги 2-3 кундан сўнг тиклана бошлайди ва ҳафта охирига бориб 20-40 %га етади; 3-6 ойдан кейин меъёр даражасигача тикланади ✦ Детоксикациянинг актив усулида (гемосорбция, гемодиализ) холинолитиклар дозасини ва реактиваторларни 25-30 % ошириш керак.

Дорилар билан специфик бўлмаган даволаш • Миорелаксантлар – ЎСВ ўтказишга тўсқинлик қилувчи кўкрак қафаси мускулларининг гипертонусида. «Суксаметонит-хлорид» дори воситасини қўллаш холинэстеразани пасайтиради, шунинг учун уни заҳарланишни даволашда ишлатишмайди • Ўткир юрак қон-томир етишмовчилигида – кичик молекуляр эритмалар, ГКС (масалан гидрокартизон 250-300 мг.), норэпинефрин, допамин • Психомотор қўзғалишлар ва тутқаноқларнинг олдини олиш мақсадида – магний сульфат (25% - 10,0 мл. эритмаси), хлорпромазин (2.5% - 2-4 мл. эритмаси), диазепам (0.5% - 2-4 мл. эритмаси) • Кучли делирий ва тутқаноқ статусида – наркознинг ингаляцион бўлмаган воситасидан, масалан натрий оксибутерати (40-60 мл. 20% эритмаси) • Нафас бузилишининг ҳар хил турларида пневмониянинг профилактикаси сифатида – антибиотиклар (масалан, бензипенциллин камида 10 млн. ТБ/кунда) • Морфин,

юрак глюкозидлари ва аминофиллин дори воситаларини қўллаш қатъиян ман этилади.

Асоратлари • Захарланишнинг кечки даврларида ўлимга олиб келувчи ҳолатлардан бири ўпкадаги оғир нафас ва микроциркуляция бузилиши натижасида ривожланадиган пневмония • Кечки интоксикацион психозларнинг характери одатда алоголли делирийга (алкоголни кўп истеъмол қилганлар) ўхшайди, унинг кечиши ҳушнинг бузилиши, галлюцинация, гипертермия ва мия шишидаги неврологик белгилар билан намоён бўлади • Полиневритлар – одатда захарланишнинг кечки белгилари сифатида кузатилади.

Прогнози • Захарли модданинг организмга тушганига (карбофос ёки хлорофоснинг ўлимга олиб келадиган миқдори 5,0 г.) ва ўз вақтида тиббий ёрдам кўрсатилишига боғлиқ • ФОБдан захарланган беморларда шок ривожланса ўлим ҳолати 60% ташкил этади.

Қисқартма. ФОБ – фосфор органик бирикма.

ХКК-10 • Т60.0 Фосфор органик бирикмалари ва карбамат инсектициларнинг токсик таъсири.

ЭЛЕКТР ТОКИ БИЛАН ЖАРОҲАТЛАНИШ

Электр токи билан зарарланганда, у организмнинг умумий функционал ҳолатига (электротравма) ва ток куйдирган жойга (электр куйдирган жой) таъсир этади.

Умумий маълумотлар • Электр токидан енгил даражада зарарланиш одатда маиший ва хўжаликда кузатилади. Оғир зарарланиш (ўлим ҳолати билан тугайдиган) электр тармоқларида техника хавфсизлиги бузилганда ёки ҳалокат содир бўлганда, симлар узилганда ёки симёғочлар қулаганда, чакмоқ урганда • Оғирлиги ва келгусидаги оқибати куйидагиларга боғлиқ: ♦ Ток кучи ва характерига ♦ Доимий ток таъсири 50В да ўлим ҳолати кузатилмайди; 220 – 300В да ўлим ҳолати 25%, 1000В да – 50%, 3000В да – 95% гача ♦ Ток таъсири ўзгарувчан бўлса, 220 – 380В 50Гц тўлқинлида анча хавфли ♦ Ўзгарувчан токнинг тўлқини унинг зарарлашига кўпроқ таъсир этади (ўзгарувчан юқори кучланишда [1500 В], ката кучли [2 А] ва юқори тўлқинли [10 000 Гц дан кўп] хавфсиз бўлиб даволаш мақсадида қўлланилади) ♦ Таъсир давомийлиги ♦ Жароҳатланган беморнинг териси қаршилигига ♦ Терининг қалинлигига, намлигига, бутунлигига боғлиқ ♦ Қуруқ тери 80В ток кучи таъсирида шикастланмайди ♦ 500 Вдан юқори кучланиш бўлса тери қаршилиги аҳамиятга эга эмас, чунки тери билан алоқада бўлган жойда электр токи уни тешиб киради ♦ Токни организмда бош ва кўкрак қафаси орқали тарқалиши хавфли (қўл-қўл, чап қўл ёки иккала қўл - оёқ, бош – қўл, бош – оёқлар) ♦ Организмнинг умумий ҳолати (мастлик, ҳолсизлик, жароҳатланган киши ёши) ♦ Ёндош касаликлар, айниқса юрак қон-томир ва нерв тизими ♦ Метеорологик омиллар • Юқори кучланишдаги (1000В дан ошди) электр токи таъсирида юмшоқ тўқималарнинг анчагина (чуқур куйиш ва некроз) зарарланишига олиб келади, паст кучланишдаги электр токи (одатда уйдаги электр токи) баданда куйдиришлар пайдо қилмай, асистолия ва апноэга сабаб бўлиши мумкин • Ўлим ҳолатлари қоринчалар фибрилляцияси, узунчоқ мия ҳаётий

марказлари сўндирилганда ва нафас йўллари мушакларининг тетаник спазми оқибатида келиб чиқади.

Электротравма. Электр токидан зарарланишда клиник манзара турлича бўлиб, белгисизликдан то ўлимгача. Оғир ҳолатларда юрак фаолияти, нафас ва ҳиқилдоқ мушакларининг спазми, тоник тиришишлар, ҳушдан кетиш, терининг зарарланган жойида ранги оқимтирланиши ёки цианоз кузатилади • Ўпкада газ алмашинуви бузилиши, нафас йўллари спазми, ток таъсири узоқ давом этганда ўпка артериялари ёрилади. Кўпчилик ҳолатларда ўпка вентиляцияси иккиламчи бузилади • Юрак қон-томир тизими ♦ Кўкрак қафасидан ўтган ток юрак фаолиятида турли хил ўзгариш чақиради, экстрасистолиядан то қоринчалар фибрилляциясигача ♦ Баъзан томирларнинг тарқалган спазми пайдо бўлади, бу эса ўз навбатида терининг совуқ ва цианозли бўлишига сабаб бўлади. Тананинг периферик ва базал (ректал) ҳарорати орасидаги фарқ 10-12 градусгача боради ♦ МИ электротравмадан сўнг ҳам, кечки даврда ҳам ривожланиши мумкин. Шунинг учун беморларни узоқ вақт давомида мониторинг кузатиш керак • МНТ ♦ Ҳуш бузилиши 80% кузатилади ♦ Агар электр токи бошга таъсир этса, қон – томир ва нафас марказлари фаолияти сустлашади. Бундай ҳолатларга летаргия ёки сохта ўлим кузатилади • Олигоурия ва ацидоз • Кўндаланг миелит ва кечки катаракта бўлиши мумкин.

Электрокуйишда зарарланган соҳа кўринишига нисбатан чуқур ва оғирроқ зарарланади.

- Мушак ва юмшоқ тўқималарни зарарланиши. Электр токи иссиқлик энергиясига айланиб тананинг кам қаршилиқ қилувчи қисмларидан (масалан қон томир тизими, нерв толалари) ўтади, суякларга ёпишган мушаклар кўпроқ травма олади, чунки улар катта қаршилиқ кўрсатиб қизиқ кетади ♦ Электрокуйишда кўпроқ жароҳатланган ўчоқни баҳолашда мушаклар зарарланишини етарли даражада ҳисобга олишмайди (даволашда инфузия термик куйишдагидан 50% кўп бўлиши керак) ♦ Тўқиманинг қорамтир шиши характерли ♦ Эрта санация, некротомия ва фациотомияларни бажариш керак ♦ Юмшоқ тўқималарнинг зарарланиши юқори кучланишдаги электр токида [1000 В]; уй шароитидаги [220-380В] электротравмада асистолия ва апноэ кузатилади.

- Куйган соҳа, электр токи кирган ва чиққан жойлар бўлади. Бош, оёқ кафти чот оралиғи, товон кўрикдан ўтказилади.

Шошилич даволаш • Электр токи таъсирини тўхтатиш • Клиник ўлимда – реанимацион ёрдам.

ДАВОЛАШ • Умумий даволаш ♦ Шокка қарши ва оксигенотерапия ♦ Кўзгалувчанликда: седатив препаратлар ♦ Диурез 100мл/соатдан кам бўлмаган даражада сақлаб турилади (катталарда). Диурезни сақлаш ва миоглобинурия бўлганда – маннитол ♦ Ацидоз кузатилса натрий гидрокарбонат ҳар 30 минутда в/и 50 мЭкв.дан ♦ Қоқшолни тезкор профилактикаси ♦ Антибиотиклар билан даволаш ♦ Симптоматик даволаш • Маҳаллий даволаш ♦ Асептик боғлам ♦ Футлярли ёки вагосимпатик новокаинли блокада ♦ Некротомия ёки фасциотомия, кўп куйишларда – босқичма-босқич некротомия.

ХКК – 10 • Т75.4 Электр токи таъсири.

НАФАС ЙЎЛЛАРИДАГИ ЁТ ЖИСМ

Нафас йўлларидаги ёт жисм – болаларда энг кўп учрайди. Болаларда учраш сони 80 – 97%, 5 ёшдан катталарда 60 – 93%. Ёт жисм ҳалқумда 13%, трахеяда 22%, бронхларда 65%. Ёт жисмлар кўпроқ ўнг бронхга тикилади (57-67 %). Ёт жисмлар ичида кўпроқ келиб чиқиши ўсимликлардан бўлгани тикилади (70-80% ходисалар).

Патоморфологияси. Шилиқ қават зарарланиши (баъзан аъзонинг чуқур қисмигача), шиш, инфекция. Узоқ вақт давом этса ётоқ ёки чандиқ пайдо бўлади.

КЛИНИК МАНЗАРАСИ

- Ҳалқумдаги ёт жисм – ўткир бошланади, инспиратор хансираш, яққол стридор нафас, цианоз, хуружсимон коклюшсифат йўтал, ўткир учли ёт жисм бўлса кўпинча қон тупуриш ва қон келиши учрайди.

- Трахеяда ёт жисм – ўткир бошланади, йўтал билан кечади, тўш орқасида ўтмас оғрик, стридор нафас, ёт жисм тезкор сурилиш пайтида қарсак белгиси характерли.

- Бронхларда ёт жисм ♦ Ўткир респиратор бузилишлар босқичи (юқори нафас йулида ёт жисм бўлиши). Ўткир хуружсимон йўтал, цианоз ва бўғилиш ♦ Яширин кечиши (ёт жисмнинг периферик бронхларда бўлиши). Давомийлиги бир неча соатдан 10 кунгача ♦ Асоратлар босқичи: ♦ Эрта асоратлар: қон кетиши, ателектазлар, ўткир пневмония, бактериал ўпка деструкцияси, кукс оралиғининг зўрайиб боровчи эмфиземаси, пиопневмоторакс, перитонит ♦ Кечки асоратлар бронхостенозлар ва бронхоэктаз.

Махсус текширувлар • Ҳалқум ёки кўкрак қафасини рентгенографиясида – рентген контраст ёт жисмни, шунингдек ателектаз ва эмфиземани аниқлаш • Тўғридан-тўғри ларингоскопия, трахеоскопия, бронхоскопияларнинг бирини қўллаш, ёт жисмнинг жойлашган жойига қараб.

Дифференциал диагностикаси. Трахея бифуркациясида жойлашган ёт жисмларни ўпка ателектази билан.

ДАВОЛАШ • Тўғри ларингоскоп усули билан ҳалқумдаги ёт жисмни олиб ташлаш

- Ёт жисм трахеяда бўлса – трахеоскопия ёрдамида олиб ташланади. Иложи бўлмаган ҳолатларда бола бошини пастга қилиб килаш лозим. Фавқулотда ҳолатларда болани бошини пастга қаратиб китиш • Ёт жисм бронхларда – бронхоскопия ёрдамида, иложи бўлмаганда тезкор шифохонага ётқизиблиб, бронхотомия ёки торакотомия муолажаси бажарилади.

ХКК – 10 • Т17 Нафас йўлларидаги ёт жисм.

ҚИЗИЛЎНГАЧДАГИ ЁТ ЖИСМ

Қизилўнгандаги ёт жисм (ҚЁЖ) жуда кўп учрайди • ҚЁЖ сабаблари ♦ Тасодифий (билмаган ҳолда жисмни ютиб юбориш) ♦ Психик касалликларда билган ҳолда жисмни ютиш • ҚЁЖ тикилиш жойи даражаси ♦ Ўткир ёт жисмлар қизилўнганч юқори қисмида тикилиб қолиши ♦ Йирик ўтмас жисмлар – физиологик тораймаларда туриб қолиши • ҚЁЖ туриб қолиш сабаблари ♦ Қизилўнганч мушаклари шиллиқ қавати ҚЁЖ таъсирланишидан пайдо бўладиган спазми ♦

Қизилўнғач девори патологик ўзгаришлари, ўсма, структуралар ва дивертикуллар • Қизилўнғач шикастланиш даражалари ♦ Ўткир ёт жисмлар таъсири натижасида эрта перфорация ♦ Некроз, чандикланиш ва кечки перфорация, ўтмас бурчакли катта ёт жисмлар тикилиши оқибатида.

Клиник манзараси • Қўрқув • ҚЁЖнинг ҳалқум ёки уйқу артерияси чуқурчасида жойлашганда ютиш натижасида пайдо бўладиган оғриқлар • Шиллиқ қават яллиғланиши оқибатидаги шиш ва қизилўнғачнинг спазмидан пайдо бўладиган дисфагия • Регургитация, қизилўнғачнинг тўлиқ бекилишигача.

Диагностикаси • Кўп қиррали рентген текширувида ҚЁЖ топилиши • ФГДС нафақат ҚЁЖ топиш учун балки уни олиб ташлаш учун қўлланилади.

Даволаш • Консерватив: ҚЁЖни қаттиқ эзофагоскоп ёрдамида олиб ташлаш • Жарроҳлик: эзофаготомия, ҚЁЖ олиб ташлаш, қизилўнғач деворини тикиш.

Асоратлари • Ҳар хил даражадаги томирлар ёрилиши натижасида қон кетиш • Травматик эзофагит, перфорация ва томирлар ёрилиши.

Қисқартма. ҚЁЖ – қизилўнғачдаги ёт жисм.

ХКК-10 • Т18.1 Қизилўнғачдаги ёт жисм.

ГИПЕРВЕНТИЛЯЦИЯ

УМУМИЙ ҲОЛАТ

- Рухий бўлмаган гипервентиляциянинг сабабларини ўз вақтида аниқлаш ва даволаш, қарияларда муҳимроқ.

- Кўкрак қафасига ёки неврологик статусга сабаб бўлаётган психоген гипервентиляцияни ёмон оқибатли эмаслигини беморларга тушунтириш.

- Гипервентиляция бу – альвеоляр вентиляция ошиши, рСО₂ артериал қонда камайиши вазоконструкция, бунинг натижасида неврологик ва бошқа ўзгаришлар пайдо бўлиши.

- Амалиётда гипервентиляция синдроми психоген гипервентиляция деб юритилиб, кўпинча беморларда ваҳима ҳиссини уйғотади. Бироқ гипервентиляция кўпчилик соматик касалликларнинг бир белгиси сифатида намоён бўлиши мумкин.

ПАТОФИЗИОЛОГИЯСИ

- Ўпка сабаблари

- Пневмония.
- Пневмоторакс.
- ЎАТЭ.
- БА ва ЎСОК.
- Ўпка фибрози.

- Бошқа сабаблар:

- Психик бузилишлар, ваҳимага тушиш.
- Нафас олишни кучайтирувчи қилувчи препаратлар: β- адреномиметиклар, ацетилсалицилат кислота.
- Юрак етишмовчилиги.
- Метаболик ацидоз.

- Жигар етишмовчилиги.
- Неврологик касалликлар (мия устунни ўсмалари).

КЛИНИК МАНЗАРАСИ

- Кўкрак қафасида оғрик.
- Кўкрак қафаси чап томонида пайдо бўладиган оғриқлар.
- Тож артерияси спазми ёки стенокардия хуружи оқибатида ЭКГдаги S-T сегменти ва T тиш ўзгариши билан кечадиган гипервентиляция.
- Тахикардия.
- Неврологик белгилар.
- Обмороклар, бош айланиши.
- Ҳолсизлик.
- Парестезиялар.
- Ҳаракат бузилишлари.
- Дикқатни тўплай олмаслик; хотира бузилишлари.
- Тетания.
- Психик ўзгаришлар
- Хавотирланиш, ваҳима хуружлари.
- Галлюцинация.
- Эйфория, деперсонализация.

ПСИХОГЕН ГИПЕРВЕНТИЯЦИЯ ДИАГНОСТИКАСИ

- Ҳаёт ва касаллик тўғрисидаги анамнез
- Хуруж маҳал қонда газлар таркиби
- артериал қонда рСО₂ тушган, рО₂ меъёрда ёки ошган.
- Гипервентиляция синамаси.
- Сунъий равишда гипервентиляция аломатлари оширилса, унда бу ҳолат психоген эканлигини тасдиқлайди ва беморга енгиллик туғдиради.

ДАВОЛАШ

- Гипервентиляция сабабини йўқотиш.
- Психик таъсирни бартараф этиш.
- Кўпинча беморларни тинчлантириш яхши самара беради.
- Кучайтирувчи омилни топиш ва хуружни бартараф этиш режасини тузиш (нафас олиш ва чиқариш жараёнини кузатиш).
- Ваҳима ҳолатларини даволаш.

РЕАКТИВ ПСИХОЗ

Реактив психоз - руҳий ўзгариш бўлиб, психик ва ижтимоий стресслар натижасида юзага келади ва бошқа психозларга ўхшаш ҳолат бўлса ҳам, лекин унинг лабиллиги ва аффективлиги тўлиқроқдир.

Этиологияси: руҳий жароҳатловчи ҳолатлар, бир хил маданий шароитдаги ўхшаш ҳодисаларда барча одамларга яққол стрессли таъсир кўрсатади.

Классификацияси ва клиник манзараси. Ҳамма реактив психозларга қуйидаги учлик хосдир: психотравматик ҳолат бирга келиши, унинг психоз клиник

кўринишида юзага келиши, ҳамда унинг таъсири тўхтагандан сўнг бемор соғайиши. Қуйидаги реактив психоз турлари мавжуд:

- Гипокинетик аффектив – психоген шокли реакция (психоген шок) – психомотор тормозланишни тўсатдан юзага келиши, баъзан ҳаракатсизлик кўринишигача бўлиши (аффектив ступор).
- Гиперкинетик аффектив – психоген шокли реакция (психоген шок, ҳалокат реакцияси) хавотир ва кўрқинч натижасида юзага келадиган ўткир психомотор кўзғалиш. Бемор ҳолати мақсадсиз, ҳаракатлар беҳуда ва хаотик. Беморлар кўрқинчдан қаёққадир югуради, баъзан хавфга дуч келиши мумкин (фугиформли реакция).
- Истерик психозлар
 - ◆ Онгни истерик хиралашуви – аффектив онг торайиши асосида юзага келадиган хавотир, эмоционал нотурғунлик (кулги бирдан йиғи билан алмашиниши), баъзан кўриш галлюцинациялари, псевдодеменция ўзгаришлар билан кечиши мумкин. Ганзер синдроми – бузилишни вариантларидан бири
 - ◆ Псевдодеменция (Вернике псевдодеменцияси – психик фаолият регрессияси, ақли заифлик). Беморлар нотурғунлик ҳолатида энг оддий саволларга ахлоқона жавоб бериши, оддий топшириқларни қўпол хатолар билан, масалан: қўлини ўрнига оёғини кўрсатади, лекин уларнинг жавоблари қўйилган мавзуга ҳар доим тўғри келади (масалан: оқ рангни қора, ёзни қиш) бажариши. Ёзиш ва гапиришда ҳам ўзгаришлар – аграматизмлар, ёзувда ҳарфларни, сўзларини қолдириб кетишлар, унинг текис эмаслиги. Юзини қиёфаси – ўзига ишончсизлик, маъносиз кулгу
 - ◆ Пуэрилизм – катта одамни гапиришида ва ўзини тутишида болаларга монанд хусусиятлар намоён бўлиши. Беморлар болаларга хос интонация билан гапириши ҳаммага «сан»сираши «амаки», «холажон» деб чақириш, болалар ўйини билан ўйнаш, кўпинча инжиқланиши, лабини бужмайтириши, хафагарчилик билан йиғлаши
 - ◆ Алахсирашга ўхшаш фантазиялар синдроми – алахсирашга ўхшаш фикрлар ғояси, бойлик ўйлаб топиш аффекти – хавотирлик асосида шахсни психотравматик ҳолатларини чиқариш
 - ◆ Ёввойилашиш
 - ◆ Истерик, психик, эмоционал, псевдокататоник ступор – яққол психомотор торайиш мутизм билан кузатилади. Мимикасида азобланиш, жаҳлланиш
- Реактив ўткир депрессив ҳолат. Кайфият бўлмаслиги, хавотирланиш. Ушбу ҳолатлар чуқурлашганда галлюцинацияли суицидал ҳолатлар кузатилади
- Реактив параноид
- ◆ Реактив алахсираш психози асосан кўрқувдан хавотирдан кейин ташқи психотравматик таъсрлардан кейин юзага келади
- ◆ Кўпинча суд тергов амалиётида учрайди.

ДИФФЕРЕНЦИАЛ ДИАГНОСТИКАСИ

- Наркотик моддалар билан интоксикация ва уларни бекор қилиш синдроми
- Шизофрения
- Кайфият бузилиши
- Алахсирашли бузилишлар.

ДАВОЛАШ

- Психомотор кўзғалишда – левомепромозин ёки хлорпромозин 100 – 300 мг/кунда, бромдигидрохлорфенилбензодиазепин 1,5 – 3 мг/кунда
- Реактив депрессияда – антидепрессантлар (масалан, амитриптилин 150 – 300 мг/кунда, имипрамин 150 – 300 мг/кунда, сертралин 50 - 100 мг/кунда эрталаб бир маротаба), транквилизаторлар (масалан, диазепам 5 – 15 мг/кунда, бромдигидрохлорфенилбензодиазепин 1-3 мг/ кунда, медазепам 20-40 мг/кунда)
- Реактив параноидларда нейролептиклар (масалан, галоперидол 5 – 15 мг/кунда,

трифлуоперазин 5 – 15 мг/кунда) • Истерик психозларда – транквилизаторлар (масалан, диазепам 5 – 15 мг/кунда, бромдигидрохлорфенилбензодиазепин 1 – 3 мг/кунда, медазепам 20 – 40 мг/кунда), нейролептиklar (масалан, тиоридазин, перициазин 40 – 60 мг./кунда). • Истерик ступорларда – психостимуляторлар (масалан, мезокарб 30 – 40 мг/кунда).

ПРОГНОЗИ ВА КЕЧИШИ. Одатда психоз психотравмадан бир неча соат ўтгач ривожланади. Психоз – бир неча соатдан бир неча ойгача давом этиши мумкин. Монанд даволашда прогнози яхши. Касалликнинг ижобий натижа билан тугашига: белгиларнинг лабиллиги, беморнинг ижобий преморбид ҳолати, оилада шизофрения ҳолатларининг кузатилмаганлиги ва белгиларнинг узоқ эмаслиги таъсир кўрсатади (бир неча соатдан бир неча кунгача).

Синонимлари • Қисқа муддатли психотик бузилиш • Психоген психоз.

ХКК-10 • F23 Ўткир ва ўтиб кетувчи психотик бузилишлар.

ШИЗОФРЕНИЯ

Шизофрения – хуружли ҳамда узлуксиз кечадиган рухий касаллик бўлиб, кўпроқ ёшлик даврда бошланади ва шахснинг аутизация, ноаниқ ҳаракатлар, тафаккур ва эмоционал бузилишлари билан характерланади.

Учраши – аҳолини 0,5%, психиатрик шифохонадаги беморларнинг 50% ташкил этади.

Генетик аспектлари: Шизофренияни келтириб чиқариши мумкин бўлган исботланган ёки исботланмаган бир неча локуслар бор • (SCZD1, 181510, 5q11.2-q13,3 • Амилоид βA4 оқ ўтмишдоши, AAA, CVAP, AD1, 104760, 21q 21.3 - q22.05 • DRD3, 126451, 3q13.3; SCZD3, 600511, 6p23, SCZD4, 600850, 22q11 - q13; EMX2, 600035, 10q26.1.)

КЛИНИК МАНЗАРАСИ

Шизофрения клиникаси полиморфдир. Белги ва синдромларни ҳар хил қўшилиб келиши кузатилади.

Салбий белгилари: психиатрияда «салбий» деганда соғлом одамга нисбатан маълум бир хусусиятларни йўқлиги тушунилади, яъни психик фаолиятнинг йўқолиши йўқолиши ёки бузуқулашиши (масалан: эмоционал реакцияларни камбағаллашиши). Диагноз қўйишда қуйидагилар ҳал қилувчи салбий белгилар ҳисобланади:

- Фикрлашнинг бузилиши. Шизофрения билан касалланган беморларда кам ҳолларда фикр бузилишининг бир тури, аксарият ҳар хил турдаги ўзгаришлар учрайди ♦ Режаларенинг турли хил бўлиши. Зарурияти кам нарсалар уларга зарурдек, зарур нарсалар ёки умумий ҳолатлар уларга зарурмасдек туюлади. Гапириши аниқ эмас, сузувчан кўринади ♦ Гапларни грамматик қатори сақланган ҳолда бир – бири билан боғланиши йўқолган. Сўзлаш ўз коммуникацион хусусиятини йўқотиб одамларни бир – бири билан гаплашиш воситаси вазифасини йўқотади. Гаплар ўз ташқи тузилишини сақлаб қолиши мумкин. Онгли жараёнларни бехосдан ассоциациали томонга ўзгариши, рамзли фикрлашга мойиллик. Бир мавзудан иккинчи мавзуга тушунарсиз тўсатдан ўтиб кетиш. Гапларни онгли тушунчаси йўқ. Узилган фикрлашни яққол бузилишларида умуман

бир-бири билан боғлиқ бўлмаган сўзларни гапириш ♦ *Sperrung* (фикрлаш димланиши) – фикрлашни бирданига бехосдан узилиб қолиши ва фикрлаш жараёнини кечикиши, гапни учини йўқотиб қуйиши кузатилади. Бемор ўз фикрини гапиришни бошлайди ва тўсатдан гап ўртасида тўхтаб қолади ♦ Резонерлик - камбағал, бўш, маъносиз фикрлаш ♦ Неологизмлар – янги гаплар, бемор томонидан ихтиро қилиниши ва улар турли комбинация кўринишида бўлиб бу сўзлар фақат унинг ўзи учун тушунарлидир. Масалан: неологизм «табушка» табуретка ва шкаф сўзларидан олингандир. Бу сўзлар эшитувчига тартибсиз гаплардек туюлади, лекин айтувчи зарур пайтда керакли сўзларни топа олмаслиги натижасида келиб чиқади.

- Эмоционал бузилишлар ♦ Шизофренияда эмоционал бузилишлар унга бўлган реакцияларни сўниши ва эмоционал совуқлик кўринишида намоён бўлади. Беморлар эмоционал ҳис-туйғуларини сезмаганликлари ва ҳиссиз бўлганликлари туфайли ўз яқинлари ва атрофдагилардан узоқлашиб қоладилар. Беморлар ўз ҳиссиётларини намоён этишга кучсиз. Бу эса улар билан мулоқотни сусайтиради ва беморлар янада тунд бўлиб қолиши мумкин. Шизофренияни охириги босқичларида кучли эмоциялар йўқолади, агар улар намоён бўлса диагноз тўғри қўйилганлигини аниқлаш керак. Эмоционал совуқлик энг кўп ота-онага нисбатан намоён бўлади (одатда ота-она фарзандига ғамхўрлик кўрсатганда унинг аксини кўриши мумкин). Касаллик ривожланган сари эмоционал атрофия кўзга яққолроқ ташланади: бемор атроф-муҳитга бефарқ, совуқ бўлиб қолади ♦ Аммо шизофрения билан оғриган беморлар ҳиссиз кўринса ҳам ушбу ҳолатдан эҳтиёт бўлиш керак. Улар ҳам мусбат ҳам манфий эмоцияларни сезишади. Фақат ушбу сезги соғлом одамларга нисбатан кучсизроқ бўлиши мумкин. Баъзи бир шизофрениклар кўринишидан ҳеч қандай эмоционал ҳиссиз кўрингани билан, лекин ҳар-хил ҳиссиётларга тўла бўлиб уларни намоён қилолмай қийналишади ♦ Амбивалентлик бир вақтда ўша бир одамга ва объектга нисбатан (эмоционал фикрлаш ва ҳаракатда) иккиланиш. У ёки бу ҳаракатларни охирига етказмаслик ёки ҳал қила олмаслик.

- Ирода бузилишлари. Эмоционал бузилишлар билан бирга фаоллик пасайиши, апатия, ҳолсизлик ва қувват етишмаслик. Бу кўринишни бир неча йиллардан бери шизофрения билан хасталанган беморларда кўриш мумкин. Чуқур сезги бузилишлари, фикрсизлик, атроф-муҳитдан, дунёдан узилиб қолиш. Бемор ўзининг, аммо ҳақиқий ҳаётдан йироқ дунёсини хоҳлайди (аутизм). Беморлар жамоат ишларидан йироқ, пассив, жавобсиз, кўпинча эмоционал ва сезги бузилишлари бир-бири билан боғлиқ. Уларни бир сўз билан «эмоционал-сезги бузилишлари» дейилади. Ҳар бир беморда эмоционал ва сезги бузилишлари клиникасини намоён бўлиши ўзгача эмоционал –сезги бузилишларини кучайиши касаллик зўрайишига боғлиқ.

- Шахс ўзгариши – салбий белгилар зўрайишининг оқибати: бемор ҳаракати, ўзини тутиши ўзгариши ва эмоционал совуқлиги парадоксаллиги билан намоён бўлади.

Позитив (психик) кўринишлари. Психиатриядаги «позитив» (продуктив) иборасида соғлом одамларга хос бўлмаган психик ҳолатлар (галлюцинация, васваса) тушунчаси тушунилади. Позитив белгилар фақат шизофренияга хос эмас,

чунки улар бошқа рухий ҳолатларда ҳам (масалан: органик психозлар, чакка эпилепсиялар) учрайди. Беморда позитив белгиларнинг намоён бўлиши касалликни авж олганлигидан дарак беради.

- Галлюцинатор - параноид синдром – кўпинча орқадан юриш, рухий автоматизм ёки вербал галлюцинациялар билан намоён бўлувчи кам тизимланган васваса ғоясининг кетма-кетлигидир ✦ Бемор ҳаёлидаги нарсалар объектив ҳаётда бор ва реалдек туюлади. У ҳақиқатдан ҳам кўради, эшитади ва сезади лекин онгли равишда эмас. Беморлар учун субъектив сезиш – объектив дунёдагидек ростдир ✦ Унинг ўзини тутиши ҳамда галлюцинациялари ташқаридан кузатган одамга ғайритабиий кўринсада, лекин ўзи учун оддий ва аниқдек туюлади ✦ Васваса ва галлюцинациялар шизофренияда энг кенг тарқалган асосий белгилардан бири бўлса ҳам, лекин унинг диагностикасида биргина ушбу белги етарли эмас. Аксарият шизофренияга чалинган беморлада белгилар хилма –хиллиги хос бўлиб, булар фикрлашни, эмоционал – сезгининг бузилиши, галлюцинациялар ва васвасалардир. Аммо васваса ва галлюцинациялар фақат шизофренияда эмас балки бошқа касалликларда ҳам учрайди.

- Психик автоматизм синдроми (Кандинский-Клерамбо синдроми). Шизофренияга хос бўлган галлюцианар-параноид синдромнинг бир кўринишидир. Синдромнинг мазмуни – руҳиятидаги бузилишларнинг куч ишлатилганлиги натижасида пайдо бўлганлиги тўғрисидаги хиссиёт ✦ Ўзини «мен» лигини психик жараёнларда (онгида, эмоцияда, организм физиологик функциясида, бажараётган ҳаракатларида) йўқолиши, ноюя ҳаракат қилишдан, бажаришдан кўрқиш. Очқилик белгиси, фикрлашини олиб қўйиш ва ментизм (бехосдан фикрлар ёғилиши) ✦ Псевдогаллюцинациялар (реал бўлмаган образлар ва сезгиларни хо бўлиши). Галлюцинациядан беморларда объектив реал образлар йўқлиги билан фарқланади ✦ Психик автоматизм синдроми асосида тизимлаштирилган васвасадан таъсирланиш ётади. Беморлар ўзларига бўйсўнмайдилар – гўё ўз орқаларидан юрадиганлар кўлида ўйинчок, илмий текшириш институтлари, агентлар қарамоғидадирлар.

- Парафрен синдроми – экспонсив ва орқадан қувлаш васвасасини, эшитув галлюцинациялари ва психик автоматизмларни бирга келиши. Бу ҳолатда бемор орқадан қувлаш билан бирга ўзини дунёвий улуғ, ҳукмдор, худолар худоси ёки она замин ҳукмдори деб кўрсатиши: она заминни жаннатга айлантиришга сўз бериши, она табиат қонунларини, об – ҳаво шароитини ўзгартиришини айтиши. Васвасали фикр билдиришлар маъносиз ва гувоҳликсиз. Бемор ҳар доим бирон – бир ғайриоддий воқеалар марказида бўлади. Психик автоматизмнинг ҳар хил кўринишлари вербал галлюцинацияларда ифодаланади. Аффектив бузилишлар кайфият кўтарилиши у эса манякал ҳолатгача ифодаланиши мумкин. Парафрен синдром мавжудлиги шизофрения бошланганлигига кўп бўлганлигидан далолат беради.

- Капгр синдроми (одамлар ўз ташқи қиёфасини қандайдир мақсад учун ўзгартиради деган васвасали тушунча).

- Кататоник синдром ✦ Кататоник ступор мушаклар тонусини ошиши, каталепсия (бир жойда кўп вақт қотиб қолиш), негативизм (сабабсиз ҳамма нарсага рад

жавобини бериш), мутизм (гапиришни билган ҳолда гапирмаслик), совуқлик, ноўрин ҳолат, ҳўл тўшак, чанқаш, очлик, хавфга бепарқлик (масалан: шифохонадаги ёнғин). Беморлар қотиб қолган ҳолда мушаклар тонуси ошиб туради. Кататоник ступордан қўзғалиш ёки аксинча ҳолат кузатилиши мумкин ♦ Кататоник қўзғалиш. Ўткир бошланиш, мақсадсизлик, ҳаракатлар импульсивлиги, маъносиз гаплар, экзальтация агрессиялари хосдир.

- Гебефреник синдром – ахмоқона кўримсиз қилиқлар, ҳаракатлар, майдагаплик, парадоксал эмоция. Кататоник синдромлар ва галлюцинатор –параноидлар билан кечиши мумкин.

- Деперсонализация – дереализация синдроми ўз шахсияти бузилиши, атроф-муҳит тушунтириб бўлмайдиган даражада ўзгаришини билиб хавотирга тушиши.

Шизофренияда депрессия

Депрессив белгилар хуржда ва ремиссияда ҳам учрайди. Депрессия бу – шизофрениядаги суицидал ҳаракатнинг асосий сабабларидан биридир. Маълумотлар кўрсатишича 50% беморларда суицидал ўринишлар кузатилган, улардан 15% ўлим билан тугаган. Аксарият ҳолларда шизофрениядаги депрессия учта омил билан боғлиқ.

- Депрессив белгилар шизофрения жараёнининг таркибига (масалан: клиник кўринишда депрессив параноид синдром устунлиги) кириши.

- Депрессия бемор ўзини касаллигини тушуниши ёки ижтимоий муаммоларга дуч келиши натижасида (дўстларини камайиши, ўз яқинларини тушунмаслиги, «псих» деган таҳаллус қўйиш) ҳам келиб чиқиши. Бунда оғир касалликка нисбатан бемор томонидан меъёр реакция.

- Депрессия кўпинча нейрорептикларнинг ножўя таъсири натижасида ҳам келиб чиқиши мумкин.

КЛАССИФИКАЦИЯСИ

Шизофрениани клиник турлари буйича классификациясида у ёки бу синдромлар устунлигига асосланган. Бу бўлиниш натижасида беморларни у ёки бу турга ўтказиш мумкин. Шизофренияга чалинган беморда касаллик клиникасини ўзгартириши хосдир. Масалан: бир – неча йил кататоник шаклли билан хасталанган беморда гебефреник белгилар кузатилиши мумкин.

ШИЗОФРЕНИЯ ТУРЛАРИ

- **Оддий шизофрения** – негатив белгиларни психик лавҳаларсиз кечиши. Унда ҳаёт учун олдинги қизиқишлар йўқолиши, мақсадсиз ҳаракатлар, реал воқеалардан узилиш кузатилиши. Касаллик секинлик билан авжланади, салбий кўриниши чуқурлашиб боради: активлик, эмоционаллик пасайиши, гап – сўзлар камбағаллиги ва бошқа алоқа усулларини (имо-ишора, кўз билан алоқа) камайиши. Ўқишда ва ишда самарадорликни пасайиши ёки йўқолиши. Галлюцинация ва васвасани йўқлиги ёки жуда кам намоён бўлиши.

- **Параноид тури** – кўп учрайди. Клиникаси психик автоматизм ва галлюцинатор – параноид синдром устунлиги билан кечади. Бошланишида васваса тизимлашган бўлиб узилиб, кейинчалик эса фантастик тус ола бошлайди. Касаллик ривожланиши билан салбий белгилар кўпайиб, эмоционал – сезиш етишмовчилиги кўринишини олиши мумкин.

- **Гебефреник тури** – гебефрен синдроми устунлиги билан кечиши. Оддий шизофрениядан фарқли ўлароқ бунда беморларда юқори кўзгалувчанлик, ахмоқлик, кайфиятни нотурғунлиги кузатилади. Улар кўп гапиришга мойил, фикрлашиши камбағал ва бир хил, галлюцинация ҳамда васваса узилувчан, ўзини ахмоқлиги билан хайрон қолдиради.

- **Катотоник тури** – клиник катотоник синдром устунлиги хос. Бу турда катотоник ступор ёки кўзгалувчанлик кўриниши намоён бўлади. Бу икки ҳолат бир – бири билан алмашилиб келиши мумкин.

КЕЧИШИ ВА КЕЧИШ ТУРЛАРИ

Шизофрениянинг узлуксиз ва хуружли-прогредиентли кечиш турлари мавжуд.

- Узлуксиз тури даволаш натижасида яққол ремиссияларнинг бўлмаслиги ва салбий белгиларнинг тўхтовсиз ривожланиб бориши билан характерланади.

- Хуружли-прогредиентли тури касаллик хуружлари орасида шизофрениянинг салбий белгилари ривожланиб бориши манзарасида тўлиқ ремиссияларнинг кузатилиши билан характерланади.

Текширув усуллари Шизофренияга диагноз қўйиш учун самарали текшириш усуллари мавжуд эмас. Барча текширишлар касалликни келтириб чиқаришни эҳтимоли бўлган органик ўзгаришларни аниқлашга қаратилган

- Лаборатор текширув усуллари:
 - ◆ Қоннинг ва сийдикнинг умумий анализи
 - ◆ Қоннинг биохимик анализи
 - ◆ Қалқонсимон без фаолиятини текшириш
 - ◆ Қон таркибидаги витамин В12 ва фолат кислотасини текшириш
 - ◆ Қон таркибидаги оғир металллар ва психоактив моддалар ҳамда алкогольни текшириш
- Махсус усуллар
 - ◆ КТ ва МРТ: мия ичи босими ва ўсмасини инкор қилиш учун
 - ◆ ЭЭГ: чакка эпилепсиясини инкор қилиш учун
- Психологик усуллар (шахсият тўғрисидаги сўровномалар, синамалар [масалан, Роршах, ММРІ синамалари]).

ДИФФЕРЕНЦИАЛ ДИАГНОСТИКАСИ

- Соматик ва неврологик касалликлар асосида кузатиладиган психологик ўзгаришлар. Шизофрения белгилари кўпчилик неврологик ва соматик касалликларда ҳам кузатилади. Бу касалликларда психик ўзгаришлар одатда касаллик бошланишида пайдо бўлиб, бошқа белгилардан олдин аниқланади. Неврологик ўзгаришлари бўлган беморлар, шизофренияларга чалинганларга нисбатан, психик касаллик белгиларининг пайдо бўлишидан кўпроқ безовта бўладилар ва ўз соғлиқларига танқидий ёндошадилар. Рухий ўзгаришлари бўлган беморларни текширишда, айниқса ғайриоддий ва кам учровчи белгилар кузатилганида, доимо органик этиологик омилларни истисно қилиш керак. Узок вақт ремиссия даври кузатилган ёки белгиларнинг сифати ўзгарган шизофренияга учраган беморда органик касалликлар ҳам ёндош келиши мумкинлигини доимо эсда сақлаш лозим.

- Симуляция. Бемор «иккиламчи фойда» (симуляция) мақсадида шизофрения белгиларини уйлаб топган бўлиши ҳам мумкин. Касалликка диагноз қуйиш кўп ҳолатларда беморнинг ўз фикрини баён қилишига асосланганлиги сабабли уни симуляция қилиш эҳтимоли мавжуд. Шизофрениядан азоб чекувчи беморлар ҳам баъзида қўшимча имтиёзлар олиш (масалан 3-гурух ногиронлигидан 2-гурухга

ўтиш) мақсадида гўёки уларни безовта қилаётган белгилар бордек ёлғон шикоятларни айтадилар.

- Кайфиятнинг бузилиши. Психотик белгилар маниакал ҳолатда ҳам, депрессив ҳолатда ҳам кузатилади. Агар кайфиятнинг бузилиши галлюцинация ва алаҳсираш билан кечса, улардан олдин унинг патологик бузилиши кузатилади, ҳамда улар барқарор бўлмайди.
- Шизоаффеktiv ўзгаришлар. Баъзи бир беморларда кайфиятнинг бузилиши ва шизофрения белгилари бир хил даражада ва бир вақтда бошланади, шунинг учун қайси ўзгариш бирламчи – шизофрениями ёки кайфият бузилишими, аниқлаш жуда мураккаб. Бундай ҳолатларда шизоаффеktiv ўзгариш диагнози кўйилади.
- Сурункали алаҳсираш билан кечувчи ўзгаришлар. Доимий, ғайриоддий, маънога эга бўлмаган ва 6 ойдан кўп вақтга чўзилган, лекин галлюцинацияларсиз, кайфиятнинг бузилишисиз, негатив белгиларсиз, шахснинг меъёрда, нисбатан юқори фаолият кўрсатиши билан ифодаланган алаҳсирашида – алаҳсираш билан кечувчи ўзгаришлар диагнози кўйилиши лозим.
- Шахснинг ўзгариши. Шахснинг ўзгариши шизофренияга хос белгилар билан кўшилиб кетиши мумкин. У–ҳулқни таъминловчи турғун хусусиятлар бўлиб, уларнинг вужудга келган вақтини аниқлаш шизофрения бошланиши вақтига нисбатан қийинроқдир. Одатда психотик белгилар кузатилмайди, бўлган тақдирда ҳам ўтиб кетувчи ёки ифодаланмаган.
- Реактив психоз (қисқа муддатли психотик ўзгаришлар). Белгилар 1 ойдан кам сақланади ва аниқ ифодаланган стресс ҳолатидан сўнг вужудга келади.

ДАВОЛАШ

Фақат нейрорептиклар билан даволаш натижаларига нисбатан ижтимоий – психологик қўллаб-қувватлаш ва дори-дармонлар билан даволаш биргаликда ўтказилганда авж олишлар 25-30%га камаёди. Шизофренияда психотерапия самарасиз бўлганлиги учун ундан кам фойдаланилади. Беморга касаллик тушунтирилади, тинчлантирилади ва унинг муаммолари ҳақида гаплашилади. У касаллик ва даволашга мос ёндошишга, яқинлашаётган хуруж белгиларини ўз вақтида англаб олишга ўргатилади. Қариндошларнинг бемор касаллигига ҳаддан ташқари ҳис-ҳаёжон билан аҳамият бериши оилада тез-тез стресс ҳолатларини вужудга келтиради ва унинг авж олишига олиб келади. Шунинг учун бемор қариндошларига касалликнинг хусусиятлари, даволаш усуллари ва ножўя таъсирлар ҳақида (нейрорептикларнинг ножўя таъсири кўпинча қариндошларни кўрқитади) тушунтириш керак.

ДОРИЛАР БИЛАН ДАВОЛАШНИНГ АСОСИЙ ТАМОЙИЛЛАРИ

- Дорилар, уларнинг дозаси, даволаниш вақти – индивидуал, қатъий кўрсатмага биноан, белгиларга боғлиқ ҳолда, оғирлик даражасига, касалликнинг даврларига мос равишда танланади.
- Беморни даволашда аввал самара берган дорининг афзаллигини ҳисобга олиш керак.
- Даволаш одатда кичик дозалардан бошланади ва оптимал натижага эришгунча ошириб борилади. Ўткир психомотор кўзғалиш билан кузатилган хуруж даврида препарат парантерал юборилади; кўзғалиш тўлиқ босулгунча инъекция

такрорланади, кейинчалик даволаш усули психопатологик синдром кечишига қараб белгиланади.

- Беморга катта миқдорда керагидан ортикча нейтролептиклар тайинлаш – энг кўп учровчи хатодир. Кам миқдорда антипсихотик воситалар буюриш ҳам салбий натижа бериши исботланган. Агар шифохонада ҳар куни антипсихик препарат дозасини ошириб бориб, худди даволаш самарадорлиги оширилаётгандек, касаллик белгилари камайтираётгандек кўринса ҳам ҳақиқатда бу самара фақат дорининг таъсир вақтидагина кузатилади. Нейролептикларни катта дозада узок вақт қўллаш кўпинча ножўя таъсирларга олиб келади.

- Дорини биринчи марта қабул қилгандан кейин пайдо бўлган субъектив оғир ҳолатлар (кўпинча ножўя таъсир билан боғлиқ) даволашни самарасизлиги деб қаралади ва беморнинг даволанишдан бош тортишига сабаб бўлади. Бу ҳолатларда дорини алмаштириш ҳақида ўйлаш керак.

- Даволаш давомийлиги 4-6 хафта, самара бўлмаганда даволаш услуби ўзгартирилади.

- Тўлиқ ва турғун бўлмаган ремиссияда дориларни уни ушлаб турувчи, лекин руҳий фаолиятни пасайтирилмайдиган ва ножўя таъсирни чақирмайдиган дозаларгача камайтиради.

АСОСИЙ ДОРИЛАР

Нейролептиклар – хлорпромазин, левомепромазин, клозапин, галоперидол, трифлуоперазин, флупентиксол, пипотиазин, зуклопентиксал, сульпирид, кветиапин, рисперидон, оланзапин. Антидепрессантлар ва транквилизаторлар депрессив ҳамда ваҳимали ҳолатларда мос равишда тайинланади. Депрессив ҳолат ваҳима ва ҳаракат қўзғалишлари билан бирга келганда седатив таъсирли антидепрессантлар, масалан амитриптилин буюрилади. Депрессия тормозланиш, ҳулқни, қувватни камайиши билан бирга кузатилганда стимулловчи самарага эга бўлган, масалан имипрамид ёки седатив самараси бўлмаган флуоксетин, пароксетин, циталопрамлар ишлатилади. Ваҳима ҳолатларини даволаш учун транквилизаторлар (масалан: диазепам, бромдигидрохлорфенил-бензодиазепин) қисқа вақтга тайинланади.

НЕЙРОЛЕПТИКЛАР БИЛАН ДАВОЛАШ АСОРАТЛАРИ

Узоқ вақт давомида нейролептикларни қўллаш оғир асоратлар ривожланишига олиб келади. Шунинг учун бемор аҳволига мос равишда кераксиз даволашдан дозани ўзгартириш орқали эришилади. Ножўя экстрапирамид белгиларни бартараф этиш мақсадида узок вақт антихолинэргик препаратларни қўллаш кечки дискинезия ривожланиш хавфини оширади. Шу сабабли **антихолинэргик препаратлар доимий ва профилактик мақсадда қўлланмайди**. Уларни фақатгина экстрапирамид белгилари ножўя таъсир кузатилгандагина қўллаш мақсадга мувофиқдир.

- Акинето – гипертоник синдром ♦ Клиник манзараси: ниқобланган юз, кўзини кам очиб юмиш, ҳаракатларнинг қарахтлиги ♦ Даволаш: тригексифенидил, бипериден
- Гиперкинетик – гипертоник синдром ♦ Клиник манзараси: акатизия (бетоқатлик, оёқлардаги безовталиқ ҳисси), тасикинезия (бир жойда ўтира

олмаслик , тўхтовсиз ҳаракат ва ҳолатни ўзгартиришга интилиш), гиперкинезлар (хорейсимон, атетоид, орал) ♦ Даволаш: тригексифенидил, бипериден.

• Дискинетик синдром ♦ Клиник манзараси: орал дескинезиялар (чайнов, ютиш, тил мушакларининг таранглиги, тилни чиқаришга кучли ҳошиш пайдо бўлиши), окулогир кризлар (қийналиб кўзни юмиш) ♦ Даволаш: тригексифенидил (6-12 мг/кунда), кофеин эритмаси 20% - 2мл. т/о, хлорпромазин 25-50мг. м/о.

• Сурункали дискинетик синдром ♦ Клиник манзара: гипокинезия, мушакнинг юқори тонуси, гипомимия, локал гиперкинезлар билан бирга (оғир автоматизмлар), кўзғалиш ва активликни пасайиши, акайрия (эзмалик), эмоционал нотурғунлик ♦ Даволаш: ноотроплар, (пирацетам 1200-2400 мг/кунда 2-3 ой давомида), поливитамиинлар , транквилизаторлар.

• Ёмон сифатили нейролептик синдром ♦ Клиник манзараси: тери қуруклиги, акроцианоз, ёғли гиперемия юз, мажбурий ҳолат - орқасида ётиш, олигурия, қон ивиш вақтини ортиши, қонда қолдиқ азот миқдорини кўпайиши, буйрак етишмовчилиги, АБ пасайиши, иситма кўтарилиши ♦ Даволаш: инфузион терапия (реополиглукин, гемодез, кристаллоидлар), парентерал озиклантириш (оқ , углеводлар).

• Интоксикация делирийси 40 ёшдан ошган эркакларда кўпроқ ривожланади (хлорпромазин, галоперидол, амиптриптилин билан биргаликда). Даволаш: - дезинтоксикация.

Оқибати 20 йилга: соғайиш 25%, аҳволнинг яхшиланиши 30%, парвариш ва/ёки шифохонага ётқизиш зарурлиги 20% • Шизофрения билан оғриган беморларни 50% ўз жонига қасд қилишга ўринишади (15% ўлим билан тугайди), • Касаллик қанча катта ёшда бошланган бўлса оқибати шунчалик ижобий • Аффектив компонентни бузилиши қанча кучли номоён бўлса хуруж шунчалик ўткир ва қисқа, даволаш ҳам осонроқ бўлади, тўлиқ ва турғун ремиссияга эришишга имконият катта.

Синонимлар. Блейлер касаллиги, *Dementia praecox*, дискордант психоз, эрта ақл заифлиги.

ХКК -10 • F20 Шизофрения

ТРАНЗИТОР ИШЕМИК ХУЖУМЛАР

Транзитор ишемик хужумлар (ТИХ)- кўпинча бир неча минут давом этувчи (баъзида кун давомида чўзилувчи), каротид ва вертебробазилляр томирлар ҳавзасидаги ишемия натижасида келиб чиқувчи ва ўтиб кетувчи неврологик бузилишлардир. Инсульт ва ТИХ орасидаги фарқ мунозарали. Иккала ҳолатда ҳам жараённинг патофизиологик механизмини аниқлаш ва кейинчалик ишемик бузилишларга олиб келувчи хавфни камайтириш талаб этилади.

Этиологияси. Кўпинча ТИХ атеросклероз ва эссенциал артериал гипертензия натижасида бўлсада, бошқа ҳолатларда ҳам кузатилиши мумкин, масалан: кардиоген эмболия, артерия деворини қаватларга ажралиши, фибромиодисплазия, гемоталогик касалликлар, мигрен, тутқаноқ хуружлари, ўсма ва субдурал гематома.

Клиник манзараси дисциркулятор бузилишларнинг жойлашиши ва давомийлигига боғлиқ. Кўпинча ўткир ва тасодифан ривожланади • Умум мия белгилари: бош оғриғи, қайд қилиш, ҳолсизликни сезиш, кўз олдида парда бўлиши, қисқа муддатли хушдан кетишлар • Ўчоқли белгилари дисциркулятор бузилишларнинг жойлашиши билан аниқланади ♦ Уйқу артерияси бассейнида қон айланиши бузилиши, бир кўздаги ўтиб кетувчи кўрлик, афазия ва контралатерал гемипарез ва гемианестезия. Одатда парҳез ва сезишни бузилиши юзда кўпроқ, қўлда камроқ, оёқда жуда кам намоён бўлади ♦ Вертебробазилляр ҳавзадаги ТИХ кўпинча тизимли бош айланиши, кулоқда шовқин ҳисси, энса соҳасидаги бош оғриғи билан юзага келади. Вегето-томирлар реакцияси кескин – кўнгил айнаш, қайта қусиш, юзнинг рангпарлиги. Нистагм, статик ва динамик атаксия белгилари кузатилади.

Диагнози *Инсультга* қаранг.

Даволаш *Ишемик инсультга* қаранг.

ХКК-10 • G45 Ўтиб кетувчи церебрал ишемик хуружлар (хужумлар) ва шунга ўхшаш синдромлар.

ҲАНСИРАШ

ХКК – 10: R06.0 Ҳансираш.

- Биринчи навбатда нафас йўлларидаги ёт жисмни ва анафилаксияни истисно қилиш зарур. Бирламчи текширишда шунингдек спонтан пневмоторакс, ЎАТЭ, ўпка шиши ва бронхиал астма қўзиши аниқланиши мумкин.
- Сурункали ёки қайталанадиган нафас қисишига бронхиал астма ёки юрак етишмовчилиги сабаб бўлиши ва уларнинг иккаласини ҳам дорилар билан самарали даволаш имконияти бор.
- Психоген гипервентиляция синдроми топилганда беморга унинг сабабини ва хавфсиз кечишини тушунтириш лозим.

ЎТКИР ЮЗАГА КЕЛУВЧИ НАФАС ҚИСИШИ

- Нафас йўлларида ёт жисм борлиги: нафас олишда қуруқ хириллашлар.
- Анафилаксия ♦ Нафас қисиши парентерал дори моддалари юборилганда, эмланганда ёки ҳашорат чакқандан кейин ривожланади ♦ Нафас чиқаришда қуруқ хириллашлар бўлади.
- Спонтан пневмоторакс ♦ Белгилар пайдо бўлиши кўпинча оғриқ синдроми билан ўтади ♦ Нафас сусайган ♦ Аксарият ҳолларда чекадиган навқирон ёшдаги одамларда ва ЎСОК бўлган беморларда пайдо бўлади.
- ЎАТЭ ♦ Кўпинча кўкракда оғриқ ва йўтал ♦ Юқори даражадаги ЎАТЭ шок ва гипоксия келтириб чиқаради ♦ Аускультация манзараси турли-туман: нафас шовқинлари меъёрда бўлиши мумкин. Шунингдек қуруқ, нам ва аралаш хириллашлар эшитилади.

- Ўпканинг ўткир шиши ♦ Одатда қуруқ хириллашларни эшитиш мумкин ♦ Йўталда кўпikli балғам ♦ Бўйин веналари бўртиб чиққан ♦ Бемор анамнезида юрак етишмовчилиги аниқланади.
- Миокард инфаркти ёки ишемияси, аортанинг қаватланувчи аневризмасида кўкракдаги оғриқ асосий етакчи белги бўлади.
- Аритмиялар ♦ Мерцал аритмия ♦ Суправентрикуляр тахикардия.
- Ис газидан захарланиш.
- Гипервентиляция синдроми ёки ваҳима қилиш ♦ Бу ёшларда пайдо бўлади ♦ Бемор ҳаво етишмаётганини ҳис қилади ♦ Қўллар парестезияси ва бош айланиши ♦ Ўпка аускультация қилинганда ўзгаришлар топилмайди ♦ Бу ҳолат катта миқдорда алкохол ичиш билан боғлиқ.

БИР КУНДАН БИР НЕЧА ҲАФТАГАЧА ДАВОМ ЭТАДИГАН НАФАС ҚИСИШИ

- Бронхиал астманинг кўзиши ёки ЎСОК ♦ Қуруқ хириллашлар ♦ Кўзишига кўпинча нафас йўллариининг инфекцияси (синусит) сабаб бўлади.
- Ўпка ателектази ♦ Ўпка раки ёки зотилжамда пайдо бўлиши мумкин ♦ Ателектаз аксарият ёт жисмлар узоқ вақт нафас йўлларида қолганда пайдо бўлади.
- Аллергик альвеолит ♦ «Фермер ўпкаси»: иситма ва нафас қисиши хашак билан ишлашдан сўнг пайдо бўлади ♦ Аускультацияда крепитация эшитилиши мумкин ♦ Иситма чиқади.
- Плеврал эксудат. Нафас ўпканинг базал бўлимларига ўтказилмайди.
- Қайталанувчи ЎАТЭ ♦ Кўпинча навқирон ёшда учрайди (перорал контрацептивлардан фойдаланилганда) ♦ Плевритда бўлиши мумкин ♦ Нафас қисиши ва тахикардия.

- Анемия.

БИР НЕЧА ОЙЛАР ЁКИ ЙИЛЛАРДА РИВОЖЛАНАДИГАН НАФАС ҚИСИШИ

- Чап қоринча типи бўйича сурункали юрак етишмовчилиги.
- Ўпканинг обструктив касалликлари: бронхиал астма, ЎСОК.
- Ўпка фиброзига олиб келадиган касалликлар: фиброзловчи альвеолит, саркоидоз.
- Кўкрак қафасининг структур ўзгаришлари (масалан, анкилозловчи спондилит, кифоз).
- Семириш.
- Нерв ва мушак касалликлари: тарқоқ, ён томонлама амиотрофик склероз, диафрагма тонусининг пасайиши.

ЭНГ МУҲИМ ДИАГНОСТИК ТАДБИРЛАР

- Касаллик анамнезини кунт билан йиғиш ва объектив текшириш кўп ҳолларда унинг сабабини аниқлашга имкон беради. Қуйидаги асосий саволларга жавоб олиш керак ♦ Тинч турилганда нафас қисадими ♦ Кўкракда оғриқ борми ♦ Йўтал ёки балғам ажраладими (қон билан) ♦ Белгилар пайдо бўлгунга қадар бемор нима билан шуғулланган ♦ Ҳозир у қандай дори воситаларини қабул қилади ♦ Инфекция аломатлари борми ♦ Бемор чекадими ♦ Унинг руҳий аҳволи қандай.

- Кўкрак қафаси аъзоларини рентгенография қилиш ♦ Кўпчилик ҳолларда бажарилади ♦ Кўпинча ўзгариш топилмайди.
- ЭКГ ўрта ва кекса ёшдаги кишиларда, юрак касалликлари билан боғлиқ бўлган аниқ сабаб топилмаганда ўтказилиши лозим.
- Нафас чиқаришнинг энг юқори тезлигини аниқлаш: обструктив касалликларга гумон бўлганда оддий ва аниқ ахборот берадиган текшириш усули.
- Қоннинг газ таркиби таҳлили – ахборотли усул, лекин амбулатория шароитида ўтказиб бўлмайди.
- Оксигемометрия.

СУРУНКАЛИ ЮРАК ЕТИШМОВЧИЛИГИ

Сурункали юрак етишмовчилиги – қатор касалликларнинг кечишини оғирлаштириш ва жисмоний ҳаракат қилганда (кейинчалик эса тинч турганда ҳам) нафас қисиши, беморни тез чарчаб қолиши, периферик шишлар ва тинч турганда юрак фаолиятининг объектив бузилиш белгилари (масалан, аускультатив белгилар, ЭхоКГ маълумотлар) билан характерланади.

ХКК – 10: • **I11.0** Асосан юрак етишмовчилигидан юракнинг зарарланиши билан ўтадиган гипертензив (гипертоник) касаллиги • **I13** Асосан юрак ва буйрак зарарланиши билан ўтадиган гипертензив (гипертония) касаллик • **I27** Ўпка–юрак етишмовчилигининг бошқа шакллари • **I50.0** Димланишли юрак етишмовчилиги • **I50.1** Чап қоринча етишмовчилиги • **I50.9** Аниқлаштирилмаган юрак етишмовчилиги.

ҚИСҚАРТМА: СЮЕ – сурункали юрак етишмовчилиги.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯСИ

- СЮЕ яққол клиник кўринишлари тарқалганлиги популяцияда камида 1,8-2% ни ташкил қилади.
- 65 ёшдан ошган аҳоли ўртасида СЮЕ учраши 6-10% гача кўпаяди ва кекса ёшдаги беморларни шифохонага ётқизишнинг энг кўп сабаби ҳисобланади.

ПРОФИЛАКТИКАСИ

- СЮЕ ривожланиш омилларини аниқлаш зарур ♦ Бемор ёши ♦ Эркак жинси ♦ АГ ♦ ЮИК ♦ ҚД ♦ Семириш.
- Юрак етишмовчилиги ривожланиши хавфини камайтириш учун АГли беморларни мавжуд тавсияномаларга биноан даволаш.
 - ♦ АБ (артериал босим 140/90 дан юқори ва кўшилиб келган касалликлари бўлмаган, 130/80 дан юқори ва бошқа хавфли омиллари, масалан қандли диабет бўлган) баланд бўлган беморларнинг барчасини даволаш.
 - ♦ *Артериал гипертензияга* қаралсин.
- Қандли диабет бўлган беморларнинг юрак-томир асоратлари ривожланиши хавфини пасайтириш учун жадал чоралар кўриш.

- ◆ Қандли диабет бўлган беморларни мавжуд тавсияларга биноан даволаш ўтказиш.
- ◆ Қандли диабет ва атеросклерознинг клиник белгилари бўлган ва ЮИК ривожланиш хавфли омиллари битта ёки ундан кўп беморларда юрак-томир асоратларининг хавфини камайтириш учун ААФ ингибиторларини тайинлаш.
- ◆ Қандли диабет бўлган беморларда артериал босим ва қон липидлари даражасини мавжуд тавсияномалар асосида назорат қилиш.
- ◆ *2 тип қандли диабетга қаралсин.*
- Беморларга кардиотоксик моддалар, биринчи галда алкохол қабул қилишдан ўзини тийишни, шунингдек чекишни ташлаш ва наркотик моддалар, айниқса кокаин истеъмол қилмасликни тавсия этиш.
- Гиперлипидемияни мавжуд тавсияларга биноан даволаш.
 - ◆ Барча беморларда қонда липидлар миқдорини меъёрида бўлишини таъминлаш.
 - ◆ Қон липидлари даражаси ошган беморларнинг ҳаёт тарзини ўзгартириш ва зарур бўлганда – дори воситалари билан даволаш.
- Миокард инфарктининг олдини олиш учун ЮИК борлиги исботланган беморларни монанд даволаш.
 - ◆ ЮИК мавжудлиги исботланган беморларда монеликлар бўлмаганда липид пасайтирувчи дорилар (статинлар гуруҳи), ААФ ингибиторлари, β – адреноблокаторлар, ацетилсалицилат кислотани ўз ичига олган фаол даволаш ўтказиш.
 - ◆ *Барқарор зўриқиш стенокардиясига қаралсин.*
- Миокард инфарктини бошдан кечирган беморларга ААФ ингибиторларини тайинлаш.
- Беқарор зўриқиш стенокардияси ҳолатида – реваскуляризация ўтказиш.
- Эутиреоид ҳолатни аниқлаш ва қалқонсимон без касалликларини топиш ҳамда даволаш ◆ Гипотиреози бўлган беморларга мунтазам лаборатор назорат остида ўрин босувчи гормонал даво ўтказиш ◆ Амiodарон қабул қиладиган беморларда қалқонсимон без функцияларини доимий текшириш.
- Юрак чап қоринчаси дисфункцияси ривожланишини олдини олиш учун қоринча усти тахиаритмиялари ва тинч турганида барқарор тахикардияси бўлган беморларни монанд даволаш ◆ БФ (бўлмачалар фибрилляцияси) ва қоринча усти тахиаритмиялари бўлган беморларда юрак уришлари сонини назорат қилиб туриш ◆ Зарур бўлганда синус ритмини тиклаш тўғрисидаги масалани ҳал қилиш учун бемор ҳақида мутахассис билан маслаҳатлашиш ◆ *Бўлмачалар фибрилляциясига қаралсин.*
- Юрак ишемик касаллиги мавжудлиги исботланган беморларни миокард инфарктини олдини олиш мақсадида монанд даволаш лозим ◆ Юрак ишемик касаллиги исботланган беморларни агар қарши кўрсатмалар бўлмаса липидларни камайтирувчи, (статинларни ҳам буюрган ҳолда), ААФ ингибиторлари, β -блокаторлар ва ацетилсалицил кислота билан фаол даволаш.
- Миокард инфарктини ўтказган беморларга ААФ ингибиторларини буюриш.

СКРИНИНГИ

- Ўртача ва юқори даражадаги диастолик ва систолик шовқинлари бўлган беморларда юрак етишмовчилигини олдини олиш учун унинг клапанлари нуқсонларини ўз вақтида аниқлаш.
- Юқори хавф бўлган беморларда ЮИКни ўз вақтида аниқлаш. Қуйидагиларда касаллик эҳтимоли юқори ♦ Қандли диабет ♦ Артериал гипертония ♦ Гиперлипидемия ♦ ЮИКга оилавий мойиллик бўлганда, чап қоринча дисфункциясида ва СЮЕ мавжуд беморларда кўрсатмалар бўйича юклама синамаларини ўтказиш.
 - ♦ Этиологияси аниқланмаган оғир оилавий анамнез, ёш одамнинг қариндошларида тўсатдан ўлим, авж олиб борадиган юрак етишмовчилиги, шунингдек наслида туғма юрак нуқсонлари борлиги.
 - ♦ Оила анамнезида гемохроматоз, Уилсон касаллиги, гипертрофик кардиомиопатия, аутоиммун касалликлар ва амилоидоз борлигини алоҳида аниқлаш.
 - ♦ СЮЕ сони юқори бўлган оилаларда (бир неча одам касалланган) ЭхоКГ – скрининг ўтказиш зарур.

КЛАССИФИКАЦИЯСИ

СЮЕ оғирлик даражалари классификацияси (Нью-Йорк кардиологлар ассоциацияси, NYHA таснифи).

- I Функционал синф – жисмоний фаолликни чеклашга олиб келмайдиган юрак касаллиги бўлган беморлар. Одатдаги жисмоний ҳаракат чарчаш, юрак уриши, нафас қисиши ёки стенокардия билан ўтмайди (7 МЕТдан кўп; МЕТ – кислород сарфининг метаболик эквиваленти; 1 МЕТ = 3,5 мл/кг/мин.га тенг, бу тинчлик ҳолатидаги алмашинувга мос келади).
- II функционал синф – беморнинг юрак касаллиги жисмоний фаолликни озгина чеклайди. Тинч турганда улар ўзларини яхши ҳис қиладилар, бироқ одатдаги жисмоний ҳаракат чарчоқ, нафас қисиши, юрак уриши ёки стенокардия пайдо бўлишига сабаб бўлади (5 МЕТ).
- III функционал синф – юрак касаллиги бор беморларда жисмоний фаоллик анчагина чекланган бўлади. Тинчликда беморлар ўзларини яхши ҳис қиладилар, бироқ ҳаракат (одатдагидан камроқ) чарчоқ, нафас қисиши, юрак уриши ёки стенокардияни чақиради (2 – 3 МЕТ).
- IV функционал синф – юрак касаллиги бўлган беморлар бирорта жисмоний ҳаракатни ноҳуш сезгиларсиз бажариш имкониятидан маҳрум бўладилар. Юрак етишмовчилиги белгилари ёки стенокардия тинч турганда пайдо бўлиши мумкин; ҳар қандай жисмоний ҳаракатда бу белгиларни кучайиш эҳтимоли (1,6 МЕТ) юқори.

Юрак етишмовчилиги босқичларининг классификацияси Америка кардиологлар ассоциацияси, АСС/АНА, 1995).

- А босқичи – юрак етишмовчилиги хавфи бўлган, бироқ юрагида структур ўзгаришлар бўлмаган беморлар (АГ, ЮИК, кардиомиопатия кабиларга чалинган беморлар).
- В босқичи – юрагида структур ўзгаришлари бўлган беморлар (чап қоринча гипертрофияси, дилатацияси, белгисиз систолик дисфункция), бироқ юрак етишмовчилигининг клиник белгилари йўқ.
- С босқичи – юрак етишмовчилигининг клиник белгилари (жумладан анамнезида ҳам) ва юрагидаги структур ўзгаришлари бўлган беморлар.
- Д босқичи - махсус аралашувлар талаб этадиган терминал босқичдаги юрак етишмовчилиги бўлган беморлар.

Диагнози

Анамнези

- СЮЕ белгиларини аниқлаш учун бемор анамнезини қунт билан сўраб суриштириш. Қуйидаги шикоятларга алоҳида эътибор бериш керак.
 - ◆ Жисмоний ҳаракатларни умумий пасайганлиги.
 - ◆ Нафас қисадиган жисмоний фаоллик даражаси; СЮЕ функционал синфи ва касаллик прогнозини субъектив акс эттиради.
 - ◆ Тез чарчаб қолиш – юракда қон оқими пасайганини, шунингдек марказий ёки обструктив тунги апноэ синдромини аниқлашга имкон беради.
 - ◆ Жисмоний ҳаракатда нафас қисиши (сезувчанлиги 66%, хослиги 76%). Бу қисман чап қоринча бўшлиғида босимнинг ошиши ва унга ҳажмни кўп тушиши билан боғлиқ.
 - ◆ Пароксизмал тунги нафас қисиши (сезувчанлиги 33%, хослиги 76%). Бунинг борлиги касаллик прогнози ёмонлигидан далолат беради.
 - ◆ Ортопноэ (сезувчанлиги 21%, хослиги 81%). Ортопноэ белгисини енгиллаштириш учун бемор боши остига қўйиб ётишига зарур бўлган ёстиклар сонини аниқлаш лозим.
 - ◆ Болдир ва оёқ панжаларидаги шишлар (сезувчанлиги 23%, хослиги 80%).
 - ◆ Оғир СЮЕ бор беморларда юрак кахексияси пайдо бўлиши эҳтимоли мавжуд.
 - ◆ Жигарда димланиш билан боғлиқ қорин оғриғи ва кўнгил айниши СЮЕ чалинган кичик ёшдаги беморларда учрайдиган шикоятлардир.
- Нью-Йорк кардиологлар ассоциацияси классификацияси бўйича функционал синфни аниқлаш.
 - ◆ I-синф: юракнинг белгиларсиз дисфункцияси;
 - ◆ II-синф: сезиларли жисмоний зўриқишда ҳансираш;
 - ◆ III-синф: минимал жисмоний зўриқишда ва одатдаги кундалик фаолликда ҳансираш;
 - ◆ IV-синф: тинч ҳолатда ҳансираш.
- Қўшимча равишда қуйидаги анамнез маълумотларини йиғиш.
 - ◆ Шикоят пайдо бўлганда беморнинг ёши – ўрта ёш СЮЕ сабаби сифатида ЮИК хавфи юқорилигидан дарак беради.
 - ◆ Юрак – қон томир касалликлари ривожланиш омилларининг борлиги (АГ, дислипидемия, чекиш, юрак-томир касалликлари бўйича оғир оилавий анамнез) – СЮЕ сабаби сифатида ЮИК эҳтимолининг юқорилигидан дарак

беради. Бу эса асоратларнинг олдини олиш учун хавфни камайтиришга қаратилган даволаш усулини аниқлашга имкон яратади.

- ◆ Ўтказилган миокард инфаркти, стенокардия ёки антиаритмик дорилардан фойдаланганлик тўғрисида кўрсатма.
- ◆ Тезлашган ва аритмик юрак уриши хуружлари, хушни йўқотишдан олдинги ёки хушни йўқотиш ҳолатлари ва юракдаги ўзгаришлар сабабли ўлим – юрак ритмининг қоринча усти ёки қоринча бузилишлари СЮЕга хос характерли клиник белгилар сифатида юзага чиқади. Бу белгиларнинг борлиги кейинги текширишлар лозимлиги ва эҳтимол, кардиовертер – дефибриллятор ўрнатишни талаб этади.
- ◆ Қалқонсимон без касаллиги борлигининг белгилари – қалқонсимон без патологияси СЮЕ ривожланишига сабаб бўлиши мумкин ва унинг фаолиятини мувофиқлаштириш бемор аҳволининг яхшиланишига олиб келади.
- ◆ Кўкрак қафасининг чап ярми соҳасига кимё - ёки нур давоси ўтказилганлиги – антрациклик даво СЮЕга олиб келиш эҳтимоли мавжуд.
- ◆ Ман қилинган моддалар, хусусан кокаин қабул қилинганлигига – кокаин қабул қилиш ЮИКнинг барвақт ривожланиш хавфи ва кардиомиопатияга сабаб бўлади. Мавжуд кардиомиопатия юрак ритми бузилишлари ва тўсатдан ўлим юз бериш хавфини жиддий оширади.
- ◆ Оилада СЮЕ борлиги – гипертрофияли кардиомиопатия ва дилатацияли кардиомиопатиянинг айрим турлари (жумладан гемохроматоз негизида) насл суриш хусусиятга эга.

ФИЗИКАЛ ТЕКШИРИШ

- Куйидаги белгилар борлигига аҳамият бериш лозим.
 - ◆ Ўта хос белгилар.
 - ◆ Чўкки турткисининг ўрта ўмров чизигидан латерал томонга сурилганлиги.
 - ◆ Бўйин веналарида босим ошганлиги.
 - ◆ Аускультацияда юрак III тони эшитилиши (от дупури ритми).
 - ◆ Хослиги камроқ белгилар.
 - ◆ Тахикардия.
 - ◆ Ўпка аускультациясида нам хириллашлар.
 - ◆ Жигарнинг катталашуви.
 - ◆ Периферик шишлар.
- СЮЕ мавжуд бўлган беморларда бўйин веналарида босим ошиши ва юрак аускультациясида III тоннинг пайдо бўлиши – асоратлар ривожланиш хавфи, жумладан юрак етишмовчилиги авж олишининг мустақил омилларидир.

ЛАБОРАТОР ТЕКШИРУВЛАР

- Қоннинг умумий таҳлили – нафас қисишининг сабаби, шунингдек СЮЕ кечишини оғирлаштирувчи омил бўлган анемияни аниқлаш.
- Мочевина ва креатинин миқдори – буйрак етишмовчилигини аниқлаш.
 - ◆ Буйрак етишмовчилигининг айрим клиник белгилари юрак етишмовчилигини эслатиши мумкин.

- ◆ Юрак етишмовчилиги буйраклар фаолиятининг пасайиши билан ўтади.
- ◆ ААФ ингибиторларини қабул қиладиган беморларда буйраклар функциясини назорат қилиш зарур.
- Электролитлар – электролит мувозанатини аниқлаш.
 - ◆ Гипокалиемиа – кўпинча диуретиклар билан даволаш асосида пайдо бўлади ва дигоксин токсиклиги кўпайишига ҳамда юрак ритми бузилишлари авж олишига имконият туғдиради.
 - ◆ Гиперкалиемиа – юрак ритми бузилишига шароит яратади; ААФ ингибиторлари ва спиронолактон тайинлашда гиперкалиемиага алоҳида эътиборни қаратиш керак.
 - ◆ Гипонатриемиа – диуретиклар билан даволаш натижасида пайдо бўлади, юрак етишмовчилиги авж олиб кетганда ҳам кузатилиши мумкин.
- Қонда глюкоза миқдори – қандли диабетни аниқлаш мақсадида аниқланади.
- Қонда билирубинни ва жигар ферментлари фаоллигини аниқлаш ◆ Жигардаги димланиш натижасида ўзгаришлар бўлиши мумкин ◆ Кардиомиопатиянинг алкоғолли этиологиясини ташхислашда аҳамиятга эга ◆ Лаборатор текширувларда ўзгаришлар топилганда жигарда метаболитларга айланадиган дори дозаларини ўзгартириш зарурлигини ўйлаб кўриш лозим.
- Альбумин – нефротик синдром, жигар етишмовчилиги, юрак кахексиясида миқдорининг пасайиши.
- Холестерин – ЮИК ривожланишининг хавфли омили.
- Қалқонсимон без гармонлари – юрак етишмовчилигининг қайтар сабаби бўлган қалқонсимон без фаолияти бузилишларига йўл қўймаслик. Биринчи марта юрак етишмовчилиги аниқланган барча беморларда қалқонсимон без касаллигини истисно қилиш учун қонда ТТГ даражасини аниқлаш.
- Кардиомиоцит ферментларини (КФК, МВ, I ва Т тропонинлар) – ўткир коронар синдромнинг клиник манзараси, хавф омиллари ва ЭКГда ўзгаришлар бўлганда аниқлаш лозим.
- Қон ва сийдикни токсикологик текшириш – юрак фаолиятини бузишга қодир моддалар қўлланилишини истисно қилиш учун айрим ҳолларда ўтказилади.
- Қон зардобдаги ферритин ва трансферриннинг темирга тўйиниши – гемохроматозга шубҳа бўлганда.
- Серологик текширишлар – касалликнинг вирусли этиологиясига шубҳа туғилганда.

МАХСУС ТЕКШИРИШЛАР

- СЮЕга шубҳа қилинган барча беморларда ритм бузилишларини ва илгари миокард инфаркти ўтказганликларини аниқлаш, қоринчалар гипертрофияси ҳамда ЭКГ – ўзгаришларга динамик баҳо бериш мақсадида 12 тармоқда ЭКГ тушириш зарур.
- СЮЕ мавжуд ҳамма беморларда кўкрак қафаси аъзолари рентгенографиясини ўтказиш керак. Гарчи бу текшириш юрак етишмовчилигини аниқлашда чекланган аҳамиятга эга бўлса ҳам, у кардиомегалия (кардиоторакал индекс 90%дан юқори),

кичик қон айланиш доирасида димланиш ва плеврада экссудат борлиги каби муҳим ўзгаришларни тасхислашга ёрдам беради.

- СЮЕ белгилари топилмаган беморларда юрак фаолияти бузилишининг даражаси ва шаклини аниқлаш учун ЭхоКГ ўтказилиши лозим.
 - ◆ СЮЕли мавжуд ҳамма беморларда ЭхоКГ ёрдамида чап қоринча фаолиятига, диастолик ва систолик ўлчамларига, юрак нуқсонлари, локал қисқарувчанлик бузилишларига баҳо бериш мумкин.
 - ◆ ЭхоКГ диастолик ва систолик юрак етишмовчилигини фарқлашга имкон беради.
 - ◆ Диастолик юрак етишмовчилигида чап қоринча қон отиш фракцияси пасаймаган (50%дан кўп), лекин унинг гипертрофияси белгилари аниқланади.
 - ◆ Систолик дисфункцияда қон отиш фракцияси 50%дан кам ва чап қоринча дилатацияси кузатилади.
 - ◆ ЭхоКГ юрак нуқсонини аниқлаш ва оғирлигига баҳо бериш, ЮИҚда миокард - регионал қисқарувчанликлари бузилишларини баҳолаш.
 - ◆ ЭхоКГ ёрдамида ўнг қоринча ўлчамлари ва фаолиятига баҳо бериш ва доплер усули ёрдамида унинг артерияларидаги босимни аниқлаш (бирламчи ёки иккиламчи ўпка гипертензиясини истисно қилиш мақсадида).
- СЮЕ мавжуд беморларда миокард функционал ҳолати ва ишемиясини аниқлаш, шунингдек дифференциал диагностика мақсадида юклама синамалари ўтказиш.
 - ◆ Беморларда юклама синамаларининг ҳар хил турлари: 6 минутлик юриш, велоэргометрия, тредмил (қоннинг газ таркиби таҳлилидан фойдаланиб) юрак етишмовчилигининг функционал синфи тўғрисидаги анамнез маълумотларини тасдиқлаш учун ўтказилади.
 - ◆ СЮЕ бор беморларда юклама синамаларини ўтказиш миокард ишемиясини аниқлаш учун ҳам имкон беради.
 - ◆ Айрим сабабларга кўра жисмоний юклама бажара олмайдиган беморларга дипиридамол ёки аденозин билан синама ўтказиш кўрсатилган.
 - ◆ СЮЕли беморларда қоннинг газ таркиби таҳлилини юклама синама билан бирга ўтказиш жисмоний юкламага чидамлилиқнинг бузилиш даражасини аниқлаш учунгина эмас, балки юрак ва ўпка патологияси ўртасида дифференциал диагностика ўтказиш, шунингдек юракни кўчириб ўтказиш режалаштирилган беморларда функционал синфга баҳо бериш учун ҳам амалга оширилади.
 - ◆ А синфи – кислороднинг максимал сарфи 1 кг. тана оғирлигига 21 мл/мин.дан ортик.
 - ◆ В синфи – кислороднинг максимал сарфи 16 – 20 мл/мин.
 - ◆ С синфи – кислороднинг максимал сарфи 10 –15 мл/мин.
 - ◆ Д синфи – кислороднинг максимал сарфи 9 мл/мин.дан кам.
 - ◆ 6 минутлик юриш синамаси бемор аҳолига тахминий баҳо беради. У 18 м масофада жойлашган иккита нуқталар ўртасида узлуксиз юриб ҳаракатланиши лозим. Бемор ўз ихтиёрича тўхташи мумкин. Унинг 6 минут ичида ўтган масофаси иш қобилиятининг бошқа кўрсаткичлари билан яхши мос келади.
 - ◆ Юрак етишмовчилиги йўқ – 550 м.
 - ◆ I функционал синф – 426 – 550 м.

- ◆ II функционал синф – 301 – 425 м.
- ◆ III функционал синф – 151 – 300 м.
- ◆ IV функционал синф – 150 м дан кам.
- СЮЕга чалинган ва анамнезида синкопал ҳолатлар ва пароксизмал қоринчалар тахикардияси бўлган беморларда ЭКГни, холтер мониторингини ва электрофизиологик текширишларни ўтказиш тавсия қилинади.
- ◆ СЮЕли беморларда электрофизиологик текширишлар ва имплантация қилинадиган кардиовертер – дефибриллятор ўрнатиш ҳамда ҳужжатлаштирилган тўсатдан ўлим, қоринча тахикардияси ёки синкопал ҳолатларда, айниқса СЮЕ сабабчиси ЮИК бўлганда кўрсатилган.
- ◆ Синкопал ҳолатлар сабаби аниқланмаган беморларни юрак ритмининг жиддий бузилганини истисно қилиш учун шифохонага ётқизиш зарур.
- Юракни катетерлаш ва коронароангиография СЮЕ сабаблари қайтар беморларда масалан ЮИК ёки юрак нуқсони бўлганда кўрсатилган.
- ◆ Юракни катетерлаш ЭхоКГ юрак нуқсони оғирлигини баҳолашга етарлича маълумот бермаганда ўтказилиши керак.
- ◆ Коронароангиография ЮИК хавфли омиллари бўлган 30 ёшдан ошган эркакларда, 40 ёшдан ошган аёлларда тож (коронар) артерияларнинг зарарланиш даражасини аниқлаш ва унга баҳо бериш учун ўтказилиши лозим. Коронар артериялар зарарланганда миокарднинг ҳаётчанлигини таллий билан радиоизотоп сцинтиграфия, добутамин билан стресс, ЭхоКГ ёки позитрон эмиссион томография усуллари билан текшириш зарур.
- Юракни радиоизотоп стресс ЭхоКГ ёки позитрон эмиссион томографиялар ёрдамида текшириш, ЮИК натижасида қон айланиш етишмовчилиги бўлган беморларда миокарднинг ҳаётга лаёқатли жойлари ва қайтар ишемияни аниқлаш мақсадида бажарилади. Радионуклидли вентрикулография ЭхоКГнинг ахборотсиз маълумотлари бўлган (масалан, қўшилиб келадиган ўпка патологияси) беморларда миокарднинг қисқариш қобилятига баҳо бериш учун бажарилади.
- Эндомиокардиал биопсияни бажариш юрак етишмовчилиги тез авж олиб бораётган ва касаллик кам давом қилган (3 ойдан) ҳолларда зарур. Текшириш натижасида миокарднинг яллиғланиш ёки инфильтратли касалликлари тўғрисида маълумот олиш мумкин. У қуйидаги ҳолларда бажарилади:
 - ◆ Потенциал қайтар, махсус даволаш талаб қилинадиган касалликлар – гемохроматоз, саркоидоз ва амилоидоз борлигига шубҳа қилинганда.
 - ◆ Гигант ҳужайрали миокардитга шубҳа, чунки бу беморларда прогноз жуда ёмон (бирок ўз вақтида ўтказилган иммун даволашнинг самарадорлиги исботланган).

ДИФФЕРЕНЦИАЛ ДИАГНОСТИКАСИ

- Белгилари ўхшаш эҳтимоли тутилган касалликларни аниқлаш лозим.
 - ◆ Клиник кўринишга асосланиб ўпка, томир ва юқумли касалликларни аниқлаш ёки инкор қилиш учун қўшимча нималар текшириш зарурлиги белгиланади.
 - ◆ Анемия, буйрак етишмовчилиги, ритм бузилишлари ва сепсис нафас қисишининг сабаби бўлиши мумкин; бундан ташқари, улар СЮЕ кечишини оғирлаштиради.

- ◆ Ўпка касалликларига шубҳа бўлганда кўкрак қафаси аъзоларини рентгенография қилиш, ташқи нафас фаолияти ва қон газ таркиби юклагани синамасига баҳо бериш зарур.

СЮЕ РИВОЖЛАНИШИГА САБАБ БЎЛУВЧИ КАСАЛЛИКЛАР

СЮЕ сабабини синчиклаб излаш керак.

- ЮИК (миокард инфаркти, оғир коронар атеросклероз, сўрғичсимон мушаклар дисфункцияси ёки йиртилиши) – ўтказилган миокард инфаркти, ЭКГда унинг белгилари ва ривожланиш хавф омиллари мавжудлиги ҳамда анамнез маълумотлари.
- Идиопатик дилатацияли кардиомиопатия – ЮИК клиник белгилари ёки хавф омиллари бўлмаган беморларда юрак етишмовчилиги.
- Артериал гипертензия – ёмон назорат қилинадиган АГ, аускультацияда юрак IV тонини аниқлаш, ЭКГ ёки ЭхоКГ маълумотлари бўйича чап қоринча гипертрофияси.
- Юрак клапанлари нуқсонлари (митрал, аортал, ўпка артерияси ва уч табақали клапан етишмовчилиги, аорта стенози).
- ◆ Митрал етишмовчилик – юрак чўққисидан систолик шовқин, жисмоний ҳаракатда нафас қисиши, мерцал аритмия.
- ◆ Аорта оғзи стенози – жисмоний ҳаракатда нафас қисиши, юрак асосида уйқу артериясига узатилувчи шовқин, синкопал ҳолатлар, стенокардия.
- Инфекцион эндокардит (Лайм касаллиги, дифтерия, риккетсиялар, стрептококклар ва стафилококкларга алоқадор юқумли зарарланиш) – иситма, хавф омиллари борлиги, мусбат гемокультура.
- Оилавий дилатацияли кардиомиопатия – сурункали юрак етишмовчилиги ёки яқин қариндошларида тўсатдан ўлим ҳолатлари.
- Токсик кардиомиопатия (алкогол, антрациклинлар, нур терапияси, кокаин, катехоламинлар таъсири) - токсик моддалар қабул қилишга кўрсатмалар.
- Бириктирувчи тўқиманинг диффуз касалликлари (СКВ, тугунчали периартериит, систем склеродермия, дерматомиозит) – анамнезида систем касалликлар борлигига кўрсатмалар, лаборатория текширишларининг мусбат натижалари ва ушбу касалликларнинг бошқа клиник белгилари.
- Гранулематоз касалликлар (Вегенер гранулематози, гигант хужайрали артериит) – юрак ритмининг қийин даволанадиган бузилишлари ва чап қоринчанинг тез авж оладиган дисфункцияси.
- Эндокрин ва метаболик бузилишлар (гипертиреоз, гипотиреоз, акромегалия, уремия, феохромоцитома, қандли диабет, тиамин, карнитин етишмаслиги, семириш) – тегишли клиник манзара, лаборатория синамалари натижаси, у ёки бу омил танқислиги учун эндемик зонада узоқ муддат яшаш.
- Гигант хужайрали миокардит – чап қоринчанинг авж олиб борадиган дисфункцияси билан кечувчи юрак ритмининг давога чидамли бузилишлари. Диагнозни тасдиқлаш учун эндомиокардиал биопсия ўтказилиши лозим. Ўтказилган иммун даволашга қарамасдан касаллик прогнози яхши эмас.

Бемор юракни кўчириб ўтказишга ихтисослашган ёки кўшимча қон айланиш аппаратларини имплантация қиладиган марказларга юборилиши керак.

- Ҳомиладорлар кардиомиопатияси – ҳомиладорликнинг 6 ойи мобайнида ривожланган ва чап қоринча дисфункцияси бўлган юрак етишмовчилигининг клиник кўриниши.
- Нейромушак касалликлари (Беккер мушак дистрофияси, миотоник дистрофия, Фридрайх атаксияси, Дюшенн мушак дистрофияси) – тегишли клиник кўриниш ва текшириш маълумотлари.
- Юрак трансплантатининг ажралиш реакцияси – анамнезда юрак кўчириб ўтказилгани ҳақида кўрсатмалар, дори воситалари қабул қилишга доир тавсияларга риоя қилмаслик, нафас қисиши, тахикардия, юрак ритми бузилиши.
- Гипертрофик кардиомиопатия – гипертрофик кардиомиопатия борлигига бемор анамнезида кўрсатмалар, оилавий анамнез, ЭКГ ва ЭхоКГ маълумотлари бўйича чап қоринча гипертрофияси; физикал текширишда чап қоринча чиқарувчи йўлининг динамик обструкциясини аниқлаш, ЭхоКГ ёки юракни катетерлаш.
- Рестриктив кардиомиопатиялар (амилоидоз, саркоидоз, гемохроматоз, гликоген тўпланиш, Фабри, Гоше касалликлари, эндомиокардиал фиброз, гиперэозинофил синдроми) – тегишли клиник кўриниш, инфилтратли жараёндан дарак берувчи миокард деворларининг қалинлашиши, ЭхоКГ маълумотларига кўра ўнг қоринча етишмовчилигининг чап қоринча етишмовчилигидан устунлик қилиши, метаболизмнинг туғма бузилишлари ёки амилоидоз, ҳамда бошқа аъзоларнинг касалликка тортилиши ҳақидаги анамнез маълумотлари.

СЮЕ КўРИНИШИГА ЎХШАШ ЁКИ УНИНГ КЕЧИШИНИ

Оғирлаштирадиган бошқа патологик ҳолатлар

- Бронхиал астма – тинч турганда ва юкламада нафас қисиши; физикал текширишда куруқ хириллашлар; β – адреномиметиклар ингаляция қилинганда аҳвол яхшиланиши.
- ЎАТЭ – кўкрак қафасида плеврал характердаги оғриқ, тахикардия, болдир чуқур веналари тромбози белгилари; ЭКГда юрак ўнг бўлимларининг зўриқиш белгилари, ЭхоКГ текширувида ўпка гипертензияси.
- БП – юракнинг тез-тез аритмик уриши, синкопал ҳолатлар; СЮЕ оқибати ҳамда сабаби бўлиши мумкин.
- Қоринча усти ритмининг бузилишлари – юрак уриши тезлашиши, синкопал ҳолатлар.
- ЎСОК – тинч турганда ва юкламада нафас қисиши, касалликка мос келадиган ташқи нафас фаолияти кўрсаткичлари ва кўкрак қафаси аъзоларининг рентгенографияси.
- Септик шок – артериал гипотензия, иситмалаш.

- Зотилжам – йўтал, иситма, балғам ажралиши, физикал текширишда касалликка хос маълумотлар ва кўкрак қафаси аъзоларининг рентгенографияси.
- Ўпка интерстициал касалликлари – нафас қисиши, қоннинг юкламада кислородга тўйинишини пасайиши, ташқи нафас фаолиятининг характерли ўзгаришлари, КТ маълумотлари.
- Тунги апноэ синдроми – тез чарчаш, уйқучанлик, семириш, хуррак отиш, мерцал аритмия, АГ.
- Обструктив тунги апноэ синдромини семизлик билан қўшилиб келиши.
- Марказий тунги апноэ синдромида баъзан кузатиладиган оғир юрак етишмовчилиги.
- Буйрак етишмовчилиги – уремиянинг клиник белгилари, шишлар, нафас қисиши, тез чарчаб қолиш; СЮЕ оқибати ва сабаби бўлиши мумкин.
- Анемия – тезда чарчаб қолиш, юкламада нафас қисиши, рангпарлик; юрак етишмовчилигига олиб келиши мумкин.

МУТАХАССИСЛАР МАСЛАҲАТИГА КЎРСАТМАЛАР

- СЮЕ диагнозига шубҳа бўлганда кардиолог маслаҳати.
- СЮЕ ва бошқа касалликлар дифференциал диагностикасидаги қийинчиликлар.
- СЮЕ этиологиясининг аниқ эмаслиги, айниқса тахмин қилинган СЮЕ сабаби потенциал қайтар бўлса.
- Лаборатор ва инструментал текшириш усуллариининг натижаларини таҳлил қилишдаги қийинчиликлар.
- Бирламчи ўпка патологиясига шубҳа қилинганда пульмонолог маслаҳати.

ДАВОЛАШ

ДАВОЛАШДАН МАҚСАД

- Касалликнинг клиник белгиларини бартараф этиш.
- Нишон аъзолар зарарланишини ҳимоя қилиш.
- Ҳаёт сифатини яхшилаш.
- Шифохонада даволанишлар сонини камайтириш.
- Умрни узайтириш.

ШИФОХОНАГА ЁТҚИЗИШГА КЎРСАТМАЛАР

- Шифохонага ётқизиш амбулатория шароитларида даволаш наф бермаганда зарур:
- ◆ СЮЕ IV функционал синфидаги (Нью – Йорк кардиологлар ассоциацияси таснифига кўра), рўй-рост чарчаб қоладиган ва иш қобиляти пасайиб кетган, шунингдек айланиб юрувчи қон ҳажмини пасайтириш ва организмда суюқлик ушланишини бартараф этиш мақсадида қўлланиладиган диуретиклар наф бермаган беморлар.
- ◆ Диуретиклар, вазодилататорлар ёки мусбат инотроп таъсири бўлган ва гемодинамика кўрсаткичлари назорати остида дори воситалари парентерал (вена

ичига) юбориш режалаштирилган, ўпка артериясини катетерлаш лозим бўлган беморлар.

◆ Юрак қон отиш фракцияси жуда паст ва мусбат инотроп таъсири бўлган дори воситалари билан даволашга мухтожлар.

• Ҳаётга хавф соладиган ритм бузилишлари бўлганда ёки СЮЕ кечишини оғирлаштирадиган аритмияларда.

◆ Ритм бузилишлари: қоринчанинг барқарор тахикардияси, бемор аҳволини оғирлаштирадиган қоринча тахикардияси пароксизмлари, синкопал ҳолатлар, тўсатдан юрак касалидан ўлим, СЮЕ кечишини оғирлаштирадиган қоринча усти ритм (суправентрикуляр) бузилишлари.

◆ Ҳаётга хавф солувчи аритмиялари бўлган беморларни имплантация қилинадиган кардиовертер – дефибриллятор ўрнатишга доир масалани ҳал қилиш мақсадида электрофизиологик текшириш ўтказиш ёки антиаритмик даво тайинлаш учун.

◆ СЮЕли ва ҳаётига хавф соладиган ритм бузилишлари бўлган беморларда кардиовертер–дефибриллятор ўрнатилишигача антиаритмик даво сифатида амиодарон ёки соталол тайинлаш билан кифояланиш зарур.

ДОРИЛАРСИЗ ДАВОЛАШ

Дориларсиз даволаш тадбирларини бемор ва унинг оиласи билан улар ҳар сафар кўриққа келганида муҳокама қилиш керак.

• СЮЕли мавжуд беморларда туз ва суюқлик истеъмоли чегараланиши лозим: туз – кунига 2 г.гача, суюқлик эса 1 – 1,5 л.гача.

• Чекиш ва алкогольдан воз кечиш; алкогольни этил спиртига қайта ҳисоблашда 10 – 20 мл.дан ошмайдиган миқдорда истеъмол қилиш.

• Бир кунда 1 – 2 пиёладан ортиқ қаҳва ичиш тавсия этилмайди.

◆ СЮЕга турғун чалинган беморларга индивидуал ишлаб чиқилган дастурлар доирасидаги жисмоний тикланишни (реабилитация) буюриш.

◆ Беморларни функционал қобилиятларига мос келадиган аэроб машқларни тавсия (юрак қисқариши сони субмаксимал кўрсаткични (70%) ташкил этгунча) қилиш.

◆ СЮЕ белгилари ошиб борадиган беморларда аҳволлари барқарор бўлгунча машқларни тўхтатиш.

◆ Агар беморларда ишемия белгилари пайдо бўлса, машқлар бажаришни тўхтатиш ва кўшимча текшириш ўтказиб даволаш.

ДОРИЛАР БИЛАН ДАВОЛАШ

• СЮЕ аниқланган ҳар бир беморга функционал синфидан қатъий назар ААФ ингибиторларини тайинлаш кўрсатилган фақат анамнезида ангионевротик шиш бўлганлар бундан мустасно.

◆ Даволаш эналаприлнинг паст дозаларидан бошланади (бошланғич доза 2,5 мг. кунда 2 марта, мақсадли доза 10 – 20 мг. кунда 2 марта), лизиноприл (бошланғич доза 2,5 – 5 мг. кунда 1 марта, мақсадли доза 20 – 40 мг. кунда 1 марта), каптоприл (бошланғич доза 6,25 – 12,5 мг. кунда 3 марта, мақсадли доза 50 мг. кунда 3 марта) ёки фозиноприл (бошланғич доза 5 – 10 мг. кунда 1 марта,

мақсадли доза 20 – 40 мг. кунига 1 марта) бошланиб, беморнинг аҳволига кўтаришига қараб (АБ пасайиш даражасига боғлиқ) аста – секин оширилади. Бемор аҳволдан келиб чиқиб максимал дозалар қўлланилади.

◆ Беморларда нохуш белгилар бўлмаганда систолик АБни 80-90 мм.сим.уст. гача пасайтириш мумкин.

◆ ААФ ингибиторлари қарши кўрсатма булганда (йўтал, буйрак етишмовчилигини кучайиши ёки гиперкалиемия) уни тасдиқлаш ва бу ҳақда тиббий ҳужжатларга ёзиб қўйиш.

◆ Агар ААФ ингибиторлари қарши кўрсатма булиши шубҳали ёки ҳужжатлаштирилмаган бўлса, айрим беморларга ААФ ингибиторларини такроран буюришни ўйлаб кўриш.

◆ Анамнезида ангионевротик шиш бўлган беморларга ААФ ингибиторини қайта тайинламаслик.

• ААФ ингибиторларини тайинлашга қарши кўрсатма бўлганда (масалан йўтал пайдо бўлганда) ангиотензин рецепторларнинг блокаторлари қўлланилади. Лазортан (25 – 100 мг. кунига 1 – 2 марта), валсартан (80 – 320 мг. кунига 1 марта), кандесартан (4 – 32 мг. кунига 1 – 2 марта).

• Иккала гуруҳдаги дори воситаларини ҳам кўтара олмайдиган беморларга уларга муқобил сифатида гидралазин нитратлар билан биргаликда қўлланилади.

◆ Гидралазин кунига камида 3 марта, ёки ҳар 6 соатда.

◆ Изосорбид динитрат кунига 3 марта, изосорбид мононитрат кунига 1 марта.

• Барча функционал синфдаги СЮЕ бўлган беморларга β – адреноблокаторлар тайинлаш кўрсатилган.

◆ β – адреноблокаторлар билан даволаш минимал дозалардан бошланади ва ҳар 2–4 ҳафтада максимал кўтара олинadиган дозагача (брадикардия, артериал гипотензия ва бошқа қўшимча таъсирлар) аста – секин кўпайтириб борилади.

◆ β – адреноблокаторлар билан даво ААФ ингибиторлари ёки бошқа вазодилататорларнинг қабули негизида чап қоринча ҳажми ошиб кетмаганда ва бемор аҳволи барқарор бўлганда бошланади.

◆ Беморни β – адреноблокаторлар билан даволаш ҳамда уларни дозасини ошириш даврида вазнини кузатиб боришга ўргатиш лозим.

◆ β - адреноблокаторларни ҳатто оғир бўлмаган юрак етишмовчилигида ҳам тайинлаш керак.

◆ Метопролол (бошланғич доза 12,5 – 25 мг. кунда 1 марта, мақсадли доза 200 мг. кунда 1 марта), бисопролол (бошланғич доза 1,25 мг. кунда 1 марта, мақсадли доза 10 мг. кунда 1 марта), карведилол (бошланғич доза 3,125 мг. кунда 2 марта, мақсадли доза 25 мг. кунда 2 марта, тана вазни 85 кг. ортиқ бўлган беморларда эса у 50 мг. кунда 2 марта).

• Спиринолактоннинг паст дозалари III – IV функционал синфдаги СЮЕ бор беморларга тайинланади.

◆ ААФ ингибиторлари ва β – адреноблокаторлари билан даволашга қарамай, СЮЕ III – IV функционал синфдаги белгилари сақланиб қолган беморларга спинолактон кичик дозаларда (кунда 25дан 50 мг.гача) тайинланади.

- ◆ Спиринолактон ва ААФ ингибиторини қабул қилаётган беморларда қон плазмасида калий ионлари миқдорини аниқлаш зарур.
- Қовузлоқли диуретиклар юрак етишмовчиги бўлган беморларнинг функционал имкониятларини яхшилаш учун тайинланади.
- ◆ Улар СЮЕли II – IV функционал синфдаги беморларга суяқлик ҳажмини назорат қилиш ва тана оғирлигини барқарор сақлаб туриш зарурати бўлганда буюрилади.
- ◆ Буйрақлар фаолиятига ва қондаги электролитлар, айниқса калий миқдорига мунтазам баҳо бериш лозим.
- ◆ Организмда ушланиб қолган сув миқдорини камайтириш мақсадида фуросемид, буметанид, этакрин кислота қўлланилади.
- Фақат қовузлоқли диуретиклар билан даволашга чидамли беморларга, диурезни кучайтириш учун тиазидли диуретиклардан фойдаланиш лозим.
- ◆ Бошқа тиазидли диуретиклар, жумладан хлорталидон, гидрохлоротиазид ҳам ишлатилиши мумкин.
- ◆ Хавфли гипокалиемиyani истисно қилиш учун унинг миқдорини назорат қилиш.
- Юрак етишмовчилиги ва эмболик асоратлар хавфи ошган беморларда антикоагулянт даво ўтказиш керак.
- ◆ Юрак чап қоринчасида тромб (ЭхоКГ ёки вентрикулография маълумотларига кўра), мерцал аритмия (65 ёшдан ошганларда) аниқланган ва анамнезида эмболик лахзалар бўлиб ўтган беморларни варфарин билан даволаш зарур.
- ◆ Ацетилсалицилат кислота ёки клопидогрел юрак қон отиш фракциясидан қатъий назар, ЮИК бор беморларга тайинланади.
- Дигоксин билан даволаш яққол юрак етишмовчилиги, яъни унинг II – IV функционал синфига мансуб беморларда кўрсатилган.
- ◆ Дигоксин тайинлашдан олдин буйрақлар фаолияти бузилмаганлиги ва электролитлар дисбаланси йўқлигига ишонч ҳо қилиш керак.
- ◆ Дигиталисдан захарланиш белгилари бўлмаганда қонда дигоксин миқдорини аниқлаш тавсия этилмайди.
- ◆ Буйрак етишмовчилиги бўлган беморларда унинг дозасини мувофиқлаштириш лозим.
- ◆ Дигоксин билан даволашда қуйидагиларни ҳисобга олиш керак.
- ◆ СЮЕ I функционал синфида дигоксин ишлатилмайди (мерцал аритмияси бўлган беморлар бундан мустасно).
- ◆ Дигоксин мерцал аритмияли беморларда юрак қисқаришлари сонини назорат қилишга ёрдам бериши мумкин.
- ◆ Дигоксин мерцал аритмия нагизида жисмоний юкламадаги юрак қисқаришлар сонини назорат қилишда самарали эмас, шунинг учун бошқа дори воситаларига зарурат туғилиши эҳтимоли мавжуд.
- Юракнинг қон отиш фракцияси паст бўлганда уни ошириш учун инотроп воситалардан фойдаланиш керак.
- ◆ Добутамин – в/и юборилганда мусбат инотроп самараси кенг тарқалган препарат.

- ◆ Инотроп таъсир этувчи дори воситаларни мониторинг кузатуви шароитидагина қўллаш мумкин.
- Диастолик дисфункцияни даволаш юрак қон отиш фракцияси нормал ва унинг етишмовчилиги белгилари бўлган беморларга кўрсатилган.
- ◆ Диастолик юрак етишмовчилиги клиник белгиларини камайтириш учун сув мувозанати, юрак қисқаришлар сони ва АБни назорат қилиш лозим.
- ◆ Шунингдек ушбу гуруҳдаги беморларга диуретиклар, β – адреноблокаторлар, нитратлар, ААФ ингибиторлар ва ангиотензин рецепторларнинг блокаторлари қўлланилади.
- ◆ Гипертрофик кардиомиопатия натижасида ривожланган диастолик юрак етишмовчилиги бўлган беморларда клиник белгилар верапамил тайинланганда камаяди.

ХИРУРГИК ДАВОЛАШ

- СЮЕли ва қоринча аритмиялари, синкопал ҳолатлар ёки тўсатдан ўлим юз берадиган беморларни имплантация қилинадиган кардиовертер - дефибриллятор ўрнатиш учун аниқлаш лозим. У шунингдек ЮИК натижасида ривожланган ва қон отиш фракцияси 30% дан кам бўлган беморда қўлланилиши мумкин.
- Оғир СЮЕли, юрак қон отиш фракцияси паст ва юрак индекси $2 \text{ л/мин} \times \text{м}^2$ дан кичик, шунингдек максимал инотроп терапияга қарамай (перорал ва вена ичига) ўпка артериясидаги босим юқори бўлган юрак трансплантациясини кутаётган беморларга юракни кўчириб ўтказишга тайёргарлик босқичи сифатида қўшимча қон айланиш мосламаларини ўрнатиш имкониятини кўриб чиқиш лозим.
- Оғир СЮЕга чалинган ва юклама синамалари ўтказилаётганда кислород сарфи пасайган беморлар юракни кўчириб ўтказиш учун номзодлар сифатида қаралишлари керак.
- ◆ СЮЕли кислород сарфи паст (1 кг. тана оғирлигига 14 мл/мин. дан ёки ёш максимумидан 50%дан кам) ҳамда максимал комплекс дори олаётган беморлар ҳам юракни кўчириб ўтказиш режасига киритилиш учун текширишга юбориладилар.
- ◆ Юракни кўчириб ўтказишга асосий монеликлар ◆ Ёши 65 дан ошган ◆ Қандли диабет ёки томир касалликлари натижасида ички аъзоларнинг зарарланганлиги ◆ Хавфли ўсмалар ◆ Инсултни бошдан кечирганлик ◆ Рухий хасталикнинг кўзиш даври.
- СЮЕ III ёки IV синфидаги ва Q–T оралиғи давомийлиги катта бўлган беморларда бивентрикуляр кардиостимулятор ўрнатиш имкониятини кўриб чиқиш зарур.

БЕМОРЛАРНИ ЎРГАТИШ

- Беморларга СЮЕ даволаш даврида ҳар куни тана вазнини назорат қилишнинг муҳимлигини тушунтириш лозим.
- ◆ Бемор ҳар куни тана оғирлигини ўлчаши ва ёзиб бориши, мабодо оғирлиги ҳафтада 1,5 кг. дан ошса врач билан боғланиши зарур.

- ◆ Оила аъзолари ва уни кузатувчи умумий амалиёт ва тиббиёт ҳамширалари, беморнинг тана оғирлигини назорат қилишга доир ҳаракатларини рағбатлантиришлари керак.
- Беморларга туз миқдори паст парҳез овқат ва суюқлик қабул қилишлари кераклигини тушунтириш, ош тузи истеъмолини кунига 2 г.гача, суюқликни 1 – 1,5 л.гача камайтириш.
- Беморлар ўз даво тартибларини батаф тушунишлари керак. Уларнинг бурчлари:
- ◆ Қачон ва қандай қилиб дори қабул қилишни билиши;
- ◆ Ҳар бир дори воситасини номи, дозаси ва неча марта қабул қилиш тавсия этилганлиги тўғрисидаги тушунарли рўйхатга эга бўлиши;
- ◆ Қабул қилинадиган ДВ энг кўп учрайдиган ножўя таъсирини билиши ва улар пайдо бўлганда врачга муурожаат қилиш зарурлигини тушуниши.
- Беморларнинг оила аъзоларига юрак-ўпка реанимацияси кўникмаларини эгаллашларини тавсия қилиш.

МУТАХАССИС МАСЛАҲАТИГА КЎРСАТМАЛАР

- Кардиолог маслаҳати СЮЕ оғирлигини, унинг функционал синфини ва кейинги даволаш имкониятларини такрор аниқлаш учун зарур. Қуйидаги муолажаларни ўтказиш зарурлиги борасида кардиологдан кўшимча маслаҳат олиш даркор.
- ◆ Қон газ таркиби анализи билан юкламали синамаси.
- ◆ Ўпка артериясини катетерлаш ёки коронар ангиография.
- ◆ Юракни кўчириб ўтказиш ёки бивентрикуляр кардиостимулятор ўрнатиш.
- Беморларда қоринча усти ёки қоринча ритмининг бузилишлари ҳамда тўсатдан ўлимга олиб келувчи анамнестик кўрсатмалар ва синкопал ҳолатлар бўлганда электрофизиологик текширишлар ўтказиш бўйича уларни мутахассисга маслаҳат олиш учун юбориш лозим.

КЕЙИНГИ КУЗАТИШ

- СЮЕ функционал синфи ва организмда ортиқча суюқлик борлигини мунтазам баҳолаш зарур. Бемор ҳар гал кўринишга келганда:
- ◆ Суюқлик ушланиш белгилари борлигини аниқлаш ва уни тиббий ҳужжатларда қайд қилиш.
- ◆ СЮЕ таснифига биноан беморнинг функционал ҳолатини баҳолаш ва қайд этиш.
- ◆ Беморнинг тана оғирлигини аниқлаш ва қайд этиш.
- Беморни кўриш учун ташриф пайтларида ҳам унга ўргатиш бўйича суҳбатлар ўтказиш.
- Монанд даво ва ош тузи ҳамда суюқликни истеъмол қилиш чекланганлигига, дорилар билан даволашга риоя қиланаётганлигига қарамасдан организмга суюқлик тутилиш белгилари сақланиб қолаётган бўлса, функционал ҳолати ёмонлашса беморни кардиолог маслаҳатига юбориш.
- Қуйида санаб ўтилган лаборатория текширишларини йилига камида 1 марта (ёки клиник кўрсатмаларга кўра кўпроқ) ўтказиш лозим.

- ◆ Қон зардобида электролитлар ва дигоксин микдорини йилига камида 1 марта ва даволашдаги ўзгаришлардан кейин аниқлаш.
- ◆ Буйрак функцияларининг ҳолати (жумладан мочевина ва креатинин) йилида камида 1 марта.
- Беморга нохуш таъсирли дори воситалари тайинланганда унинг ҳолатини кунт билан кузатиш лозим. Қуйидаги кўрсаткичлар назорат қилинади.
 - ◆ Билвосита антикоагулянтлар (варфарин) қўллашда ХММ.
 - ◆ Статинлар қўлланилганда жигар функцияси.
 - ◆ Қалқонсимон без касалликлари ва амиодарон қабул қилаётган беморларда унинг функцияси.
 - ◆ Дигоксин ёки аритмик дорилар қўлланилганда уларнинг қондаги микдори.
- СЮЕ кечишини оғирлаштириши эҳтимоли бўлган ёки қўллаш мумкин бўлмаган дори воситалари устидан назорат ўрнатиш.
 - ◆ Беморлар ЯҚНДВ ва ЦОГ 2 ингибиторларини қабул қилишдан сақланишларини тушунтириш.
 - ◆ Тез шишлар пайдо бўлишига ёки буйрак етишмовчилигига мойил беморларга метформин тайинлашдан сақланиш.
 - ◆ Кальций каналлари блокаторлари (амлодипиндан ташқари), антиаритмик дорилар (амиодарондан ташқари), трициклик антидепрессантлар, глюкокортикоидлар, эритромицин, антигистамин дори воситалари тайинлашдан сақланиш.

ПРОГНОЗИ.

- СЮЕ бўлган беморларнинг 5 йиллик умр кўриши 50%дан ошмайди
- Уларда тўсатдан ўлим хавфи умумий популяцияга қараганда 5 марта юқори.

НАФАС ЕТИШМОВЧИЛИГИ

Нафас етишмовчилиги бу атрофдаги ҳаво ва организмда айланиб юрган қон ўртасидаги газ алмашинуви бузилиб, гипоксемия ёки гиперкапния ривожланишидир. Газ алмашинуви иккита босқичдан иборат

- Вентиляция – атроф муҳит ва ўпка ўртасидаги газ алмашинуви
- Оксигенация - ўпка ичидаги газ алмашинуви; веноз қон CO_2 ни ажратади ва O_2 билан тўйинади.

Этиологияси ва патогенези

- Нафас олинadиган ҳавода pO_2 камайиши (масалан, катта баландликда барометрик босимнинг пасайиб кетиши)
- Нафас йўллари обструкцияси (масалан, ЎСОК, бронхиал астма, муковисцидоз, бронхиолит) кейинчалик гипоксемияга олиб келувчи альвеоляр гиповентиляция. Гипоксемия – нафас етишмовчилиги патогенезининг етакчи халқаси ҳисобланади
- Гиповентиляция (гипоксемия) ўпка оралиқ тўқимаси зарарланиши оқибати
- ★ Саркоидоз
- ★ Пневмокониоз
- ★ Системали склеродермия
- ★ СҚВ
- ★ Юқори сезувчан пневмонит
- ★ Ўпка интерстициал фибрози
- ★ Ўпканинг метастатик диссемиранган захарланиши
- ★ Лимфоцитар лимфома
- ★ Гистоцитоз
- Бирламчи ўпка патологияси бўлмаган гиповентиляция (гипоксемия)
- ★ Анатомик бузилишлар
- ◆ Нафас марказидаги нуқсонлар
- ◆ Кўкрак қасасидаги деформациялар

(кифоскоилоз) ♦ Кўкрак деворининг структур ўзгаришлари: қовурғалар синиши ✦ Нерв – мушак касалликлари ♦ Миастения ♦ Миопатиялар ♦ Полиомиелит ♦ Полимиозит. Нафас мушаклари фалажланиши ёки кальций, темир етишмовчилигида, сепсисда ва айрим бошқа ҳолатларда уларнинг уйғунликда ишлай олмаслиги ✦ Баъзи эндокрин касалликлар ♦ Гипотиреоз ♦ Ёғ босиши ✦ Ўпкаларнинг ишдан чарчаши ♦ Гипервентиляция ♦ Нафас олишда йўқотиладиган энергия сарфининг кўпайиши: нафас йўллари обструкциясида аэродинамик қаршиликнинг ошиши • Альвеоляр гиповентиляциясиз гипоксемия ✦ Шунт ♦ Қонни «ўнгдан чапга» отиш нуқсонларида юрак ичи шунти ♦ Ўпка артериовеноз шунтлари ♦ Ўпкада тўлиқ вентиляция қилинмайдиган, бироқ перфузия қилинадиган ўчоқлар борлиги ♦ Анемия ёки юрак етишмовчилиги натижасида веноз қонда pO_2 пастлиги.

Классификацияси. Нафас етишмовчилиги даражаси тўғрисида одатда яққол нафас қисиши, цианоз, тахикардия ва артериал қоннинг газ таркиби бўйича фикр юритилади. Нафас етишмовчилиги даражасига тахминий баҳо берадиган белги жисмоний юкламага чидамликнинг пасайишидир. Нафас етишмовчилигининг учта даражаси фарқ қилинади • I даражаси – нафас қисиши жисмоний зўриқишдагина пайдо бўлади • II даражаси – унча кўп бўлмаган жисмоний ҳаракатда нафас қисади • III даражаси – тинч турганда нафас қисиши пайдо бўлади.

КЛИНИК-ЛАБОРАТОР ДИАГНОСТИКАСИ

• Гипоксемия ✦ Ўткир гипоксемия ҳаётини муҳим аъзолар (аввало МНС ва юрак) фаолиятининг тезда бузилишига ва комага олиб келади ✦ Сурункали гипоксемия ўпка вазоконстрикциясига ва ўпкали-юрак ривожланишига сабаб бўлади.

• Гиперкапния ✦ Ацидоз ✦ Артериал гипотензия ✦ Юракнинг электик беқарорлиги ✦ Рухий бузилишлар (кучсиз ўзгаришлардан ступоргача) ✦ Ўткир ва сурункали гиперкапниянинг клиник белгилари.

Ташқи нафас функциясини текшириш • Нафас механикасига баҳо бериш • Вентиляция – перфузия муносабатини ўлчаш, барқарор газ алмашинувини таъминлашга эришиш, кейин альвеолаларда ва нафас олиннадиган ҳаводаги pO_2 ни аниқлаш.

ДАВОЛАШ

• Олиб бориш тамойиллари ✦ Нафас етишмовчилиги сабабини бартараф қилиш ✦ Оксигенотерапия ✦ ЎСВ ✦ Кислота-ишқор ҳолатини тиклаш ✦ Ятроген асоратлар профилактикаси: ♦ Баротравмалар ♦ Инфекциялар ♦ Кислороддан захарланиш.

• Бронхлар обструкциясини тугатиш ♦ Бронхолитиклар ♦ Бронхиал секретни ҳайдаш (постурал дренаж, балғам кўчирадиган дори воситалар, перкутор массаж).

• Гипоксемияни тuzатиш ♦ Нафас олиннадиган газ аралашмасида кислород функциясининг назорати ($F_i O_2$) остида оксигенотерапия (ўрта ҳисобда 25-35%, бироқ кислород интоксикацияси бўлмаслиги учун одатда 60% дан ошмаган); симоб устуни ҳисобида 60 мм. ошмаган P_aO_2 га ва 90%дан кўп артериал оксигемоглобин сатурациясига эришиш учун ✦ Ўпка ҳажмларини ошириш ♦ Нафас йўлларида доимий мусбат босимни танлаш ♦ Нафас чиқариш охирида сув устуни ҳисобида

30-50 мм. атрофидаги мусбат босим ўСВга муҳим қўшимча ✦ Гемодинамикани қўллаб-қувватлаш ✦ ўпка артерияси босимдан тикилиб (ўАБТ) қолганда инфузион даволаш ✦ Инотроп воситаларни инъекция қилиш (допамин, добутамин, бошланғич дозаси – 5 мг/кг/мин.) ✦ Тўқималарнинг O₂га эҳтиёжини мақсадга йўналтирилган ҳолда пасайтириш ✦ Ҳаяжонланишни ва бошқа қўшилиб келган ҳолатларни бартараф қилиш (иситма, сепсис, талвасалар)

● ўСВ ✦ Кўрсатмалар: ✦ Спонтан нафас олишда ундаги аралашмада Fi O₂ни узок вақт туриш зарурлиги ✦ Нафас мушакларининг кучсизлиги ✦ Нафас марказининг сусайиб кетиши ✦ Эс-хушнинг бузилиши ✦ Гемодинамиканинг беқарорлиги.

Қисқартма. ўАБТ – ўпка артериясининг тикилиши.

ХКК – 10. J 96 Бошқа рубрикаларда таснифланмаган нафас етишмовчилиги.

ЎТКИР ЎПКАЛИ – ЮРАК

Ўткир ўпкали-юрак (ўўЮ) – ўпка томирлари обструкцияси ва гипертензияси натижасида пайдо бўлган ўткир ўнг қоринча етишмовчилиги клиник синдроми. Унга классик мисол – ўАТЭ.

Этиологияси ● ўАТЭ ● Ёғ, газ, ўсма эмболияси ● ўпка веналари тромбози ● Клапанли пневмоторакс, пневмомедиастинум ● ўпка инфаркти ● Бўлак ёки тотал пневмония ● Бронхиал астманинг оғир хуружи, астматик статус ● ўпка раки ва лимфангити ● Марказий ва периферик веноз гиповентиляция (ботулизм, полиомиелит, миастения) ● ўпка артерияси артеритлари ● ўпка резекцияси ● ўпканинг массив ателектази ● Қовурғаларларнинг кўп сонли, ҳамда тўш суяги синиши (қалқиб турадиган кўкрак қафаси) ● Плевра бўшлиғида суюқликнинг тез йиғилиши (гемоторакс, экссудатли ва қуруқ плеврит, плеврал бўшлиққа янглишиб киритилган ўмров ости катетери орқали суюқлик тушиши).

Хавф омиллари ● Оёқ чуқур веналари тромбофлебити ● Операциядан ёки туғруқдан кейинги давр ● Бронх – ўпка патологияси.

Патогенези ● ўпка гипертензиясининг ўткир ривожланиши (ўпка артерияси эмболиясида ўнг қоринча қонни кичик қон айланиш доирасига ҳайдаш қобилиятини тўлиқ йўқотади ёки камаяди, бунинг натижасида ўткир ўнг қоринча етишмовчилиги ривожланади) ● Яққол бронхоконтрикция ● ўпка – юрак, ўпка – томирлар ва ўпка коронар – рефлекслар ривожланиши – АБ нинг кескин пасайиши, коронар қон оқими ёмонлашуви ● ўткир нафас етишмовчилиги.

Клиник манзараси. Тўлиқ саломатлик ёки мавжуд асосий касаллик барқарор кечаётганда бир неча минутлар ёки соатлар (камроқ кунлар) ичида бемор аҳволининг тўсатдан ёмонлашиб қолиши. Баъзи ҳолларда жараённинг яшиндек тез ривожланиши.

● Кескин нафас қисиши, бўғилиш сезгиси, ўлим ваҳимаси, яққол цианоз, акроцианоз.

- Оғрик синдроми: кўкракда оғрик, ЎАТЭда ёнбошда нафас билан боғлиқ оғрик (кўпинча қон туфлаш билан). Ўнг қоринча етишмовчилиги тез авж олганда жигар катталашуви сабабли ўнг қовурғалар остида кескин оғрикда пайдо бўлиши.

- Бўйин веналарининг бўртиб чиқиши.

- АБнинг коллапс ҳолатигача пасайиб кетиши ва юракда қон оқими сусайиши оқибатида юзага келадиган тахикардия (ЮУС минутига 100-160).

- Ўпка аускультацияси – ЎЎЮ келтириб чиқарган патологик жараён белгилари: нафас сусайиши, унинг шовқинларини йўқлиги ёки бронхиал нафас, қуруқ ёки ҳўл хириллашлар, плевранинг ишқаланиш шовқини.

- Юрак аускультацияси – ўпка артерияси устида II тон акценти, юрак турткиси кучайиши, кўп ҳолларда аритмия (бўлмачалар ва қоринчалар экстрасистолияси, мерцал аритмия), баъзан уч табақали клапан етишмовчилиги натижасида систолик шовқин ва от дупури ритми.

- Айрим ҳолатларда бемор аҳволининг оғирлиги туфайли ўпканинг перкуссия ва аускультацияси нормал натижалари ўртасида номувофиқлик пайдо бўлиши.

Лаборатор маълумотлар ● Гипоксия ($P_a O_2$ пасайиши) ● Гипервентиляция ($P_a O_2$ тушиб кетиши натижасида аниқланадиган) ● Ўртача ўткир респиратор алкалоз ($P_a O_2$ паст ва рН қийматлари ошган).

МАХСУС ТЕКШИРИШЛАР

- Кўкрак қафаси аъзоларини рентгенографияси ✦ Пневмоторакс белгилари, плевра бўшлиғида суюқлик борлиги, тотал пневмониялар, ателектаз ✦ Баъзан эмболияларда ҳам ўпкада рентгенологик ўзгаришлар бўлмаслиги ✦ Ўпка томирлари ангиографияси – шошилиш эмболэктомия зарурати бўлганда тромбнинг қаерда жойлашганини аниқлаш мақсадида.

- ЭКГ (айниқса динамикада ахборотли) ✦ ЎЎЮ белгиларини чап қоринча орқа-пастки девори МИ (миокард инфаркти) деб қабул қилиш мумкин ✦ Кенг ва чуқур Q ҳамда манфий T тишчаси II, III стандарт тармоқларда aVF. V_1-V_2 . R тишчаси амплитудасининг баландлашиши, стандарт ва кўкрак тармоқларда ST сегментининг депрессияси ✦ Юрак ўнг бўлимларининг ортикча ишлаши ёки гипертрофияси белгилари: юрак электр ўқининг ўнгга жиши, стандарт тармоқларда S тишчаси, V_5-V_6 юқори R, aVRда, ўтиш зонасининг ўнгга жиши, P-pulmonale. Гисс тутами ўнг оёқчасининг қисман ёки тўлиқ блокадаси ✦ Ритм бузилишлари (экстрасистолия, бўлмачалар фибрилляцияси).

Дифференциал диагностикаси – ўнг қоринча миокард инфаркти ва унинг ўткир етишмовчилиги.

Даволаш этиологик; симптоматик даволаш гипоксия ва ацидозни мувозанатга келтиришга, гипертрофияни назорат қилишга ва ўнг қоринча етишмовчилигини даволашга қаратилган.

- Оксигенотерапия. ЎЎЮни даволашнинг дастлабки босқичларида асосий ўпка касаллигини даволаш, кислород қўллаш ва бемор ўпкаси вентиляция қобилятини яхшилашни ўз ичига олиши керак. Кўпчилик беморлар кислородга сезувчан бўлганликлари сабабли уни юқори концентрацияларда қўллашдан сақланиб, тўйинтиришни 90% даражасида қувватлаб туриш лозим.

- Диурез. Суюқлик ушлаб қолиниши ўпка томирлари қаршилигини ошириши мумкин. Уни даволаш учун оксигенацияни яхшилаш ва тузни чегаралаш. Бироқ кўп ҳолларда диуретиклар тайинлаш керак бўлади.
 - Қон чиқариб юбориш қисқа самарали усул ва Нt даражаси юқори бўлганда фойдаланилади.
 - Юрак гликозидлари чап қоринча етишмовчилиги бўлмаганда яхши самара бермайди.
 - Вазодиятаторлар, айниқса томирларнинг шакли бузиладиган зарарланишларда ёки ўпка фиброзида кенг қўлланилади. Бироқ уларнинг самарадорлиги шубҳали.
- ХКК-10 • I 26.0** Ўткир ўпкали-юракни эслатовчи ўпка эмболияси.

СЕМИРИШ

Семириш – организмда ортиқча ёғ йиғилиши бўлиб (тана вазни меъеридан 20% дан ортиқ) унда 25-30% ҳолларда наслий мойиллик қайд этилади (лептин етишмовчилиги, LEP. OB, 164160, 7q31.3; ёғ босишига мойиллик локуслари: ADRB 2, 109690, 5q 3-2q 34; OQTL, 602025, 20 q 13.11- q 13.2). **Статистик маълумотлар.** Эркакларда 24% ва аёлларда 27%, 50-60 ёшда 80 ёшга нисбатан 2 марта кўпроқ аниқланади.

Хавф омиллари • Оилавий анамнезда семиришлар • Ҳомиладорлик • Ўтириш тарзи • Таркибида ёғ миқдори юқори овқатларни истеъмол қилиш • Ижтимоий омиллар (ҳаёт даражасининг ва ижтимоий ҳолатнинг пастлиги).

КЛАССИФИКАЦИЯСИ

- Семириш тури бўйича ✦ Эркаклар тури (андроид ёки абдоминал) ✦ Аёллар тури (линекоид ёки думба).
- Ифодаланган даражаси бўйича ✦ Енгил – идеал тана вазнидан <40% ошиши ✦ Ўртача –41-100% ✦ Оғир – >100%.
- Ёғ тўқимаси вазнининг типи бўйича ✦ Гипертрофик – ёғ тўқимаси ўлчамларининг катталашуви ✦ Гиперпластик – ёғ хужайралари сонининг кўпайиши ✦ Аралаш (гипертрофик -гиперпластик).

Этиопатогенези • Овқат истеъмоли билан энергия сарфланиши ўртасидаги номуносиблик (жисмоний фаоллик ва метаболизм ўртасида) • Эндокрин ва метаболик бузилишлар (гиперадренокартицизм, инсулинома, Иценко-Кушинг синдроми). Патогенезининг етакчи ҳалқаси - инсулинга чидамлилиқ ва гиперинсулинемия • Булемия • Гипоталамогипофизар тизим зарарланиши.

Клиник манзараси. Семириш белгилари – тана вазнининг ошиши ва ёғ тўқимасининг рўй-рост йиғилиши. Ўпка сиғими камайганлиги туфайли озгина жисмоний ҳаракатда ҳам нафас қисиши. Жуда семиз одамларда у пиквик синдромига қадар кучайиши (гиповентиляция ва карбонат ангидрид газини ушланиб қолиши натижасида гипоксия ва уйқучанлик). Бел оғриши, остеоартроз, артериал гипертензия, 2-типдаги қандли диабет, ҳайз циклининг бузилишлари содир бўлиши. Кўпинча терининг турли хил зарарланишлари.

ТЕКШИРИШ УСУЛЛАРИ

- Тана вазни индекси (ТВИ) – метрларда (м²) ифодаланган, бўй квадратига бўлинган, кг.даги тана массаси. Ёғ босиш: ТВИ >30 кг/м².
- Бел ва сонлар айланмасини ўлчаш ва белнинг сонларга нисбатан (БСН) ҳисоблаш йўли билан ёғ тақсимланиш типи аниқланади: ёғ босишнинг эркаклар турида аёллар учун БСН > 0,85, эркаклар учун > 0,95; ёғ босишнинг аёллар турида аёллар учун БСН <0,85, эркаклар учун <0,95.

ДАВОЛАШ

ОЛИБ БОРИШ ТАМОЙИЛЛАРИ

- Жисмоний активликни ошириш.
- Парҳез (овқатланишни тартибга солиш) ✦ Кундалик сарфини 1200 – 1500 ккал. гача чеклаш ✦ Эҳтимол тутилган асоратлар: дегитратация, ортостатик гипотензия ✦ Монеликлар: анамнезда миокард инфаркти ёки инсульт, жигар ёки буйрак касалликлари, рак, ҳомиладорлик, 1-типдаги қандли диабет, руҳий касалликлар.
- Парҳезга риоя қилинмаганда жисмоний машқлар кам самарали.

Дорилар билан даволаш. Ҳозирги вақтда иккита препарат – орлистат ва сибутралин тавсия қилинган.

Хирургик даволаш оғир ёғ босишида тавсия этилади – меъда хажми радикал камайтирилади (вертикал гастропластика ёки қизилўнгач – ичак анастомози).

Асоратлари • Юрак – томирлар етишмовчилиги • Қандли диабет • Артериал гипертензия • Гиперлипидемия • Холецистит, холетиаз • Остеоартрит • Подагра • Тромбоэмболиялар • Тунги апноэ синдроми.

Синонимлари • Адипоз • Семизлик.

Қисқартмалар • ТВИ – тана вазни индекси • БСН – белнинг сонларга нисбати.

ХКК – 10 • Е66 Семириш.

ГИПЕРТРОФИК КАРДИОМИОПАТИЯ

Гипертрофик кардиомиопатия – чап қоринча деворларининг қалинлашиши ва асосан диастолик юрак етишмовчилиги билан характерланадиган юракнинг бирламчи зарарланиши.

ХКК–10: • **I42.1** Обструктив гипертрофик кардиомиопатия • **I42.2** Бошқа гипертрофик кардиомиопатия.

Қисқартмалар: ГКМП – гипертрофик кардиомиопатия.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯСИ

ГКМП – юракнинг тарқалган генетик касаллиги (тахминан 1:50 нисбатда кузатилади) ва популяцияда 0,2% ни ташкил қилади.

ПРОФИЛАКТИКАСИ

ГКМП – саркомерлар оқларини кодлайдиган генларнинг мутациялар билан боғлиқ генетик касаллиги бўлганлиги сабабли профилактикаси бўйича тадбирлар ҳозирча ишлаб чиқилмаган.

СКРИНИНГИ

- ГКМП скринингини ёш спортчиларда уларнинг мусобақаларда қатнашишлари олдидан ўтказиш зарур.

● Скринингни ГКМП диагнози аниқланган беморнинг қариндошлари орасида ҳам олиб бориш лозим.

● Асосий скрининг усули – юрак аускультацияси ҳисобланади ва шовқин аниқланганда беморни ЭКГ ва ЭхоКГга юбориш керак.

КЛАССИФИКАЦИЯСИ

ГКМП гемодинамик классификацияси

● Обструктив шакли (чап қоринча чиқувчи йўлининг динамик обструкцияси билан) – 20-25% ҳоллар. Обструкциянинг юзага чиққанлигига қараб ГКМП обструктив шаклининг тўртта босқичи фарқ қилинади (Нью–Йорк кардиологлар ассоциацияси классификацияси жадвалда келтирилган).

● Обструктив бўлмаган шакли – ГКМП 75 – 80% ҳоллари.

ГКМП анатомик классификацияси (Maron В.Ј бўйича)

● I тури (10%) қоринчалараро тўсиқ олдинги бўлимнинг гипертрофияси.

● II тури (20%) қоринчалараро тўсиқнинг олдинги ва орқа бўлимлари гипертрофияси.

● III тури (50%) қоринчалараро тўсиқ гипертрофияси ва чап қоринча олдинги – ён деворининг бўшлиғи.

● IV тури қоринчалараро тўсиқ олдинги бўлими гипертрофиясининг йўқлиги, чап қоринча чўққисининг алоҳида жалб қилинганлиги билан (осиё апикал тури) характерланади.

ДИАГНОЗИ

АНАМНЕЗИ

● ГКМПга чалинган беморларда клиник белгилар кузатилмайди ва диагноз бошқа сабаблар туфайли текширилаётганда тасодифан қўйилади.

● Касаллик ҳар қандай ёшда бошланиши мумкин, бироқ кўпинча дастлабки клиник белгилари 30-40 ёшларда пайдо бўлади.

● Кўп учрайдиган шикоятлар:

◆ Нафас қисиши (75%)

◆ Кўкрак қафасида оғриқлар (75%)

◆ Бош айланиши (20%)

◆ Ҳушни йўқотиш ҳолатлари (20%)

◆ Юрак ишида камчиликлар ёки унинг уришини сезиш (20%)

● Касалликнинг биринчи клиник белгиси баъзан тўсатдан юрак сабабли ўлим юз бериши (тахминан 1%)

● Анамнезда беморнинг яқин қариндошлари орасида 55 ёшгача тўсатдан ўлим ҳоллари бўлганлигини суриштириш.

ФИЗИКАЛ ТЕКШИРИШ

● ГКМП обструктив шаклида беморни бевосита физикал текшириш натижалари кам маълумот беришини ҳисобга олиш лозим.

● Физиал текшириш ўтказишда қуйидаги белгилар борлигига аҳамият бериш зарур.

◆ Пульс тўлқинининг тез ўсиб бориши, тўлиқлиги.

◆ Бўйин веналари ҳолати.

◆ Чўққи турткиси – юқори, туташ.

◆ Аусультацияда тонлар:

✦ I тон одатда ўзгармаган

✦ II тон аксарият меъёрида, оғир обструкцияли беморларда – пародоксал парчаланиш.

✦ III тон эшитилмайди.

✦ IV тон одатда эшитилади.

◆ Аусультацияда шовқинлар.

✦ Систолик шовқин – паст тўлқинли, тўшнинг чап чети бўйлаб эшитилади ва қоринча ичи босимини оширадиган омиллар таъсири остида кучаяди: вертикал ҳолатга ўтиш, динамик жисмоний юклама, тахикардия, овқат қабул қилиш, вальсальва синамасы, вазодилататорларни қабул қилиш.

✦ Митрал регургитация шовқини (митрал юрак нуқсонлари ва бошқалар).

● ГКМП ёш ва кекса ёшдаги беморларда кечиш хусусиятлари жадвалда келтирилган.

ЛАБОРАТОР ТЕКШИРИШЛАР

● ГКМПли ҳамма беморларда стандарт умумий ва биокимёвий қон анализларини ўтказиш зарур (қандли диабетга скрининг, гиперхолестеринемия, жигар ва буйрак функциялари ҳолатига баҳо бериш), бу кейинчалик мўлжалланган оператив даволашда айниқса муҳим.

Жадвал. ГКМП обструктив шакли босқичларининг таърифи.

Босқичлари	Босим даражаси сим.уст.мм.да	Клиник белгилари
I	< 25	Йўқ
II	26-36	Жисмоний юкломани кўтаришнинг ёмонлашуви
III	37-44	Юкламага чидамлиликнинг яққол пасайиши ҳамда стенокардия ва нафас қисиши пайдо бўлиши
IV	> 45	Қон айланиши етишмовчилининг клиник белгилари

Жадвал. ГКМП турли ёшдаги беморларда кечиши.

Белгиси	Кекса ёшдаги беморлар	Ёш беморлар
Жинси	Аёллар устунлик қилади	Эркаклар устунлик қилади
Клиник белгилари:		

Синкопал ҳолатлар	Кўпинча бир хил	Кўпинча бир хил
Стенокардия	Кўпинча бир хил	Кўпинча бир хил
Нафас қисиши	Аксарият ҳолларда кўпроқ	Кўпинча камроқ
Клиник белгиларнинг юзага чиққанлиги	Кўпроқ ифодаланган	Камроқ ифодаланган
Оилавий анамнез	Одатда кам ҳолларда	Одатда кўп ҳолларда
ЭКГ олдинги ва ён деворларда Q тишчаси	Камдан – кам	Кўпинча
Касалликнинг авж олиши	Секин	Тез
Тўсатдан ўлим	Камроқ	Кўпроқ

- Ирсий мойиллик мавжуд бўлган ҳолларда, диагнозни тасдиқлаш ва прогнозни аниқлаш учун генетик текширув ўтказиш кўрсатилган.

МАХСУС ТЕКШИРИШЛАР

- ГКМПли ҳамма беморларда 12 стандарт тармоқда ЭКГ олиш ва унда қуйидаги белгиларга аҳамият бериш зарур:

- ◆ Клиник белгилари бўлган 95% беморларда ГКМП хос специфик ўзгаришлар бўлмаса ҳам ЭКГ ўзгаришлар аниқланади.

- ◆ Чап қоринча гипертрофияси мезонлари 60% беморларда кузатилиб, қоринчалар комплексининг охирги қисмида ўзгариш учрайди.

- ◆ Алоҳида апикал гипертрофияли беморларда гигант манфий Т тишчалари хос.

- ◆ 25-50% беморларда одатда II, III, aVF ✦ ва чап кўкрак (V₅, V₆) тармоқларда патологик Q тишчалар бўлиши.

- ◆ Беморларнинг учдан бир қисмида юрак электр ўқининг чапга жиши ва кўпинча Гисс тутами чап оёқчасининг нотўлиқ блокадаси.

- ◆ Аксарият ҳолларда P-R оралиғининг қисқариши ва Q – Т оралиғининг узайиши.

- ГКМПга шубҳа қилинган барча беморлар ЭхоКГ текширувларидан ўтишлари зарур (ГКМП диагностикасининг асосий усули) ва бу чап қоринча ассиметрик гипертрофиясини аниқлашга имкон беради.

- ◆ Чап қоринча деворининг қалинлиги эркакларда 1,5 см. дан ва аёлларда 1,3 см. дан кўпроқ.

◆ Қоринчалараро тўсиқ қалинлигининг чап қоринча орқа девори қалинлигига нисбатини 1,3 дан ортиқлиги.

◆ Чап қоринча чиқув йўлининг динамик обструкцияси борлигида (тинчликда, юкламада), митрал клапан олдинги табақаси систолик характериға ва митрал регургитацияға баҳо бериш.

◆ ЭхоКГ сифатсиз тасвир олинганда юрак МРТсини ўтказиш.

● ГКМПли беморларда ЭКГни Холтер бўйича кеча–кундузлик мониторинги.

◆ Бекарор қоринчалар тахиардиясининг белгисиз учраш ҳоллари борлиги прогностик томондан салбий ҳисобланади.

◆ Беморларнинг бир қисмида ГКМП ва WPW синдромининг бирға келиши кузатилади.

Жадвал. ГКМП ва “спортчи” юрагининг дифференциал диагностикаси.

Белгиси	ГКМП	“Спортчи” юраги
ЭКГ да чап қоринча гипертрофияси мезонлари	Мавжуд	Мавжуд
Патологик Q тишчалар ёки T тишча инверсияси	Мавжуд	Йўқ
Чап қоринча деворининг максимал қалинлиги	> 16 мм.	эркакларда < 16 мм. аёлларда < 14 мм.
Чап қоринча гипертрофияси характери	Ассиметрик	Симметрик
Чап қоринчанинг охирги диастолик ўлчами	< 45 мм.	> 55 мм.
Чап қоринчанинг диастолик фаолияти	Бузилган	Ўзгармаган
Чап бўлмача ўлчамлари	Катталашган	Ўзгармаган
Спорт билан шуғулланиш тўхтатилгандан кейин 3 ой ўтгач чап қоринча гипертрофияси юзаға чиқишининг	Йўқ	Ҳа

● ГКМПли беморларда кўрсатмалар бўлганда жисмоний юклама билан синама ўтказиш лозим.

◆ Жисмоний юкламага гипотензив реакция ҳамда миокард ишемияси – ноҳуш прогностик омил.

● ГКМПли ва кўкрак қафасида оғриқ белгиси бўлган беморларда таллий изотопи билан юкламали миокард сцинтиграфиясини ўтказиш кўрсатилган.

ДИФФЕРЕНЦИАЛ ДИАГНОЗИ

● Миокард чап қоринчаси гипертрофияси кўпгина сабабларга кўра ривожланиши мумкинлигини назарда тутиш лозим ◆ АГ (юракнинг гипертоник зарарланиши) ◆ “Спортчи юраги” ◆ Аортал стеноз ◆ Фридрайх атаксияси ва юракнинг бошқа генетик касалликлари ◆ Юракнинг инфилтратив зарарланишлари (амилоидоз).

● ГКМП ва “спортчи юраги” дифференциал диагностикаси юқоридаги жадвалда келтирилган.

МУТАХАССИС МАСЛАҲАТИГА КЎРСАТМАЛАР

ГКМПли беморларни қуйидаги ҳолларда диагнозни аниқлаш ёки тасдиқлаш мақсадида кардиолог маслаҳатига юбориш лозим.

● Клиник текширишларнинг шубҳали ёки кам маълумот берадиган натижаларида.

● ГКМП бошқа касалликлар билан бирга келганда.

● Оилавий анамнез бўйича тўсатдан юрак фаолияти ёмонлашганлигидан ёш шахсларда ўлим кузатилганда.

● Обструкция даражасига баҳо бериш ва тўсатдан юрак касаллигидан ўлим хавфини аниқлаш учун.

ДАВОЛАШ

ДАВОЛАШ МАҚСАДЛАРИ

● Клиник белгиларни бартараф қилиш.

● Юрак ритми бузилишларини даволаш.

● Юқори хавф тоифасига кирадиган беморларда юракдаги ўзгаришлар натижасида тўсатдан ўлимнинг олдини олиш.

ШИФОХОНАГА ЁТҚИЗИШГА КЎРСАТМАЛАР

● ГКМП негизда мерцал аритмия пайдо бўлиши (дорилар танлаш ёки электр кардиоверсияси учун).

● Синкопал ҳолатлар борлиги.

● ГКМПнинг стенокардия ёки сатандарт давога чидамли юрак етишмовчилиги билан бирга келиши.

ДОРИЛАРСИЗ ДАВОЛАШ

● Беморлар спорт мусобақаларида катнашмасликлари, шунингдек катта зўриқиш билан билан алоқадор жисмоний фаолликдан ўзларини эҳтиёт қилишлари керак.

● Беморлар алкоголь ичишдан ва тамаки чекишнинг ҳар қайндай туридан воз кечишлари зарур.

● Беморларга тана оғирлигини меъёр кўрсаткичларида сақлаб туришни тавсия этиш лозим.

Дори воситаси	Дозаси, мг/кунда	Кўрсатмалар
β-адреноблока-торлар		Клиник белгилар: стенокардия, нафас қисиши ва пресинкопал ҳолатлар бўлганда бошланғич даво
Атенолол	50-150	
Метопролол	100-400	
Пропранолол	60-240	Монотерапиядан самара бўлмаганда кальций каналлари блокаторлари билан биргаликда қўллаш мумкин
Надолол	80-320	
Кальций каналларининг блокаторлари:		Клиник белгилар бўлганда бошланғич терапия жисмоний юкломани кўтара олишнинг пасайишлари Монотерапиядан самара бўлмаганда β-адреноблокаторлар билан биргаликда қўллаш мумкин
Верапамил	240-480	
Дилтиазем	120-480	
Амиодарон	300-600	Юрак ритмининг қоринча усти ва қоринчали бузилишларида
Варфарин	1-9 (ХММ 2,0дан 3,0гача эришиш)	Мерцал аритмияда

ДОРИЛАР БИЛАН ДАВОЛАШ

- Клиник белгилари бўлган беморларга манфий инотроп самарага эга дори воситалари тайинланади: ♦ β-адреноблокаторлар ♦ Нодигидропиридин қаторининг кальций каналлари блокаторлари.
- Қоринча усти ва қоринча ритм бузилишлари бўлган беморларда амиодарон танлов дориси ҳисобланади.
- Мерцал аритмияли беморларга варфарин тайинлаш кўрсатилган.
- Чап қоринча чиқувчи йўли обструкцияси мавжуд бўлса бактериал эндокардит профилактикасини ўтказиш лозим.
- Чап қоринча чиқувчи йўлининг яққол обструкцияси бўлганда қисқарувчанликни кучайтирадиган ёки унинг хажмини камайтирадиган дори воситаларини тайинлашдан сақланиш керак.
- ГКМПни дорилар билан даволаш юқоридаги жадвалда келтирилган.

ХИРУРГИК ДАВОЛАШ

- ГКМП обструктив шакли ва клиник белгилари бўлган беморларни хирургик даволаш қуйидаги ҳолларда кўрсатилган:

- ◆ Дорилар билан даволашга чидамлилиқ.

- ◆ Зарур дозаларда дори воситаларини кўтара олмаслик ёки монеликлар борлиги.

- ◆ Қоринча ичи босими симоб устуни ҳисобида 50 мм. дан кўп бўлиши.

- ГКМП обструктив шаклида хирургик даволашнинг асосий турлари ◆ Миопатия – миэктомия операцияси ◆ Қоринчалараро тўсиқни тери орқали катетерли спиртли абляцияси ◆ Қўш камерали синхрон электрокардиостимуляция.

- Миокарднинг қисқарувчанлик қобилияти яққол ифодаланган беморларда юракни трансплантация имкониятини кўриб чиқиш.

- Барқарор қоринча тахикардияси ёки юрак тўхтаб қолгандан сўнг муваффақиятли реанимация қилинган беморларда кардиовертер – дефибрилятор имплантацияси кўрсатилган.

БЕМОРНИ ЎРГАТИШ

- Беморларга касаллик табиатини ва унинг кечишини тушунтириш.

- Касалликнинг юзага чиқиш даражасига кўра тегишли жисмоний режимни тавсия қилиш.

- Куч сарфланадиган спорт турлари (баскетбол, футбол, теннис, енгил атлетика) билан шуғулланмасликни уқтириш.

- Беморларга спиртли ичимликлар, жумладан пиво, вино ва алкоғолли коктейлларни истеъмол қилишдан ўзларини тийишлари лозимлигини айтиш.

- Тамаки чекишни ҳар қандай туридан сақланишларини тайинлаш.

- Беморлар бошқа сабаблар туфайли дори воситалари қабул қилаётгани тўғрисида врачга хабар қилишлари кераклигини айтиш.

- ◆ Беморларга касаллик кечишининг ёмонлашиши белгилари пайдо бўлиши мумкинлигини сўзлаб бериш;

- ◆ Касалликнинг кечиши ёмонлашишидан дарак берадиган клиник белгилар: нафас қисиши, жисмоний юкломани кўтара олишнинг пасайиши, тез чарчаб қолиш, стенокардия, ҳушдан кетиш.

- ◆ ГКМП обструктив шакли бўлган беморларга инфекцияли эндокардит профилактикасининг муҳимлигини тушунтириш. Амоксициллин, пенициллинларга аллергияда – клиндамицин, цефалексин, азитромицин ёки рокситромицин тайинлаш.

МУТАХАССИС МАСЛАҲАТИГА КўРСАТМАЛАР

- Тўсатдан юрак ўлимига олиб келувчи қуйидаги хавфли омиллар бўлганда ГКМПли беморлар кейинги диагноз ва даволашга таалукли масалалар бўйича кардиолог билан маслаҳатлашишлари керак.

- ◆ Навқирон ёш (16 ёшдан кичик) диагноз қўйиш чоғида.

- ◆ Оилавий анамнезда тўсатдан ўлимнинг бир неча ҳоллари борлиги.

- ◆ Анамнезда юракнинг тўхтаб қолиши.

- ◆ Ҳушдан кетишнинг такрорий ҳолатлари.

- ◆ Холтер усулида ЭКГни кеча – кундузлик мониторинг қилишда бекарор қоринча тахикардиясини аниқлаш.

◆ Юклагмалн сннам ятказншда парадоксал АБ реацияси (ўснб борншннг пасайншн ёкн йўкнлнглн).

◆ Чап қорннчанннг якқол гипертрофннн (3 см. дан кўпроқ).

● Даволаш масаласнда маслахат.

◆ Гемодннамн кўрсаткнчларннг ёмонлашувлн билан ўтаднган юрак рнтрн бузнлншларн бўлган ГКМПлн беморлар.

◆ ГКМП обструктнв шаклнда учраган хомнладорлар (бунда акушер – гннеколог маслахатн ҳам зарур).

◆ Хнрургнк даволашга кўрсатмаларн бўлган беморлар.

КЕЙИНГИ КУЗАТУВ

● ГКМПлн беморларнн дннамн кузатнш ўтказнш ннннвндуал ва уларннг функоннал ҳолатн ҳамда даволаш режаснга мувофнқ бўлншн керак.

● Текшнрншлар сонн ва хажмн клннк белгнлар борлнглн ва уларннг кечншн билан белгнланандн. Кннк текшнрншнн мннмал хажмда (шнкоятларн, анамнезн, фнзнкал текшнрнш) 6 ойда камнда 1 марта ўтказнш лознм.

● Ёш беморлар (20 ёшдан кнчнк) клннк белгнлар бўлмаганда ЭхоКГ текшнрншндан мунтазам ўтншларн зарур.

ПРОГНОЗИ

● Касаллнкннг табннн кечншн бнрмунча турлн–туманлнк билан характерланандн.

● Касаллнк белгнснз кечувчн беморлар ораснда ўлнм йнлнга ўрта ҳисобда 1-2%нн ва клннк белгнларн бўлганларда 3-4%нн ташкнл қнладн; бунда юқорн ўлнм (6% гача) болалар ва ўсмирларда кузатнладн.

● 25 ёшдан кнчнк беморлар ораснда юракдагн ўзгарншлардан тўсатдан ўлнм 50% ҳолларгача, ГКМП улуннга тўғрн келандн.

● ГКМПнн хнрургнк даволаш касаллнк прогнознга жндднн таъснр кўрсатмайдн.

МИОКАРДИТ

Мнокарднт – мнокард яллнғланншн, уннг турлн даражадагн кнсқарувчанлнк, ўтказувчанлнк ва автоматнзмн бузнлншларн билан ўтадн.

ХКК – 10 • I 01,2 Ўткнр ревматнк мнокарднт • **I 0,9,0** Ревматнк мнокарднт • **I 40** Ўткнр мнокарднт • **I 41** Бошқа рубрнкаларда класснфнкацннланган касаллнклардагн мнокарднт • **I 51,4** Аннқлаштрнлмаган мнокарднт.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯСИ

● Касалланнш ва тарқалганлнк даражасн аннқ маълум эмас, чункн касаллнк аксарнят ҳолларда субкннкн ўтнб, тўлнқ соғайнш билан якунланандн. Ўткнр внруслн ннфекцннларн бўлган тахмннан 1-5% беморларда патологнк жараёнга мнокард кўшнладн.

● Ўлнм юрак етншмовчнлнглн клннк нфодаланган ва қон отнш фракцннн 45%дан пасайган беморлар ораснда йнл мобайннда 20%нн, 4 йнл мобайннда – 56%нн ташкнл этадн.

● Устунлнк қнладнган жннс: эркаклар (тахнмнан 1,5:1).

ПРОФИЛАКТИКАСИ

Қизамиқ, қизилча, сувчечак, полимиелит ва гриппга қарши эмлаш.

КЛАССИФИКАЦИЯСИ

- Ўчоқли ва диффуз миокардит (миокарднинг шикастланиш даражаси клиник кечиши ва прогнозига боғлиқ).
- Ўткир, ўртача ўткир, сурункали (беморларни даволаш тамойиллари турлича).
- Кечишининг оғирлиги: енгил (кучсиз клиник белгиси), ўртача оғирликдаги (ўртача клиник белгилар), оғир (яққол клиник белгилар).

ЭТИОЛОГИЯСИ

- Миокардит этиологияси номаълумлигича қолиши мумкин
- Вирусли этиологияга эга: аденовируслар, энтеровируслар, коксаки В4 ва В5 вируси, грипп вируси, Эпштейн – Барр вируси, цитомегаловирус
- Бактериялар (жумладан септик ҳолатларда ҳам): боррелиялар, стрептококклар, стафилококклар, дифтерия коринебактериялари, салмонеллалар, микобактериялари, хламидийлар, легионеллалар, риккетсийлар
- Бириктирувчи тўқиманинг систем касалликлари: ревматизм, СКВ, систем склеродермия, васкулитлар ва бошқалар
- Оддий микроблар: трипаносомалар, трихинеллалар, токсоплазмалар
- Эозинофилия билан ўтадиган ҳолатлар
- Цитостатиклар ва фенотиазин унумларини қўлланилиши
- Юрак трансплантацияси
- Нур терапияси.

ДИАГНОЗИ

Миокардит диагнозини юрак етишмовчилиги тўсатдан пайдо бўлганда ва вирусли инфекциядан бир неча ҳафта ўтгач ритм ва ўтказувчанлик бузилганда тахмин қилиш керак. Миокард биопсияси – диагностиканинг “олтин стандарти” ҳисобланса ҳам бироқ уни ҳамма беморларда қўллаш мумкин эмас.

АНАМНЕЗИ

Қуйидагиларни аниқлаш лозим.

- Ушбу ҳолат юз беришдан анча олдин ёки ривожланаётган вақтда шамоллаш касаллиги белгилари: тана ҳароратининг кўтарилиши, бўғим ва мушакларда оғриқлар, ҳолсизлик. ЎРВИ билан миокардит белгилари пайдо бўлиши орасида тахминан 2 ҳафта ўтади.
- Оғирлиги ҳар хил даражада бўлган юракнинг сурункали етишмовчилиги учун хос шикоятлар миокардит активлигига боғлиқ бўлади.
- Синкопал ҳолатлар, юрак уришини сезиш ва юрак ишидаги тўхташлар.
- Кўкрак қафасидаги оғриқ (миокардит енгил кечганда доимий, санчикли, симиллаган характерда; ўртача оғир ва оғир кечганда улар қисадиган бўлиши мумкин; нитратлардан самара одатда тўлиқ эмас).
- Атеросклерознинг хавфли омиллари бор/йўқлиги (миокард инфарктининг белгилари бўлмаганда алоҳида аҳамиятга эга, чунки миокард инфаркти клиникаси бўлган ва тож артерияларда ўзгаришлар аниқланмаган тахминан 50% беморларда миокардит бопсиясида аниқланган).
- Тўсатдан юрак касаллигидан ўлим, кардиомиопатиялар бўйича ирсий анамнез (кардиомиопатиялар билан дифференциал диагностика доирасида).
- Беморлар трипаносомоз, трихинеллез бўйича эндемик жойларда саёхатларда бўлиши.

ФИЗИКАЛ ТЕКШИРИШЛАР

Яқинда пайдо бўлган юрак етишмовчилиги белгиларини излаш. Қуйидаги ўзгаришларни аниқлаш мумкин.

- Артериал гипотензия.
- Тана ҳароратининг кўтарилиши.
- Тахикардия ва юрак ритмининг бузилиши.
- Бўйин веналари (ташқи бўйинтуруқ веналари)нинг кенгайиши ёки улардаги босимнинг ошиши (миокардитнинг оғир кечаётганлигидан далолат беради).
- жиган, кенгайган ёки кучайган юрак турткиси.
- От дупури ритми.
- Баъзан перикард яллиғланиш жараёнига кўшилганда унинг ишқаланиш шовқинини эшитиш.
- Трикуспидал ёки митрал регургитация шовқинлари.
- Кичик қон айланиш доирасида қон димланиш белгилари, асосан ўпканинг қуйи бўлимларида майда пуфакчали нам хириллашлар, нафас шовқинларининг сусайиши (охиргиси плеврада суюқлик йиғилганидан далолат беради).
- Гепатомегалия.
- Оёқлардаги шишлар (периферик қон айланишининг камайиши натижасида оёқ териси ҳароратининг пасайиши) ёки анасарка. Декомпенсацияланган юрак етишмовчилиги белгиларини топиш оғир кечаётган ўткир миокардитдан дарак беради.

ЛАБОРАТОР ТЕКШИРИШЛАР

- Умумий қон анализи – ЭЧТ ошиши ҳамма беморларда кузатилмайди ва кўпинча миокардит сабаби сифатида бириктирувчи тўқиманинг систем касаллиги борлигини акс эттиради.
- КФК МВ – фракцияси (хослиги баланд эмас).
- Т ва I тропонинлар Т тропонинни ошиши миокардитнинг ўткир босқичи учун хос (касаллик бошланишининг биринчи ойдан бошлаб) ва у миокард ишемиясидагига қараганда узоқроқ сақланиб қолади. Миокардитга шубҳа қилинганда уларни аниқлаш КФК ва МВ – КФКга қараганда бирмунча сезгир белгидир.
- ТТГ (даволаш мумкин бўлган кардиомиопатияни иккиламчи сабабини аниқлаш учун).
- ОИТ – инфекциясига синамалар (даволаш мумкин бўлган кардиомиопатиянинг иккиламчи сабабини аниқлаш мақсадида).
- Бириктирувчи тўқиманинг систем касалликларини аниқлаш учун лаборатор текширишлар ўтказиш (масалан, антинејтрофил цитоплазматик АТни аниқлаш).
- Ўткир ва соғайиш босқичига энтеровируслар ва аденовируслар борлигига серологик реакциялар ўтказиш.

МАХСУС ТЕКШИРИШ

Электрокардиография

12 тармоқда ЭКГ ва юрак ритмини мониторинг қилиш. Миокардит учун хос ЭКГ – ўзгаришлари:

- Миокард шикастланишининг ЭКГ белгилари: ♦ ST сегменти ва Т тишчасидаги ўзгаришлар (ST сегментининг аксарият тармоқларда элевацияси, Т тишчасининг

кейинги ўзгариши) ♦ ЭКГда патологик Q тишчаси билан инфарктсимон ўзгаришлар.

- Синусли тахикардия.
- Қоринча ичи ўтказувчанлигининг бузилиши (миокарднинг кўпроқ шикастланганлиги ва прогнознинг нохушлигидан далолат беради).
- Қоринча усти ва қоринча аритмиялари.
- ЭКГ вольтажининг пастлиги.
- Юрак блокадаси (кўпроқ ўтувчан характердаги ва камдан–кам ҳолларда ритмнинг сунъий ҳайдовчисини қўллаш талаб этадиган)
- ЭКГдаги ўзгаришларни кўп ҳолларда специфик эмаслиги аммо клиник ўзгаришлардан кўпроқ кузатилиши.

Кўкрак қафаси аъзоларини рентгенографияси

Миокардитга шубҳа бўлганда ўтказилиши шарт.

- Миокардит оғир кечганда юрак катталашган, томир сояси кенгайган.
- Ўпкадаги димланиш даражасига баҳо бериш (миокардит оғир кечганда) ва кичик қон айланиш доирасида димланишга сабаб бўладиган бошқа ҳолатларни ҳам аниқлаш, масалан юрак клапанлари кальцификацияланиши (уларда касаллик бўлганда) ёки конструктив перикардит.

Эхокардиография

Миокардит диагностикаси ва беморни динамик кузатиш учун зарур (қон отиш фракцияси назорати) бўлган текшириш.

- Юрак бўшлиқлари ўлчамлари ва миокарднинг қисқарувчанлигини аниқлаш: ўзгаришлар миокардитнинг оғир ёки енгиллигига қараб ўзгариб туради. Жараён қанчалик ўткир бўлса, дилатация шунчалик кам.
- Юрак деворларининг қалинлигини ўлчаш: қалин тортиши, юпқалашуви ёки ўзгаришлар йўқлиги. Қалинлашиш касалликнинг илк босқичларида (шиш ва яллиғланиш аломати сифатида) кузатилади.
- ЭхоКГ касаллик оқибатини аниқлашда ёрдам беради, шунингдек ўта ўткир ва ўткир миокардитни фарқлашда фойдали бўлиши мумкин. Ўта ўткир миокардитли беморларда қон отиш фракцияси 6 ой мобайнида ўткир миокардитли беморларга қараганда тўлароқ тикланади ♦ Ўта ўткир миокардит: дилатацияга учрамаган, лекин қисқарувчанлик активлиги пасайган ва қалинлашган миокард ♦ Ўткир миокардит: деворлари қалинлигининг меъёрида бўлиши.

Миокард биопсияси

Сезувчанлик ва хослик кўрсаткичлари унчалик юқори эмаслигига қарамай (тегишлича 79% ва 35%), бу усул миокардит диагностикасида “олтин стандарт” лигича қолмоқда. Биопсияда миокарддан камида 4 нусха олиш зарур. Унинг сезувчанлигини иммунгистологик ва молекуляр услубларни қўллаб ошириш мумкин. Агар биопсия натижалари касалликни даволаш ва оқибатига таъсир кўрсата олмаслиги олдиндан маълум бўлса, уни ўтказиш тавсия этилмайди. Унга кўрсатмалар ● Миокардит тахмин қилинаётганда бемор аҳволининг тез ёмонлашуви ● Бошланғич даво чораларидан самара бўлмаслиги ● Миокардит эҳтимоли бўлганда беморларда ритмнинг жиддий бузилишлари борлиги ● Специфик даволашни талаб этадиган кардиомиопатияни истисно қилиш зарурлиги.

Миокард биоптатларда характерли ўзгаришлар бўлмаса диагноз истисно қилинмаслиги керак.

Юракни катетерлаш

Миокард инфарктига хос ЭКГ ўзгаришлари мавжуд ва миокардит тахмин қилинган беморларда юракни тож артериялар ангиографияси билан бирга катетерлаш ўтказиш мақсадга мувофиқлигини ўйлаб кўриш (нормал тож артериялар ёки уларсиз бўлса ҳам бир вақтда миокард биопсиясини ўтказиш). Текширишни айтирли сабабларсиз тўсатдан юрак етишмовчилиги белгилари пайдо бўлган беморларда ҳам (айниқса ёш) ўтказиш керак.

Миокардни текширишнинг радионуклид усуллари

Миокардитга шубҳа бўлган беморларда инвазив бўлмаган радионуклид текширишлар ўтказиш имконияти ва зарурлигини кўриб чиқиш лозим. Афзалликлари: инвазив эмаслиги, юқори сезувчанлиги ва хослиги.

Усуллари:

- Галлий изотопи қўлланадиган миокард сцинтиграфияси (^{67}Ga ; сезувчанлиги ва хослиги 83%).
- Яллиғланиш ўчоқларини аниқлаш учун катта имкониятли контраст МРТ (сезувчанлиги ва хослиги юқори эмас).

МУТАХАССИСЛАР МАСЛАҲАТИГА КЎРСАТМАЛАР

- Миокардитга шубҳа қилинган бемор албатта кардиолог маслаҳатида бўлиши керак
- Ревматолог ва инфекционист маслаҳатларига ҳам зарурат пайдо бўлиши мумкин.

ДИФФЕРЕНЦИАЛ ДИАГНОЗИ

Миокардитни қуйидаги касалликлардан фарқлай билиш зарур.

- Кўкракдаги оғриқ ва ST сегменти элевацияси кўпинча миокард инфарктига ўхшаб кетади. Тромболитик даво, миокардитда тайинланса ҳам камдан–кам ҳолларда оғир асоратлар кузатилади, бироқ перикардитда (масалан, миокард ва перикард бир вақтнинг ўзида зарарланганда) гемоперикардит ривожланиши мумкин. ЭКГда характерли ўзгаришлар бўлганда тож артериялари касалликларига олиб келувчи хавф омиллари бўлмаса беморларда миокардитни тахмин қилиш зарур. Миокардитни миокард инфарктдан фарқлари: ♦ кўпинча ёш эркаклар касалланади; ♦ анамнезда ЮИК белгилари йўқ; ♦ ЭКГда патологик Q тишчалари камдан–кам мавжуд бўлади; ♦ V_5 - V_6 тармоқларда ҳамма вақт ST сегменти элевацияси топилади; ♦ ST сегментининг реципрок депрессияси бўлмайди (aVR ва V_1 тармоқлар бундан мустасно).
- Идиопатик дилатацияли кардиомиопатия – одатда миокардит бирмунча ўткир ривожланади. Дилатацияли кардиомиопатиянинг клиник манзараси бўлган беморларда миокардитни шубҳа қилишга умумий яллиғланиш белгилари борлиги имкон беради.
- Клапан касалликлари.
- Туғма юрак пороклари – баъзан биринчи марта катта ёшдаги одамларда юзага чиқиши мумкин, дифференциал диагностика мақсадида – ЭхоКГ.
- Узоқ мавжуд бўлган АГда юракнинг зарарланиши.

- Қалқонсимон без касалликлари – қалқонсимон без фаолияти стандарт биокимёвий кўрсаткичларнинг ўзгариши негизида специфик даволаш яхши натижа беради.
- Амилоидоз – юрак ўнг ярмининг зарарланиш белгилари устунлик қилади, ЭКГда паст вольтажли тишчалар, ЭхоКГда – юракнинг қалинлашган деворлари ва кўп ҳолларда бўлмачаларнинг дилатацияси. Диагнозни тасдиқлаш учун биопсия ўтказилади.
- Гемохроматоз – трансферрин тўйинишининг кўпайиши ва қон зардобиди ферритин миқдорининг ошиши. Миокард биопсияси – темир миқдорининг ошганлиги.
- Саркоидоз – дифференциал диагностикада экстракардиал белгилар ва биопсия ёрдам беради.
- Аритмиялар – унинг сабабларидан бири сифатида миокардитни истисно қилиш лозим.
- Нерв тизими симпатик бўлими тонусининг кучайиши (вегетатив – томир дистонияси доирасида) аксарият ҳолларда ЭКГдаги тахикардия ва Т тишчасидаги ўзгаришлар миокардитни эслатади. Бу ўзгаришлар миокардит сабабли келиб чиққан бўлса β- адреноблокаторлар ижобий таъсир кўрсатади.

◆ β- адреноблокаторлар билан синама. ЭКГ икки марта ёзилади: ётган ва 3 минут ўтгач тик турган ҳолатда. Бу текшириш 100 мг. атенолол ичилгандан кейин 2 соат ўтгач такрорланади. Муқобил варианти: ЭКГ бемор тинчликда 10 мин. бўлгач ёзилади, в/и, масалан, 5 мг. метопролол (тана вазни 70 кг. бўлган беморга) юборилгандан сўнг 5 минут ўтгач ёзиш такрорланади ◆ Симпатик кучайиш натижасида пайдо бўлган ўзгаришлар чалқанча ётган ҳолатда бирмунча сезиларли; β-адреноблокаторлар ЭКГда Т тишчаларини тинчликда нормаллаштиради ва ортостатик ўзгаришларни бартараф қилади ◆ β-адреноблокаторлар органик касаллик сабабли пайдо бўлган Т тишчасидаги ўзгаришларга яхши таъсир қилмайди.

- Спортчиларда, шунингдек эрта реполяризациядаги ЭКГ миокардитни эслатиши мумкин; шунга қарамай ЭхоКГ ва ЭКГ беморларда динамик кузатиш тўғри диагноз қўйишга имкон беради.

Миокардитнинг эҳтимолий этиологиясини аниқлаш мақсадида ҳам дифференциал диагностика ўтказилади, чунки унинг аниқланиши беморни даволаш тактикасига сезиларли таъсир қилади.

- Ҳар хил инфекциялар – диагностикаси экстракардиал белгиларга асосланади.
- Бириктирувчи тўқиманинг систем касалликлари серологик текшириш ўтказиш.
- Гигант хужайрали миокардит – оқибати нохуш, уни даволашда бир вақтнинг ўзида глюкокортикоидлар ва цитостатиклар тайинлаш зарур.

ДАВОЛАШ

ШИФОХОНАГА ЁТҚИЗИШ

- Миокардитга шубҳа қилинганда беморни шифохонага ётқизиш шарт.
- Агар беморда миокардитнинг клиник белгилари билан бирга қуйидагилар аниқланса, шошилиш шифохонага ётқизиш зарур:
 - ◆ ЭКГ да яққол ўзгаришлар ва/ёки;

- ◆ Кардиоспецифик ферментлар активлигининг ошиши ва/ёки
- ◆ Юрак етишмовчилиги белгилари

- Касалликнинг дастлабки кунларида юрак қоринчаларининг оғир аритмиялари ривожланиши хавфи жуда юқори.
- Клиник белгилари йўқ ёки яққол ривожланмаган ва ЭКГда ўзгаришлар кам бўлган беморларни умумий амалиёт варачи амбулатория шароитида кузатиши мумкин. Бемор аҳволи ҳар 1-2 ҳафтада назорат қилинади, шунингдек белгилар пайдо бўлганда зудлик билан врачга мурожаат қилиши зарур.

ДОРИЛАРСИЗ ДАВОЛАШ

Миокардитга чалинган барча беморлар ётоқ режимига қаттиқ амал қилишлари, парҳезда ош тузини чеклашлари ва чекишдан батамом воз кечишлари керак.

- Веноз стазнинг ва тана мушаклари атрофиясининг олдини олиш учун даволаш физкультураси ўринда ётган ҳолда (бемор машғулотлар жараёнида машқларни куч ишлатмай бажариши лозим) бажарилади. Бу ўткир босқич ўтиб бўлгунча (интенсив жисмоний юклама яллиғланиш кучайишига ва некрозга сабаб бўлади), яъни тинч ҳолатда ЭКГ меъёрга келгунча давом эттирилади. Касаллик яхши кечганда бу ҳол тахминан 2 ойдан сўнг рўй беради. Жисмоний активлик чегараланмаганда юрак ёмон бўлиши натижасида тўсатдан ўлим юз берган ҳоллар тўғрисида ахборотлар бор.

- Ош тузининг истеъмолини кунда 2 г. гача чегаралаш.

- Чекишни ташлаш.

- “Айбдор” дори воситасини бекор қилиш, алкоголь ичиш ва ҳар қандай наркотик воситаларни қабул қилишдан воз кечиш.

- Юрак ритмини мониторинг қилиш.

ДОРИЛАР БИЛАН ДАВОЛАШ

Юрак етишмовчилигини даволаш учун воситалар.

Қуйида кўрсатиб ўтилган дори воситаларини миокардитда қўллаш бўйича сифат тадқиқотлари ўтказилмаган, бироқ уларнинг самарадорлиги юрак етишмовчилигини даволашда аниқланган.

- ААФ ингибиторлари.

- Диуретиклар – қовузлоққа таъсир этувчи ва спиронолактон. Шишли беморларда қонда эндотоксинлар миқдорини пасайтириб, диуретикларнинг иммун фаоллигини чегараланишга сабаб бўлиши аниқланган.

- β-адреноблокаторлар барқарор гемодинамикада (кичик дозалардан бошланиб, кейин титрланади).

- Инотроп воситалар ◆ Дигоксин – миокардитда эҳтиётлик билан ва кичик дозаларда, чунки юрак гликозидлари яллиғланиш олди цитокинлари таъсирини кучайтириши ва миокард шикастланишини кўпайтириши мумкин.

- Қон босими юқори бўлган оғир беморларга в/и вазодилататорлар (масалан, нитропруссид натрий) юбориш зарур.

Антиаритмик дори воситалари

Махсус тавсияномалар йўқ, бироқ антиаритмик воситалар тайинлашда улар миокарднинг қисқарувчанлик қобилиятини пасайтиришини эътиборга олиш керак.

Иммуносупрессив даво

- Миокардитга чалинган ҳамма беморларга иммунодепрессантлар (азотиоприн, преднизалон) тайинлаш мақсадга мувофиқ эмас, чунки яқинда ўтказилган сифат тадқиқотлари уларнинг клиник самарадорлигини тасдиқлагани йўқ.

- Вена ичига Ig юбориш ҳам касалликнинг кечишига сезиларли ижобий таъсир кўрсатмайди.

БОШҚА ДАВОЛАШ

Антикоагулянтлар - қон отиш фракцияси 30%дан пасайганда, шунингдек БФда (бўлмачалар фибриляциясига қаранг).

- Инфекциянинг этиотроп давоси.

- Яққол оғриқ синдромида наркотик анальгетикларни тайинлаш мумкин. Яллиғланишнинг ўткир босқичида ЯҚНДВ қўлланишдан воз кечиш лозим. (ЯҚНДВ миокардда репаратив жараёнларни секинлаштиради ва шу тариқа миокардитли беморларнинг ўлимини кўпайтиради деган маълумотлар олинган).

- Узоқ вақт ўринда ётиб қолган оғир беморларда чуқур вена томирлари тромбозининг олдини олиш чора-тадбирларини ўтказиш.

ИХТИСОСЛАШТИРИЛГАН ДАВОЛАШ

- Кардиовертер – дефибрилятор имплантацияси зарурлигини ўйлаб кўриш. Унга миокардитга чалинган 1% беморларда (ўтказувчанлик оғир бузилганда) эҳтиёж бўлиши мумкин.

- Юрак етишмовчилигини бошқа усуллар билан даволашнинг имкони бўлмаганда баллонли аорта ичи контрпульсациясини ўтказиш.

- Ўтказиладиган ҳамма тадбирлар самара бермаганда юракни трансплантация қилиш имкониятини муҳокама (айниқса сурункали миокардити бўлган ва юрак етишмовчилигини даволашда резистент беморларда) қилиш.

МУТАХАССИСЛАР МАСЛАҲАТИ

- Ревматолог ● Инфекционист ● Кардиохирург (юрак етишмовчилиги дорилар билан даволашга резистент бўлганда операция усулида даволаш).

БЕМОРНИ ЎРГАТИШ

Беморга касаллик жараёнининг моҳияти, даволашнинг мақсади, дори воситаларидан кутиладиган самараларни тушунтириш лозим. Турмуш тарзини ўзгартириш бўйича маслаҳатлар: туз, суюқликларни чеклаш, чекишни ташлаш, жисмоний фаолликни чегаралаб, аста – секин олдинги ҳолатга қайтиш.

КЕЙИНГИ КУЗАТУВ

Клиник белгилари йўқ ёки ЭКГ яққол ўзгаришлар бўлмаган беморларни амбулатория шароитларида даволаш мумкин. Бемор ҳолати ҳар 1-2 ҳафтада назорат қилинади. Врач беморни кузатишда қуйидагиларга аҳамият бериши керак:

- Шикоятлари ва касаллик белгиларини, юрак етишмовчилиги синфини Нью-Йорк классификацияси бўйича қайд қилиш.

- Физикал текшириш:

- ◆ Тана вазни – беморни кузатишнинг асосий қисмларидан бири сифатида мунтазам уни вазнини ўлчаш (юрак етишмовчилиги назорати);

- ◆ Ҳаётий муҳим функциялар (АБ, пульс);

- ◆ Бўйин веналари ҳолати;
- ◆ Юрак чўкқи турткиси;
- ◆ Юракни аускультация қилиш: ✦ ритми ✦ от дупури ритмлари ✦ шовқинлар;
- ◆ Ўпкани, гепатомегалия ва асцитни аниқлаш учун қоринни текшириш;
- ◆ Периферик шишларни аниқлаш учун оёқларни кўздан кечириш ва бармоқ билан босиб кўриш;
- Беморни тайинланган дориларни қабул қилиши ва кўтара олиш – олмаслигини аниқлаш.
- Беморнинг касаллиги ва даволаш тўғрисидаги ахборотни ўзлаштирганини назорат қилиш.
- Профилактик тадбирлар – гриппга, гемофил таёкчага қарши зардоб юбориш.

ПРОГНОЗИ

- Енгил миокардит ҳоллари белгиларсиз кечади.
- Оғир варианты юрак ҳамма қисмларининг яққол дилатацияси, даволашга рефрактор юрак етишмовчилиги билан характерланади. Тўлиқ соғайиш кам кузатилади, миокардит одатда сурункали тусда кечади, клиник кўриниши бўйича уни дилатацияли кардиомиопатиядан фарқ қилиш қийин.
- Оғир кечадиган миокардитнинг энг жиддий асорати – фатал аритмиялар натижасида юрак хасталигидан тўсатдан ўлим (тўсатдан юракдан ўлимнинг 10% ҳолларида аутопсияда миокардит аниқланади).

ШИШЛАР

БОЛДИРЛАР ШИШИ

АСОСИЙ ҲОЛАТЛАР

- Шошинч даво учун кўрсатмалар борлигини баҳолаш зарур: болдир, сон чуқур веналари тромбози, лимфа ёки лимфа-вена етишмовчилиги ва юрак етишмовчилиги.
- Лимфостаз ёки оёқларнинг чуқур веналари етишмовчилигидан келиб чиққан шишларда босувчи даво (эластик бинт билан боғлаш, шифобахш эластик голфи, пайпок, колготкалар, босувчи даво учун аппаратлар, кўлланилади).
- Коммуникант веналар етишмовчилигида оператив давога кўрсатмалар аниқланади.
- Дорилар қабул қилингандан кейин пайдо бўлувчи болдирлар шишини истисно қилиш зарур, (масалан, кальций канали блокаторлари).
- Агар шишлар қўл ёхуд оёқ травмасидан сўнги иммобилизация, лимфа ва/ёки веноз етишмовчилиги, веноз тромбози ёки тромбофлебити туфайли бўлса, ортикча диуретиклар қўллаш мумкин эмас.

БИРЛАМЧИ ТЕКШИРИШ

- Кўпинча чуқурчали шишлар аниқланади: бунда бармоқ билан босиб кўрилганда чуқурча (кўпроқ болдирнинг олдинги юзасида) бир қанча вақтгача сақланиб туради.
- Зич (чуқурчали эмас) шишлар эрталабгача йўқолмайди, кам кузатилади; одатда улар лимфа оқимининг бузилишидан пайдо бўлади, бундай ҳолларда махсус текширишлар ўтказиш зарур.
- Болдирнинг энг кенг жойидан унинг айланасини ўлчаб шишлар асимметриясини аниқлаш зарур.
- Тери копламалари рангига (варикоз экземаси) ва варикоз кенгайган томирлар борлигига эътибор бериш керак.
- Эризипелоидда кўпинча маҳаллий шиш билан бирга терининг қизариши ва оғриқ кузатилади.

ДИФФЕРЕНЦИАЛ ДИАГНОСТИКАСИ ВА АСОСИЙ ҲОЛАТЛАР

- Бир томонлама шишлар маҳаллий сабабларга асосланган бўлади: агар шиш ўткир ривожланган бўлса – тромбоз, флебит, сарамасли яллиғланиш; сурункали бўлса, чуқур веналар ва лимфа томирлари етишмовчилиги натижасида. Беморда тизза бўғини соҳасида узок вақтгача суюқлик тўпланган бўлса, Бейкер кистасининг ёрилиши эҳтимоли борлигини эътиборга олиниши зарур.
- Икки томонлама шишлар одатда юрак, оёқлар чуқур веналари етишмовчилиги, шунингдек, вертикал ҳолатда узок турганлик оқибатида келиб чиқади.
- ◆ Юрак касалликларига боғлиқ бўлган шишларда, албатта унинг бошқа белгилари ҳам бўлади.
- ◆ Тромбозда варикоз экземаси ёки варикоз кенгайган томирлар аниқланади.
- ◆ «Чуқурчали», яъни кечки пайт пайдо бўладиган шишлар, кўпинча тана оғирлиги ёки тик туриб ишлаганлик билан боғлиқдир.
- Агар шишлар юрак ёки вена касаллигига боғлиқ бўлмаса, у ҳолда буйрак ёки жигар касалликларидан бўлиши мумкин. Уни сабабини аниқлаш имкони бўлмаса беморни шифохонага текшириш учун юбориш керак. 40 ёшдан ошган аёлларда кечга яқин пайдо бўлувчи икки томонлама чуқурчали шишлар хавфли эмас ва кейинги текширувларга зарурат бўлмайди.
- Агар шишлар лимфа томирлари туфайли бўлса, улар иссиқ кунлари кучаяди.

КЛИНИК МАНЗАРАСИ

Тромбоз

- Шиш, одатда бир томонлама ўткир ривожланади (врачга мурожаат қилишдан бир ҳафтача аввал).
- Юрганда ёки болдир босиб кўрилганда ноҳуш сезгилар ёки оғриқ пайдо бўлиши мумкин.
- Оёқнинг кафт қисми букиб кўрилганда болдирда оғриқ бўлмаслиги (Хоманс симптоми) тромбоз эҳтимолини инкор қила олмайди.
- Тромбозга хос кўриниш – тери копламаларининг ҳароратини бир оз ортиши. Буни аниқлашнинг энг оддий усули қўл кафтининг орқа томонини бемор болдирига кетма – кет қўйиб кўриш. Лекин буни сарамасдаги маҳаллий ва умумий шиш, гиперемия ва гипертермия билан чалкаштирмаслик лозим.

- Тромбозни тасдиқловчи муҳим анамнез маълумотлари – оёқлар чуқур веналарининг флебити, узоқ вақт ётоқ режимида ёки яқин ўтган кунларда оёқларни даволаш учун иммобилизацияда турганлик (бемор самолёт ёки бошқа ҳаво транспортида саёҳатда бўлганлигини аниқлаш керак).
- Узоқ вақт ётоқ режимида бўлган беморлар оёқлари чуқур томирлари тромбози оғриқлар билан кечмайди, хатто шишлар ҳам у қадар ривожланган бўлмайди.
- Тромбоз диагностикасининг энг ишончли усулларида бири доплер текшируви ҳисобланади.
- Кўпинча болдир шишлари паранеопластик флебитлар натижасида пайдо бўлади.

Бейкер кистаси ёрилиши

- Уни клиник маълумотларга асосланиб аниқлаш мумкин: беморлар тизза бўғими орқасида зич (қаттиқ) шиш пайдо бўлиб, қаттиқ оғриқ бўлганлигини айтишади.
- Битта болдир иккинчисига қараганда каттароқ бўлса ҳам одатда “чуқурчали” шишлар кузатилмайди.

Юрак етишмовчилиги

- Икки томонлама, нисбатан ўткир ривожланувчи (кунлар ёки ҳафталав давомида) шишлар.
- Одатда беморни оғир юрак хасталигига чалинганлиги аниқланади.
- Юрак етишмовчилигида шишлар деярли доим жисмоний зўриқишдан сўнгги ҳансираш ва кечқурунги ортопноэ билан бирга бўлади.
- Бемордан танаси вазни ортаётганлигини аниқлаш зарур.
- Одатда тахикардия кузатилади.
- Жигар катталашishi ва оғриши мумкин.
- Кўкрак қафаси аъзолари рентген текширувида юрак ўлчамларининг катталашганлиги ва ЭКГ да патологик ўзгаришлар.
- Дори воситалари қабул қилишни тўхтатиш ва даволаш режасининг ўзгариши (масалан, кальций каналлари блокаторларини қўшимча буюриш), шунингдек, яқин орадаги бўлмачалар титраши ёки фибрилляцияси.

Клапанли веноз етишмовчилиги

- Ишончли диагностик мезон – варикоз экзема (болдирнинг ички юзаси тери қопламасининг юпқалашиб, пигментация кучайиши ва тери тукларининг камайиши).
- Юза жойлашган веналар варикоз кенгайганлигини кўриниб туриши ва тик турганда уларнинг шиши ҳамда пайпаслаганда оғриқлар.
- Юрак етишмовчилигига нисбатан шишнинг секинроқ ривожланиши ва айниқса кечки пайтларда тўпикдаги оғриқ билан қўшилиб келиши.
- Чуқур веналарнинг бир томонлама тўлиқ етишмовчилиги одатда постфлебитик синдромда ривожланади ва уларнинг анамнезида чуқур веналар тромбози ёки оёқлар синиши туфайли иммобилизация қилинганлиги аниқланади.

Ортостатик шиш

- Кекса одамларда, узоқ вақт ўтирган ҳолатда (бунда тизза букилган) бўлиш, вена димланиши туфайли «чуқурчали» шишлар пайдо бўлишига олиб келади.
- Диагноз қўйишда анамнез маълумотлари, юрак ва веноз етишмовчилиги белгиларининг йўқлиги етарли бўлади.
- Даволашда диуретикларни ортиқча қўллаш мумкин эмас, чунки улар шишларнинг асосий сабабига таъсир қилмайди.
- Ёши 40 дан ошган аёлларда кечки пайт пайдо бўлувчи «чуқурчали» шишлар, агар бошқа клиник белгилар бўлмаса касаллик йўқлигидан дарак беради.

Бошқа сабаблар

- Сон ёки қорин соҳасида ўсмалар билан веналарни босиб қолиниши – болдир шишининг энг кам сабабчиси. Ноаниқ сабабли болдир шишида қориннинг пастки қисмларини пайпаслаб кўриш ва (аёлларда) гинекологик текширишлар ўтказиш.
- Бемор шиш келтириб чиқарувчи дори воситаларини қабул қилганлигини аниқлаш. Одатда шишлар қуйидагиларни қўллаганда пайдо бўлади.
 - ◆ Кальций канали блокаторлари;
 - ◆ Наркотик бўлмаган анальгетиклар;
 - ◆ Глюкокортикоидлар;
 - ◆ β – адреноблокаторлар (камдан-кам).
- Товонда оғриғи бор беморларда (суяк пихлари) болдир - товон бўғими шиши кузатилади, бу эса товон бурсити ривожланишига боғлиқ бўлади.

ДИАГНОЗНИ АНИҚЛАШ ВА ШИФОХОНАГА ЮБОРИШ

- Оёқ чуқур веналари тромбозига гумон қилинаётганда беморларни венография ёки компрессион эхография ўтказиш учун шифохонага юбориш керак.
- Беморнинг болдирида ўртача оғриқсиз шишлар, маҳаллий ҳароратни ошмаслиги белгилари кузатилса, (болдирнинг айланаси 1-2 дан кўп бўлмаганда) беморни бир неча кун давомида индивидуал назоратга олиш керак. Бошқа белгилар шишни авж олишига олиб келса, беморни дарҳол венография ёки эхографияга юбориш зарур (шу куни ёки эртасига эрталаб). Шифохонага юборилганда шубҳали ҳолатлар бўлса, доплеростетоскопия ёки компрессияли эхография ўтказиш мумкин (текширувларни бу муолажалар билан таниш бўлган умумий амалиёт врачлари бажаради).

ЛАБОРАТОР ТЕКШИРУВЛАР

- Агар икки томонлама шишлар юрак ёки вена етишмовчилигига боғлиқ бўлмаса қуйидагиларни аниқлаш зарур:
 - ◆ Қон зардобидида креатенин ва сийдикда оқ миқдорини;
 - ◆ Қон зардобидидаги АЛТ миқдорини (жигарга боғлиқ бўлган шишлар одатда алкогольни кўп истеъмол қилган кишиларда кузатилади);
 - ◆ Қон зардобидидаги ТТГ, айниқса шишлар болдирдан бошқа жойларга тарқалаётган бўлса ва уларни босим билан йўқотиб бўлмаса.
 - ◆ Паранеопластик флебитларда кенгайтирилган умумий қон ва биохимик анализлар ва тромбоэластограмма қилиш зарур.

БОЛДИР ШИШИНИ ДАВОЛАШ

Юрак етишмовчилиги

- Даволаш самарасини тана оғирлигининг камайиши, шишлар пасайиши ва ҳансираш секинлашишига қараб баҳолаш мумкин.
- Баъзида шишларни юрак ёки вена етишмовчилигиданлигини аниқлаш учун диуретиклар билан синама даво ўтказилади. Бундай синама ўтказилаётганда беморнинг тана вазни ва шишларини синчиклаб назорат қилиш керак. Агар диуретиклар билан синама даволашда тана вазни ва шишларни муайян камайиши бўлмаса, юрак касаллигини даволаш учун дорилар буюрмаса ҳам бўлади.
- Қон зардобидаги атриопептиннинг нормал миқдори даволанмаган юрак етишмовчилигини рад этиш имконини беради.

Оёқлар чуқур веналари етишмовчилиги

- Барча ҳолатларда ҳам даволаш зарур, чунки у болдирда яралар пайдо бўлишини олдини олади.
- Шишларни камайтиришда болдирни интермиттирловчи пневматик компрессияси жуда самарали бўлиши мумкин, шунингдек, қулай имкониятда оёқларни баландроқ ҳолда тутиш яхши натижа беради.
- Беморлар қониқарли ҳолатда бўлсалар (жуда кексалар бундан мустасно) ҳозирги вақтда чуқур веналарни боғлаб қўйиш операцияси (Кокетт операцияси) ёки вальвулопластика билан бирга эндоскопик боғлов муваффақият билан ўтказилмоқда.
- Махсус шифобахш сиқиб турувчи пайпоқлар кийиш. Улар оёқнинг узунлиги, айланаси ва компрессиянинг зарурий даражасига қараб индивидуал танланади (веналар етишмовчилигида одатда компрессиянинг 2 даражаси танланади). Пайпоқни одатда мутахассис (флеболог ёки хирург) танлайди ва эрталаб кийилиб, кечқурун ечилади. Бундай пайпоқларни шишга қарши таъсири улар яққолроқ намоён бўлган оёқ панжаси соҳаси ва проксимал йўналишни узоқ вақт сиқиб туришига асосланган.
- Болдир ёки оёқ панжалари шишида яхши даво усули – циклик компрессия бўлиб уни уй шароитида ҳамшира ҳам ўтказиши мумкин. Оёқларнинг очик яраларида ҳам қўлланилиши салбий таъсир этмайди.
- Агар шишлар веналар касаллигига боғлиқ бўлса, диуретикларни айниқса кексаларда қўллаш ман этилади, чунки уларни фойдасидан зарари кўпроқ.

ЭСЛАТМА

1. Сон ва болдирнинг чуқур веналари тромбозида Хоманс симптоми характерлидир ва эрта диагностикада қўлланилади.
2. Беморнинг оёқларида чуқур веналар тромбозига шубҳа бўлса, амбулатория шароитида доплероэхография ўтказилади ва диагнозни тасдиқлаш учун бемор врач ангиологга ёки шифохонага юборилади.

ЎНГ ҚОРИНЧА ЕТИШМОВЧИЛИГИ**АСОСИЙ ҲОЛАТЛАР**

- Ўпка касалликлари туфайли юзага келувчи ўнг қоринча етишмовчилигини ўз вақтида аниқлаш ва даволаш чап қоринча етишмовчилигини даволашдан фарқ қилади.

СТАТИСТИК МАЪЛУМОТЛАР

- Юрак етишмовчилиги белгилари бўлган беморларнинг 25 % ида унинг келиб чиқиши ўнг қоринчадаги ўзгаришлар билан боғлиқ.
- ЎСОК билан касалланган беморлардаги оғир гипоксемия ўпкали юрак шаклланишига олиб келади.
- Ўткир ўнг қоринча етишмовчилиги кўпинча ўнг қоринчани ҳам ўз ичига олувчи пастки тарқалган миокард инфаркти туфайли пайдо бўлади.

ЭТИОЛОГИЯСИ

- Ўпка гипертензияси ёки юрак ўнг бўлмаларининг бирламчи касалликлари (миокард инфаркти, клапанлар зарарланиши, артериал йўлнинг очиклиги).
- Ўпка артерияси тизимида босим ортиши билан кечувчи сурункали ўпка касалликлари (бирламчи ўпка гипертензияси, ўпка артериялари шохларининг кўп сонли тромбоземболияси).
- Сурункали чап қоринча етишмовчилиги ўпка веналарида димланишига олиб келади, оқибатда иккиламчи ўнг қоринча етишмовчилигига сабаб бўлган ўпка гипертензияси ривожланади ва иккала қоринча етишмовчилиги юзага келади.

КЛИНИК МАНЗАРАСИ

- Юқори веноз босим оёқлар шишига, гепатомегалияга, асцит ва периферик цианозга олиб келади.
- Ташқи бўйинтуруқ веналарининг (югуляр флебография маълумотларида А ва V тўлқинлар амплитудаси юқори) патологик пульсацияси аниқ сезилади.
- Ўнг қоринча пульсациясини пайпаслаб аниқлаш мумкин.
- Ўпка артерияси устида II тон акценти ва бўлинганлиги эшитилади.

ЛАБОРАТОР ВА ИНСТРУМЕНТАЛ ТЕКШИРУВЛАР

- Жигардаги димланиш жигар трансминазалари фаоллигини ортишига олиб келади.
- ЭКГдаги ўзгаришлар бирламчи касалликларга боғлиқ бўлади: ЎСОК билан хасталанган беморларда ўпкали-юрак белгилари, шунингдек, *P-pulmonale* ва ўнг қоринча гипертрофияси аниқланади.
- Кўкрак кафаси аъзоларининг рентгенографияси.
- ◆ Олд – орқа кўринишда ўнг қоринча ва ўпка артериялари йирик шохлари кенгайганлиги.
- ◆ Ён томондан кўринишда ўнг қоринча катталашуви.
- ◆ Ўпка веналарида димланиш белгилари (агар беморларда оғир чап қоринча етишмовчилиги бўлмаса) кузатилмайди.
- ЭхоКГ ва рангли доплер текшируви ўнг қоринча ҳолатини аниқ баҳолашга, уч тавақали клапан етишмовчилиги даражасини аниқлашга имкон беради.

ДАВОЛАШ БИРЛАМЧИ КАСАЛЛИК ХУСУСИЯТИГА БОҒЛИҚ БЎЛАДИ

- Ўнг қоринча инфарктини даволаш.
- ЎАТЭ ни даволаш.
- Кислород ингаляцияси (амбулатор) ЎСОК билан касалланган беморлар артериал қонида рО₂ босим 7,3 кПа дан пасайган ҳолатларда мумкин.
- Чап қоринча етишмовчилиги ёки қоринча фибрилляцияси бўлмаган ҳолларда юрак гликозидлари самара бермайди.
- ААФ ингибиторлари ўпка артерияларига бевосита таъсир қилмагани учун самарасиздир. Баъзан улар мавжуд паст АБни янада тушиб кетиши ҳисобига беморлар аҳволини ёмонлаштиради.
- Шишлар эҳтиётлик билан, гиповолемия ривожланишини олдини олиб даволанилди.
- Чап қоринча етишмовчилигини даволаш лозим.

ПРОГНОЗИ

- Бирламчи касалликка боғлиқ.
- Агар бирламчи сабаби оғир чап қоринча етишмовчилиги ёки минутлик нафас чиқариш ҳажмининг пасайиши билан кечувчи ЎСОК бўлса, кўпинча прогноз яхши эмас.

ЎТКИР ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТ

Ўткир гломерулонефрит (ЎГН) – буйрак коптокчалари касаллиги бўлиб, бирламчи ўткир нефритик синдром билан характерланади. Стрептококк ёки бошқа инфекциялардан сўнг ривожланади.

ХКК – 10: • **N00** Ўткир нефритик синдром.

ҚИСҚАРТМА: ЎГН – ўткир гломерулонефрит.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯСИ

ЎГН билан касалланиш ҳақида маълумот йўқ. Сурункали гломерулонефритга нисбатан анчагина кам учрайди (1000 та сурункали гломерулонефритга 1 – 2 та ЎГН тўғри келади). Касаллик кўпинча болаларда 3 – 7 ёшда ва катталарда 20 – 40 ёшда учрайди. Эркаклар аёлларга нисбатан 2 – 3 баробар кўп касалланадилар.

ПРОФИЛАКТИКАСИ

- ЎГНга сабаб бўлувчи юқумли касалликларни даволаш ва олдини олиш: стрептококкли фарингит, стрептодермия, юқумли эндокардит, сепсис, пневмококкли пневмония, қорин тифи, менингококк инфекцияси, вирусли гепатит В, юқумли моноклеоз, эпидемик паротит, сувчечак, Коксаки вируслари билан чақирилувчи инфекциялар ва бошқалар.

- Юқумли касалликлар вужудга келганда, хусусан, стрептококкли фарингитда, антибиотикларни қабул қилишда ЎГН ни олдини олишда самарали бўлиши мумкин, лекин бу ҳақда статистик аниқ маълумот ҳозирда тўлиқ эмас.

СКРИНИНГИ

Стрептококкли ёки бошқа инфекциядан 1 – 4 ҳафта ўтгач пайдо бўлувчи дастлабки ўткир нефритик синдром (сийдикда эритроцитурия, протеинурия, АГ ва шишлар билан).

КЛАССИФИКАЦИЯСИ

Клиник кечиши бўйича ЎГНнинг қуйидаги турлари ажратилади • Бирламчи ЎГН (стрептококкли ёки бошқа инфекциядан 1 – 4 ҳафта ўтгач илк пайдо бўлган ўткир нефритик синдром) • ЎГНни чўзилувчан кечиши (шиш ва АГнинг 1 ойдан кўп вақт давомида, сийдикдаги ўзгаришни эса 3 ойдан кўпроқ сақланиб туриши).

ЎГНнинг морфологик классификацияси ўткир диффуз пролифератив гломерулонефритга тўғри келади.

Бундан ташқари ЎГН фарқланади:

- Этиологияси бўйича: ♦ Стрептококкли: А гуруҳидаги β – гемолитик стрептококк, нефритоген штаммлар 1, 4, 8, 12, 49 ♦ Инфекциядан кейин: стафилококклар ва пневмококклар, таёкчалари, бруцеллалар, вируслар (В, С гепатити, сувчечак, қизамиқ, Коксаки, қизилча, ОИТВ), содда хужайралар (токсоплазмалар, малярия плазмодиялар), паразитлар (шистосомоз, трихинеллез, альвеококкоз).
- Эпидемиологияси бўйича: эпидемик ЎГН, эпидемия вақтида ва спорадик, яъни эпидемиядан ташқари вақтда ривожланувчи.

ДИАГНОЗИ

АНАМНЕЗ ВА ФИЗИКАЛ ТЕКШИРИШЛАР

Бирламчи пайдо бўлувчи ўткир нефритик синдром (учлик белгилари). Белгилар стрептококкли (фарингит) ёки бошқа инфекциядан 1 – 4 ҳафта ўтгач кузатилади.

- Сийдик кофе, чой ёки «гўшт ювиндиси» рангини олади (гематурия); эритроцитурияда сийдик ранги ўзгармаслиги ҳам мумкин (лаборатория текширувларида аниқланувчи микрогематурия); шунингдек, енгил протеинурия – 1 – 3 г/кунда.
- Юз, оёқ ва танада шишлар, диурезнинг камайиши.
- АГ (бош оғриғига шикоят).
- Чап қоринчали юрак етишмовчилиги (кўпинча гипертоник) – ортопноэ, тахипноэ, тахикардия, юрак чегараларининг кенгайиши.
- Кўнгил айнаши, қайт қилиш, бош оғриғи, (гипертоник энцефалопатия, мия шиши).
- Олигурия, анурия, қоринда ва белда оғриқ (ўткир буйрак етишмовчилиги).
- Иситма (ўчоқли ёки ўткир инфекцияда, яллиғланишга иммунокомплекс фаоллик).
- Инфекция ўчоқлари ёки умумий ўткир касаллик белгилари.

ЛАБОРАТОР ТЕКШИРИШЛАР

- Иммунопатологик жараённинг енгил намоён бўлиши: ЭЧТ 20 – 30 мм/соат гача, антистрептококк АТ титрининг ортиши (антистрептолизин – О, антистрептокиназа, антигиалуронидаза), СЗ – компоненти ҳисобига гипокомплементемия ва умумий криоглобулиннинг камайиши.
- КФТ (коптокчалар фильтрацияси тезлиги) нинг сусайиши, қонда креатинин миқдорининг ортиши.

- Сийдикнинг умумий таҳлили: ♦ Сийдик нисбий зичлигининг ортиши ♦ Эритроцитлар (кўрув майдонида 1 – 2 дона ёки жуда кўп) ♦ Цилиндрлар (кўпроқ гиалинли).
- Протеинурия оз миқдорда ёки ўртача (кунда 3 г. гача).
- ЎБЕ ривожланганда кунлик сийдик ҳажмининг камайиши – олигурия (кунда 500 мл. дан камроқ) ёки анурия (кунда 100 мл. дан камроқ).
- Фарингит, ангинада бактериологик текшириш учун томоқдан суртма олиш.
- Яллиғланишнинг специфик бўлмаган кўрсаткичлари: СРО, сиал кислотаси, фибриноген миқдорининг ортиши; умумий оқ, альбумин миқдорининг пасайиши; α_1 - ва айниқса α_2 - глобулиннинг ортиши; енгил анемия кузатилиши мумкин (гидремия ҳисобига).

МАХСУС ТЕКШИРУВЛАР

- Биопсияда нефробиоптатнинг патоморфологик таҳлили орқали нозологик диагноз қўйиш. Биопсия олиш учун қатъий кўрсатмалар: сурункали гломерулонефрит билан дифференциал диагностика учун, шу жумладан, қўшувчи тўқиманинг тизимли касалликларида, тез авж олувчи гломерулонефритда. ЎГН учун қуйидаги морфологик ўзгаришлар хос ♦ Диффуз пролифератив эндокапилляр гломерулонефрит кўриниши ♦ Буйрак коптокчаларининг нейтрофиллар ва моноцитлар билан инфльтрацияси ♦ Иммуномажмуаларнинг электрон – қаттиқ бирикмалари ♦ Айрим коптокчаларнинг экстракапилляр пролиферацияси ♦ Баъзи капилляр илмоқларида ва мезангияда IgG, C3 комплемент компоненти, баъзида - C1q ва C4 ни ўрнашиб қолиши.
- Буйраклар УТТ : чеккалари текис, ўлчамлари ўзгармаган ёки катталашган (ЎБЕда), эхогенлиги пасайган.
- ЭКГ – АГда чап қоринча зўриқиши ва ритм бузилиши кузатилиши мумкин.

ДИФФЕРЕНЦИАЛ ДИАГНОСТИКАСИ

- Сурункали гломерулонефрит: анамнезда сийдикда ўзгаришлар, АГ, шишлар бўлганлиги, чап қоринча гипертрофияси белгилари; ангиоретинопатия II – III даражаси, СБЕ белгилари (изостенурия, қонда креатинин миқдорининг ортиши, КФТ секинлашуви, УТТ маълумотларига кўра буйраклар ўлчами кичрайиши ва зичлашуви, анемия).
- Волчанкали нефрит: ♦ Аёл жинси, тизимли касаллик белгилари: артралгия, артритлар, тана ҳарорати кўтарилиши, юзда “капалак” типигаги эритема, кардит, гепатолиенал синдром, ўпкаларнинг зарарланиши, Рейно синдроми, алопеция, психозлар ♦ СҚВга хос лаборатор ўзгаришлар: лейкопения, тромбоцитопения, анемия, волчанкали антикоагулянт (LE – ҳужайралар), ЭЧТнинг юқори бўлиши ♦ Нефритнинг СҚВни авж олиш давридан бир неча йил аввал ривожланиши ♦ Нефробиоптатдаги махсус морфологик ўзгаришлар: капилляр илмоқларида фибриноид некроз, кариорексис ва кариопикноз, гематокин таначалари, гиалинли тромблар, «симсимон тутамлар».
- Тугунчали периаартериит ♦ Эркак жинси ♦ Тизимли касаллик белгилари: тана ҳарорати кўтарилиши, миалгия, артралгия, озиш, юқори АГ, теридаги ўзгаришлар, асимметрик полиневрит, абдоминал синдром, миокардит, коронариит стенокардия ва миокард инфаркти белгиси билан, бронхиал астма ♦ Ўзига хос лаборатор

ўзгаришлар: лейкоцитоз, баъзида эозинофилия, ЭЧТнинг юқори бўлиши ♦ Биоптатнинг тери – мускул парчасидаги специфик ўзгаришлари; буйрак биопсияси тавсия этилмайди.

• Вегенер гранулематози: ♦ Тизимли касаллик белгилари: кўз, юқори нафас йўллари, ўпканинг инфилтратли ва деструктив зарарланиши ♦ Ўзига хос лаборатор ўзгаришлар: лейкопения, анемия, юқори ЭЧТ, антинеитрофил АТ ♦ Бурун – ҳалқум, ўпка, буйрак шиллиқ қавати биоптатидаги махсус ўзгаришлар.

• Гудпасчер синдроми: ♦ Тизимли касаллик белгилари: иситма, қон тупуриш ёки ўпкадан қон кетиши, ўпкадаги инфилтратлар, озиш ♦ Буйракдаги ўзгаришлар қон тупуришдан кейин пайдо бўлади, буйрак етишмовчилиги, олигурия ва анурия билан тез авж олиб боради ♦ Анемия, ЭЧТнинг ошиши, серологик текширувларда – буйрак коптокчалари базал мембранасига АТ нинг мавжудлиги.

• Геморрагик васкулит: тизимлилик белгилари (тери ва шиллиқ қаватларда геморрагик пурпура, артрит, абдоминал белги), ЭЧТ нинг ортиши.

• Сурункали пиелонефрит: ♦ Иситма, бел соҳасидаги оғриқ ва дизурия; шишлар хос эмас ♦ Буйракларнинг асимметрик ўзгаришлари (УТТ, радиоизотоп ренография, экскретор урография маълумотлари асосида) ♦ Каналлар бузилиши синдроми: гипостенурия, никтурия, полиурия, сийдикнинг ишқорланиши, лейкоцитуриянинг эритроцитуриядан кўплиги, бактериурия ♦ Лаборатор ўзгаришлар: ЭЧТ ортиши, нейтрофилли лейкоцитоз, йирингли пиелонефритда лейкоцитлар формуласининг чапга жиши.

МУТАХАССИС МАСЛАҲАТИГА КЎРСАТМАЛАР

ЎГНни бирламчи аниқлаш – умумий амалиёт врачини вазифасига киради ва кейин бемор шифохонага, нефролог кузатувига жўнатилади. Кўрсатма бўйича қуйидаги мутахассислар маслаҳати амалга оширилади • Оториноларинголог, (гинеколог, дерматолог) – ЛОР аъзоларида ўчоқли инфекциянинг борлиги ёки унга шубҳа туғилганда (ҳамда жинсий аъзоларда, терида) • Окулист – барча ўткир нефритик синдроми кузатилаётган беморларда (ангиоретинопатиянинг аниқланиши) • Инфекционист – агар гепатитнинг В, С турлари ёки ОИВ инфекциясига шубҳа туғилганда • Ревматолог – тизимли касаллик белгилари • Кардиолог – яллиғланишнинг юқори клиник лаборатор активлигида, иситмада, гепатоспленомегалияда, юракда шовқинлар кузатилганда (инфекцион эндокардитни истисно этиш).

ДАВОЛАШ

ДАВОЛАШ МАҚСАДИ

Тўлиқ тузатиш (ЎГН узок давом этишини тўхтатиш), асоратларни олдини олиш ва йўқотиш.

ШИФОХОНАГА ЁТҚИЗИШГА КЎРСАТМАЛАР

Ўткир нефритик синдром – шифохонага ётқизиш учун кўрсатмадир.

Бирламчи тиббий ёрдам шароитида шифохонага ётқизилгунча бемор учун қуйидаги тактикани қўллаш кўрсатилган:

• Асоратланган ЎГНда (ЎБЕ, энцефалопатия, гипертония кризи, ўпка шиши) – шошилиш ёрдам, беморни тез ва шошилиш шифохонага юбориш; уни терапия ёки нефрология бўлимига ётқизиш.

- Асоратланмаган ЎГНда – текшириш (2 – 3 кун) ♦ Умумий қон анализи (ЎГН фаоллигини баҳолаш учун) ♦ Умумий сийдик анализи (диагнозни асослаш ва пиелонефрит билан дифференциал диагноз ўтказиш учун) ♦ Қондаги мочевина ва креатинин миқдорини аниқлаш (буйраклар функциясини баҳолаш учун) ♦ Буйракларнинг УТТ (буйракдаги ўчоқли инфекцияни истисно этиш учун) ♦ Бактериологик текширув учун томоқдан суртма олиш ва/ёки антистрептолизин-О миқдорини аниқлаш (ЎГН стрептококкли этиологиясини тасдиқлаш учун) ♦ Ўчоқли ёки тизимли инфекцияга шубҳа туғилганда мутахассислар маслаҳати (ЛОР, гинеколог, инфекционист, ревматолог).

- Ўчоқли инфекцияда – перорал антибиотикларни қўллаш.

ДОРИЛАРСИЗ ДАВОЛАШ

- Ётоқ, сўнгра 1-3 ҳафта давомида ярим ётоқ тартиби, шишлар тарқалганда, АБ нормаллашгандан кейин, тартибни кенгайтириш.
- Ош тузи кунда 1 – 2 г., суюқлик (ичиш керак бўлган суюқлик миқдорини аввалги кунги диурезга +300 мл. суюқликни қўшиш билан ҳисобланади), оқ 0,5 – 1 г/кг/кунда миқдоргача чегаралаш. Парҳезде ўткир зираворлар, гўштли, балиқли, сабзавотли шўрвалар ва қуймоқлар, аччиқ чой, қаҳва ва тузламалар ман этилади.
- Алкогол ва чекиш қатъий таъқиқланади.

ДОРИЛАР БИЛАН ДАВОЛАШ

Антибактериал терапия ўткир юқумли касалликларда ёки инфекция ўчоғи аниқланганда ўчоқни йўқотиш ва кўзғатувчини эрадикация қилиш учун қўлланилади.

- Стрептококкдан сўнг юзага келган ЎГНда (томоқдан суртма, антистрептококкли АТ титрининг ортиши) – бензилпенициллин 0,5-1 млн. ТБ дан м/о кунда 6 маҳал 10 кун мобайнида ёки цефалексин 750-500 мг. кунда 2 марта 10 кун (болаларга 50мг/кг. кунда 2 марта 10 кун).
- Синуситларда, зотилжамда препаратларни танлаш (препаратлар кетма – кетлиги уларнинг афзалликларини ҳисобга олган ҳолда берилган) – амоксициллин 500 -750 мг. кунда 2 марта ичишга 5 - 7 кун, доксициклин ўткир бронхитда – 150 мг. кунда 1 марта 5 - 7 кун, цефаклор 500 мг. кунда 2 марта 7 кун (болаларга 40 мг/кг/кунда 2 марта 7 кун давомида).
- β – лактам антибиотикларга аллергия ҳолларида макролид гуруҳидагилар буюрилади: эритромицин 250 мг. кунда 4 марта 10 кун, азитромицин 250 - 500 мг. кунда 1 марта 4 кун, рокситромицин 150 мг. кунда 2 марта 7 кун.

СИМПТОМАТИК ДАВО

- АГ да – ААФ ингибиторлари, кальций каналлар блокаторлари (нодигидропиридин қаторидан), диуретиклар.
- Шишларда ва чап қоринча етишмовчилигида диуретиклар (тиазидлар, илмоқли диуретиклар, альдостерон антагонистлари).
- ЎГНда иммунодепрессантлар ва глюкокортикоидлар қўлланилмайди; антигистамин ДВ ва кальций препаратларининг самарадорлиги назоратли текширувларда исботланмаган.

ХИРУРГИК ДАВО

Агар тонзиллитни консерватив давоси самарасиз бўлса, мутахассис кўрсатмасига биноан тонзиллэктомия ўтказилади (самарадорлиги исботланмаган).

БЕМОРНИ ЎРГАТИШ

Суяклик мувозанатини назорат қилиш, режим ва парҳезга риоя этиш, АБни кузатиш.

МУТАХАССИС МАСЛАҲАТИГА КЎРСАТМАЛАР

- Нефролог - ўткир нефрит синдромининг намоён бўлиши. АБ ошиши, шишлар, буйраклар функциясининг пасайиши, анемия, каналчалар етишмовчилиги (гипостенуриялар), буйрак етишмовчилиги авж олиб бориши (сурункали ва тез авж олувчи гломерулонефритни истисно этиш).

- Ревматолог, гематолог – янги ёки тизимли касаллик белгиларининг пайдо бўлиши.

КЕЙИНГИ КУЗАТУВ

Шифохонадан чиққач амбулатория босқичида: • Кун тартибига (шамоллашдан, стресс ҳамда жисмоний зўриқишдан ўзини асраш), парҳезга риоя қилиш • Давони яқунлаш (инфекция ўчоқларини санацияси, антигипертензив терапияни олиб бориш) • Фитотерапия (наъматак дамламаси, қорамевали рябина) • Физиотерапевтик муолажалар тавсия этилмайди • Бир йил давомида диспансир назоратида бўлиши (ҳар уч ойда АБ ўлчаш, қон ва сийдик анализи, қон зардобадаги креатинин миқдорини аниқлаш).

ПРОГНОЗИ

- 85 – 90 % ҳолларда соғайиш кузатилади. Эпидемик стрептококкли ЎГН да 95% дан ортиқ болалар ва катталар клиник соғайишлари 3 – 6 ой давомида кузатилади; спорадик ЎГН да 60 % беморлар шифо топиши мумкин.

- Болаларнинг 5 % ва катталарнинг 10 % да касалликни сурункали гломерулонефритга ўтиб кетиши кузатилади, сўнг аста – секин СБЕ ёки тез авж олувчи гломерулонефрит ривожланади.

- Ўлим ҳоллари кам учраб, фақат асоратлар билан боғлиқ бўлади – мияга қон қуйилиши, ўткир юрак етишмовчилиги, инфекцияга боғлиқ асоратлар ва тромбозлар ЎБЕ ривожланганда кузатилади.

СУРУНКАЛИ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТ

Сурункали гломерулонефрит (ГН) – умумий тушунча бўлиб, иммун механизмлар таъсирида коптокчалар зарарланиши ва буйрак фаолияти сустлашиб, унинг етишмовчилиги ривожланишини ўз ичига олувчи патологик жараёндир.

ХКК-10: N03. Сурункали нефритик синдром. Морфологик ўзгаришларни классификацияловчи қуйидаги 4 - белгилар қўлланилади. Агар зарарланишни тасдиқлаш учун махсус текширувлар (буйракни биопсияси ёки аутопсияси) ўтказилмаган бўлса **.0 - .8** подтемачаларни қўллаш керак эмас.

.0 Унча кўп бўлмаган гломеруляр зарарланишлар; **.1** Ўчоқли ва сегментар гломеруляр зарарланишлар; **.2** Диффуз мембранозли гломерулонефрит; **.3** Диффуз

мезангиал пролифератив гломерулонефрит; **.4** Диффуз эндокапилляр пролифератив гломерулонефрит; **.5** Диффуз мезангиокапилляр гломерулонефрит;

.6 Зич чўкма касаллиги; **.7** Диффуз ўроксимон гломерулонефрит; **.8** Бошқа ўзгаришлар; **.9** Аниқланмаган ўзгаришлар.

ҚИСҚАРТМА: ГН – гломерулонефрит.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯСИ

- Бирламчи сурункали ГН билан касалланиш 10000 аҳолига 13 – 50 кишини ташкил этади; иккиламчи сурункали ГН билан касалланиш эса асосий касалликнинг тарқалиши билан боғлиқ бўлади.

- Бирламчи сурункали ГН эркакларда аёлларга нисбатан 2 марта кўп учрайди, иккиламчиси – асосий касаллик билан боғлиқ, масалан, волчанкали нефрит аёлларда, тугунчали периартериитдаги сурункали ГН эса эркакларда. Сурункали ГН билан касалланиш барча ёшда, лекин кўпинча 3-7 ёшли болалар ва 20 - 40 ёшли катталарда кўпроқ қайд этилади.

- Ўлим ҳоллари сурункали ГНни турларига, СБЕ авж олиш суръатига боғлиқ бўлади. Касалликнинг ўлим билан тугаши уремия, гиповолемик шок, нефротик криз, тромбоз ва оғир инфекцияларда кузатилади.

ПРОФИЛАКТИКАСИ

Умумий чоралар – сурункали ГНга сабаб бўлувчи касалликларни олдини олиш ва даволаш.

СКРИНИНГ

Латент, персистирловчи ёки қайталанувчи нефротик ёки ўткир нефритик синдромни, касаллик белгилари кескин авж олиши кўринишларини, буйрак етишмовчилигини ўз вақтида аниқлаш.

КЛАССИФИКАЦИЯСИ

Клиник классификацияси

- Шакли бўйича: ♦ Латент (фақат сийдикдаги ўзгаришлар; шишлар ва турғун АГ кузатилмайди) бу сурункали ГН ни 50%ни ташкил этади ♦ Гематурик – Берже касаллиги, IgA - нефрит (қайталанувчи гематурия, шишлар ва АГ 30 - 50 % беморда кузатилади) – сурункали ГН 20 - 30% ни ташкил этади ♦ Гипертоник (сийдикда ўзгаришлар, АГ) - сурункали ГН 20 - 30% ҳолларда ♦ Нефротик (нефротик синдром - юқори протеинурия, гипоальбуминурия, шишлар, гиперлипидемия; АГ кузатилмайди) сурункали ГН 10%ни ташкил этади ♦ Аралаш (нефротик синдром АГ билан ва/ёки гематурия ва/ёки азотемия билан) – сурункали ГН 5 % ни ташкил этади.

- Фазалар бўйича: ♦ Кескинлашиш (фаол фазаси, қайталаниш) - нефритик (*ўткир гломерулонефритга* қаралсин) ёки нефротик синдром белгилари мажмуасини ўз ичига олади: Протеинурия 3,5 г/кунда ва ундан кўп бўлиши, гипопроteinемия (60 г/л.дан кам), гипоальбуминемия (катталарда 30 г/л. кам, болаларда 25 г/л.дан кам), гиперлипидемия (холестерин 5,2 ммоль/л. дан ортик; бу кўрсаткич нефротик синдромни зарур қисми деб ҳисобланмайди), шишлар (енгил шишдан тортиб анасарка ҳолатигача) ва буйрак фаолиятини сусайиши билан ифодаланади ♦ Ремиссия (фаоллашмаган фаза) - экстраренал белгилар

(шишлар, АГ), буйрак фаолияти ва сийдикдаги ўзгаришларнинг яхшиланиши, баъзида нормаллашуви (камрок).

- Патогенези бўйича: бирламчи (идиопатик) сурункали ГН; умумий ёки тизимли касалликлар билан қўшилиб келган иккиламчи сурункали ГН.

Морфологик классификацияси

- Диффуз пролифератив ГН • «ярим ойли» ГН билан – ним ўткир, тез авж олувчи ГН • Мезангиопротролифератив ГН • Мембранозли ГН • Мембраноз-пролифератив ёки мезангиокапилляр ГН • Фокал - сегментар гломерулосклероз • Фибропластик ГН.

Асосан ГН клиник классификациядан кенг кўламда фойдаланилади, морфологик классификация эса фақат биопсия ўтказилган клиникаларда қўлланилади. Диффуз пролифератив ГН «ўткир гломерулонефрит» клиник шаклига, «ярим ойли» ГН - «тез авж олувчи ГН» ва бошқа морфологик шакллари - «сурункали ГН» клиник шаклига тўғри келишини ҳисобга олиш керак.

ДИАГНОЗ

Анамнез ва физикал текширувлар

Анамнезда бошдан кечирилган ёки айна дамда мавжуд бўлган юқумли ёки тизимли касалликларга кўрсатмалар бўлиши мумкин.

- Мезангиопротролифератив ГН: геморрагик васкулит, сурункали вирусли В гепатити, Крон касаллиги, Шёгрэн синдроми, анкилозловчи спондилоартрит, аденокарцинома; идиопатик ГН бўлиши мумкин.

- Мембраноз ГН: ўпка, ичак, ошқозон, кўкрак беши ва буйрак карциномаси, Ходжкин лимфомаси, лейкозлар, волчанкали нефрит, В вирус гепатити, захм, безгак, шистосомоз, дори воситалари (олтин ва симоб препаратлари, пеницилламин); ГН идиопатик бўлиши мумкин.

- Мезангиокапилляр ГН: СКВ, криоглобулинемия, С-сурункали гепатити, бактериал инфекция, ДВ, токсинлар; идиопатик ГН бўлиши мумкин.

- Минимал ўзгаришлардаги ГН: ЎРВИ, эмлашлар, ЯҚНДВ, рифампицин, альфа интерферон, Фабри касаллиги, лимфопротролифератив касаллик; идиопатик ГН бўлиши мумкин.

- Фокал-сегментар гломерулосклероз: ўроксимон хужайрали анемия, буйрак трансплантатининг кўчиб тушиши, циклоспорин, буйрак паренхимасининг бир қисмини хирургик йўл билан олиб ташлаш, сийдик йўли – пуфак рефлюкси, героин истеъмол қилиш, нефронлар дискенезияси, ОИВ-инфекцияси; бу ҳолат идиопатик бўлиши мумкин.

- Фибропластик ГН: барча сурункали ГНларни яқунидир.

- Тез авж олувчи ГН: стрептококкдан кейинги, инфекцион эндокардит, сепсис, тизимли касалликлар, Шенляйн – Генох касаллиги, васкулит, эссенциал криоглобулинемия, мезангиопротролифератив ГН, Берже касаллиги замирида; касаллик идиопатик ҳолат каби юзага келиши мумкин.

Сурункали ГНни кечиш турлари

- Латент тури – сезиларли кескинлашиш ва ремиссияларсиз, субклиник кечиши; бунда сурункали ГН кўпинча тасодифан профилактик кўрувлар натижасида, сийдик анализидаги ўзгаришларга қараб аниқланади.

- Қайталанувчи кечишида касалликни кескинлашиши – совқотиш, стресс каби этиологик омиллар таъсирида 3-7 кундан сўнг ривожланади.

Сурункали ГН турли шакллари клиник кўринишлари

- Нефротик синдром, сийдик синдроми ва АГнинг биргаликда келиши - кўпинча гипертоник шаклининг авж олиш фазасида, баъзида IgA- нефритда, айрим ҳолларда - латент шаклида кузатилади.
- Нефротик синдром АГ сиз (сурункали ГНни нефротик шакли) ёки АГ ва/ёки гематурия ва/ёки азотемия (аралаш шакл, тез авж олувчи ГН) билан кузатилади.
- Нефритик, нефротик синдромлар азотемия билан бирга келиши мумкин – тез авж олувчи ГН.
- Навқирон ёшдаги беморларда гематуриянинг қайталанган ҳоллари, респиратор инфекция, АГ (30%) билан биргаликда, баъзан СБЕ ривожланиши – гематурик шакли (IgA- нефрит).
- Илк аниқланган СБЕ – кўпинча латент шаклида, баъзан – гипертоник, гематурик шаклларида.

Умумий белгилар

- Тана ҳароратини идиопатик сурункали ГНда нормал бўлиши ёки иккиламчи сурункали ГНда асосий ёки тизимли касалликни фаоллашуви натижасида кўтарилиши.
- Сурункали ГНга сабаб бўлган асосий касалликнинг клиник белгилари.

Сурункали ГНни морфологик шаклларига боғлиқ бўлган клиник белгилар хусусияти

- Мезангиопротрофиератив ГН: ажралиб турувчи сийдик, нефритик ёки нефротик синдром, макро ёки микрогематурия – Берже касаллиги.
- Мембраноз ГН: нефротик синдром (80%).
- Мезангиокапилляр ГН: ўткир нефритик синдром, нефротик синдром, ажралиб турувчи сийдик синдроми гематурия билан, АГ.
- Минимал ўзгаришлардаги ГН: нефротик синдром, АГ ва кам ҳолларда буйрак етишмовчилигини пайдо бўлиши.
- Фокал - сегментар гломерулосклероз: нефротик синдром, АГ.
- Фибропластик ГН: нефротик синдром (50% гача), СБЕ, АГ.

ЛАБОРАТОР ТЕКШИРУВЛАР:

Қондаги ўзгаришлар (авж олган даврида) • ЭЧТ бирламчи сурункали ГНда бир оз, иккиламчи сурункали ГНда сезиларли кўтарилиши • Антистрептококкли АТ титрини ортиши (баъзида) • С3 компоненти ҳисобига гипокомплементемия • IgA титри ортиши (Берже касаллиги) • Криоглобулинемия (криоглобулинемик ГН ва вирусли гепатит С билан қўшилган сурункали ГНда) • КФТнинг пасайиши, креатинин ва мочевина миқдорининг ортиши (СБЕ кўрсаткичлари) • Тизимли касалликларга хос бўлган қондаги ўзгаришлар, масалан: волчанкали нефритда – флюоресцирловчи АНАТ, АТ титрининг ДНКга нисбатан ўртача меъёрда ортиши, LE – хужайралари, антифосфолипид АТ.

Сийдикдаги ўзгаришлар (авж олган даврида) • Протеинурия – минимал даражада гематурик формасида, минимал ёки ўртача (3 г/кунда) латент, гипертоник

формаларида ва жуда кўп нефротик синдромда кунда (3г.дан кўпроқ) ● Эритроцитлар – кўрув майдонида бир ёки иккита, ёки кўрув майдонини тўлик қоплаган бўлиши мумкин (гематурик шаклида) ● Лейкоцитлар: лимфоцитурия тизимли касаллик фаоллигини акс эттиради; волчанкали нефритда, нефротик синдромда лейкоцитлар эритроцитлардан кўп бўлиши мумкин ● Кунлик сийдик ҳажми камаюди, бунда сийдикнинг солиштирма оғирлиги меъёрда ёки пасайган ● Цилиндрлар: гиалинли ёки донадор (нефротик синдромда, шунингдек мумсимон).

Бошқа ўзгаришлар (авж олган даврида) ● Фибриноген ва СРО миқдорининг ортиши ● Умумий оқ ва альбумин миқдорини камайиши (айниқса нефротик синдромда), α ва β – глобулинлар концентрацияси ошган; нефротик синдромда гипогаммаглобулинемия. Бириктирувчи тўқима тизимли касалликлари юзага келтирган иккиламчи сурункали ГНда (волчанкали нефрит), γ - глобулинлар миқдори ошиши ● Анемия – айланаётган қон ҳажмини кўплиги, шунингдек, тизимли касалликларни фаоллиги, СБЕ борлигидан далолат беради.

МАХСУС ТЕКШИРУВЛАР

● Сурункали ГНни диагностикасидаги “олтин стандарт” - биопсия ва нефробиоптатни патоморфологик тахлили, чунки бу текширув синдромли эмас, балки нозологик диагноз қўйиш учун муҳим. Кўрсатмалар: морфологик шаклини аниқлаш, фаоллигини баҳолаш, бириктирувчи тўқима тизимли касалликлари, тез авж олувчи ГН, амилоидоз билан дифференциал диагностика ўтказиш ♦ Коптокчалар ва интерстициал тўқималарда склероз белгилари – синехиялар, коптокчалар склерози, каналчалар атрофияси ♦ Тез авж олувчи ГНда – коптокчаларнинг 50 %дан ортиғида интра ва экстракапилляр пролиферация (ярим ой кўринишида), IgG компоненти, ва С3 компленти ва фибрин тўпланиши билан боради ♦ Мезангиопролифератив ГН – мезангиал хужайраларнинг диффуз пролиферацияси ва коптокчаларда макрофаглар инфильтрацияси; мезангиал матриксни катталашуви ♦ Минимал ўзгаришлардаги ГН – ёруғлик микроскопияси бирор бир ўзгаришларни аниқлаб бера олмайди, электрон микроскопияда – подоцит оёқчалари «ўчирилиши» (текислашуви) аниқланади ♦ Фокал-сегментар гломерулосклероз – коптокчаларнинг 50%дан камроғида сегментар склероз ва аморф гиалинли материални ўтириб қолиши ♦ Мембранозли ГНда – коптокчалар базал мембранасини диффуз қалинлашиши, шаклланган эпителиал ости бўртмаларини иммун мажмуалар тўпламларини ўраб туриши ♦ Фибропластик ГН – барча гломерулопатияларни оқибати, фиброз жараёнлар билан характерланади.

● Буйраклар УТТ: контурлари лик, буйрак ўлчамлари ўзгармаган ёки кичиклашган (СБЕда), буйрак тўқимаси экзогенлиги ошган.

● ЭКГ: АГда ва СБЕда чап қоринча гипертрофияси белгилари.

ДИФФЕРЕНЦИАЛ ДИАГНОСТИКАСИ

Сурункали ГНда қуйидаги касалликлар билан дифференциал диагностикаси ўтказилади ● Сурункали пиелонефрит ● Ўткир ГН ● Ҳомиладорлик нефропатияси ● Тубуло-интерстициал нефрит ● Буйракларнинг алкоғолдан зарарланиши ● Амилоидоз ● Диабетик нефропатия ● Бириктирувчи тўқиманинг диффуз яллиғланиш касалликларида буйракларни зарарланиши.

МУТАХАССИС МАСЛАҲАТИГА КЎРСАТМАЛАР

• Оториноларинголог, гинеколог, дерматолог – лор аъзоларида, жинсий тизимда ёки терида инфекция ўчоғи бўлганда ёки унга гумон қилинганда • Окулист – ўткир нефритик синдромда (барча беморлар) тўр парда ангиопатиясини аниқлаш учун • Инфекционист – ГНни гепатит В, С ёки ОИВ инфекцияси билан бирга кечаётганига шубҳа туғилса • Ревматолог – ГН тизимли касалликлар белгилари билан кечганда • Кардиолог – яллиғланишни юқори клиник – лаборатор фаоллиги, иситма, гепатоспленомегалия, юракда шовқинлар (инфекцион эндокардитни истисно қилиш учун).

ДАВОСИ**ДАВОЛАШ МАҚСАДИ**

Ремиссияга эришиш, СБЕга ўтишини секинлаштириш, асоратлар келиб чиқишини олдини олиш.

ШИФОХОНАГА ЁТҚИЗИШГА КЎРСАТМАЛАР

- Сурункали ГНни авж олиш даври.
- Асоратлар хавфи туғилса ёки ривожланаётган асоратлар (СБЕ замирида УБЕ белгилари пайдо бўлиши, гипертоник криз, ўпка шиши ёки юрак астмаси, инсульт).
- Биринчи марта аниқланган сурункали ГН.

ДОРИЛАРСИЗ ДАВОЛАШ

- Касаллик кескинлашган даврида ётоқ ёки ярим ётоқ тартиби.
- Парҳез: ♦ Фаол даврида –7а парҳез: шишларда ва АГда ош тузини кунда 4 – 6 г. гача қатъий чегаралаш, оқ миқдори кунда 0,8 г. гача камайтириш ♦ Тинч даврида – 7 парҳез: ош тузи ва оқ камроқ чегараланади.

Оқни организмга тушишини чегаралаш нефропатия ривожланишини секинлаштиради, лекин сурункали ГН авж олиб борган сари таъсир даражаси бир оз сусаяди.

ДОРИЛАР БИЛАН ДАВОЛАШ**Асослари**

- Этиологик омилга (инфекция, ўсма, ДВ қўллаш) таъсир этиш – этиологик давони ремиссияга эришишдаги ёки қайталанишларни камайтиришдаги самарадорлиги тўлиқ ўрганилмаган.
- Иммуносупрессив даво (глюкокортикоидлар ва цитостатиклар).
- Симптоматик даво ♦ Антигипертензив ДВ ♦ Антиагрегантлар, антикоагулянтлар ♦ Гиперлипидемик ДВ ♦ Диуретиклар.

Иммуносупрессив даво**Глюкокортикоидлар**

- Глюкокортикоидлар (преднизолон) қуйидаги ҳолларда қўлланилади ♦ ГНни авж олиш даври, шу жумладан ГН фаоллиги оқибатида юзага келган азотемияда ♦ Мезангиопротрофиератив ва коптокчаларнинг минимал ўзгаришлари билан кечувчи ГН.
- Мембранозли ГНда глюкокортикоидларни самараси аниқ эмас.
- Мезангиокапилляр ГН ва фокал – сегментар гломерулосклерозда ҳам глюкокортикоидларни самараси кам.
- Глюкокортикоидларни турғун АГ ва СБЕда қўллаш мумкин эмас.

• Преднизолон билан фаол даволашда у катта дозаларда ичишга буюрилади, ёки «пульс» терапияси ўтказилади ♦ Перорал йўл билан –1-1,5 мг/кг. кунда 6-8 хафта мобайнида, кейинчалик 5 мг. дан хафтасига камайтириб, кунда 30 мг.гача ва ундан сўнг дозани секинлик билан 2,5-1,25 мг. хафтасига тушириб бориб тўхтатилади. Преднизолонни болаларда нефротик синдромни қайталанишини олдини олиш учун қўлланиладиган қисқа муддатли курсларга қараганда 3 ой мобайнида қўллаш яхши натижа беради ♦ ГН фаоллиги юқори бўлганда преднизолоннинг «пульс» миқдорлари буюрилади: Даволашни биринчи кунлари 1000 мг. в/и томчилатиб 1 марта 3 кун давомида юборилади, ГНни фаоллиги сусайгандан сўнг тўлиқ ремиссияга қадар пульс – даво ҳар ойда 1 марта ўтказилади (узоқ муддатли пульс – даво, айниқса иккиламчи сурункали ГНда ва у билан биргаликда кечувчи бириктирувчи тўқиманинг тизимли касалликларида тавсия этилади).

Цитостатиклар

• Дори воситалари ♦ Циклофосфамид (2-3 мг/кг/кунда ичиш учун, м/о ёки в/и) ♦ Хлорамбуцил (0,1 – 0,2 мг/кг/кунда ичиш учун) ♦ Циклоспорин (муқобил препарат) глюкокортикоидлар ва/ёки цитостатиклар етарлича самара бермаса ёки уларга қарши кўрсатмалар бўлганда буюрилади, 2,5-3,5 мг/кг/кунда ичиш учун ♦ Азатиоприн (1,5-3 мг/кг/кунда ичиш учун).

• Кўрсатмалар: ГН фаол даврида, буйрак етишмовчилиги ривожланиши хавфи, шунингдек, глюкокортикоидларга қарши кўрсатмалар бўлганда ёки самарасизлигида ва нохуш ҳолатларни келтириб чиқарганда (сўнги ҳолатда бу воситаларни биргаликда қўллаш мумкин, бу усул ГК миқдорини камайтириш имконини беради).

• ГН фаоллиги юқори бўлганда циклофосфамид билан пульс – даво ўтказилади – 15 мг/кг. (ёки 0,6-0,75 г /м² тана юзасига) в/и 1 ойда 1 марта, одатда глюкокортикоидлар билан бирга пульс – даво кўринишида ёки перорал шаклида қўлланилади.

Айрим морфологик шакллари учун иммуносупрессив даво

• Мезангиопротрофиератив ГН ♦ Секин ривожланувчи шаклларида шу жумладан IgA-нефритда, иммуносупрессив даво ўтказиш зарурати йўқ ♦ Кучайиш хавфи юқори бўлганда – глюкокортикоидлар ва/ёки цитостатиклар ♦ Уч ва тўрт тизимли даволар ♦ Иммуносупрессив терапияни касаллик прогнозига таъсири: узоқ муддат (6 ой давомида) глюкокортикоидлар билан даволаш курсларини ўтказиш буйрақлар фаолиятини кейинги ёмонлашишини олдини олади.

• Мембранозли ГН ♦ Циклофосфамид ёки хлорамбуцил нефротик синдромда бўлиши мумкин бўлган нохуш ҳолатларни олдини олади ва глюкокортикоидлардан фарқли ўлароқ ремиссияга эришишга ёрдам беради, протеинурияни камайтиради, прогнозга ижобий таъсир этади. Препаратни касалликни кейинги даврига таъсири ҳали яхши ўрганилмаган. Стандарт схемалар бўйича қўлланилади. Ўртача кунлик дозада ёки пульс – даво 1 г. дан в/и ҳар ойда ♦ Нефротик синдромда цитостатиклар ва глюкокортикоидлар бирга қўлланилади ♦ Катталарга нефротик синдромда, глюкокортикоидларга ва цитостатикларга қарши кўрсатма бўлганда ёки кам самара берганда, циклоспорин 3 – 8 мг/кг/кунда узоқ

вақт давомида (6 - 12 ой) буюрилади ♦ Нефротик синдроми бўлмаган беморга буйрак функцияси нормал бўлган ҳолларда ААФ ингибиторлари тавсия этилади.

- Мембрано – пролифератив (мезангиокапилляр) ГН ♦ Асосий касалликни даволаш ♦ ААФ ингибиторлари ♦ Нефротик синдромда ва буйраклар функцияси сустлашганда глюкокортикоидлар ва циклофосфамид, антиагрегантлар ҳамда антикоагулянтлар билан бирга қўлланилади.

- ГН минимал ўзгаришлар билан ♦ Преднизолон 1-1,5 мг/кг. 4 ҳафта, сўнг 1 мг/кг. дан кун ора яна 4 ҳафта мобайнида. Глюкокортикоидлар билан даволаш натижасида нефротик синдромни буткул ремиссиясига 95% болаларда 4 ҳафта давомида эришилса, катталарда эса 50 - 60% ҳолларда – 8 ҳафта, 80% ҳолларда эса – 16 ҳафта мобайнида эришилади ♦ Преднизолон кам наф берганда ёки қайталаниши туфайли 12 ҳафта мобайнида тўхтатиш имкони бўлмаганда, циклофосфамид 2 мг/кг/кунда ёки хлорамбуцил 0,1 - 0,15 мг/кг. кунда берилади. Ушбу препаратлар етарли наф бермаса ёки қайталаниш ҳоллари кузатилса, препаратни организмда тўпланиб қолиши ва зарарлилигини инобатга олган ҳолда тавсия этилмайди ♦ Нефротик синдромни қайталаниш ҳоллари такрорланса циклоспорин буюрилади: катталарга 3-8 мг/кг/кунда (болаларга 100 – 150 мг/м² кунига) 1 – 2 йил мобайнида (агар самара берса) тавсия этилади ва 6 –12 ой давомида аста – секин тўхтатилади.

- Фокал – сегментар гломерулосклероз ♦ Иммуносупрессив даво етарли самара бермайди ♦ Глюкокортикоидлар узок вақт – 16–24 ҳафта давомида қўлланилади. Нефротик синдром кузатилган беморларга 1-1,2 мг/кг. катталарга, 1,5 мг/кг. болаларга ҳар куни 3 – 4 ой мобайнида, кейин кун ора яна 2 ой давомида, кейинчалик эса доза аста – секин камайтириб борилади ва умуман тўхтатилади ♦ Цитостатиклар (циклофосфамид, хлорамбуцил) ГК билан биргаликда ёки ГКСларга қарши кўрсатмалар бўлса, якка ўзи буюрилади (ремиссия муддатини узайтиради) ♦ Циклоспорин 3-8 мг/кг/кунда (болалар учун 100-150 мг/м²/кун)дан тез – тез қайталанувчи беморларга ва глюкокортикоидларга сезувчанлиги бор, лекин қўллаш мумкин бўлмаган беморларга (ГКга сезгирлиги бўлмаган беморларга циклоспорин қўллаш мақсадга мувофиқлиги тўлиқ ҳал этилмаган) давога ижобий жавоб олинганда 1 – 2 йил мобайнида буюрилади.

- Фибропластик ГН ♦ Ўчоқли жараёнда даволаш, касалликни ривожланишига сабаб бўлган морфологик шаклга асосланган ҳолда олиб борилади ♦ Диффуз шакли – фаол иммуносупрессив даво ўтказишга қарши кўрсатмадир.

- Тез авж олувчи ГН.

- ♦ Коптокчалар базал мембранасига АТ (анти – БМК)ни ҳо бўлиши билан борадиган шакли ★ Креатининни қондаги концентрацияси 600 мкмол/л. дан паст бўлса, ичишга преднизолон кунда 60 мг.дан, то аҳволи яхшилангунга қадар, кейин дозасини 12 ҳафта давомида пасайтириб борилади; циклофосфамид 2–3 мг/кг. микдорда 2,5 ҳафта; плазмаферез-10-14 кун. Жараёни турғунлашуви ва ўртача буйрак етишмовчилигида – узок муддат давомида ААФ ингибиторлари ★ Креатининни қондаги концентрация 600 мкмол/л. дан юқори бўлса, агрессив даволаш фақат касалликни кескин фаоллашувида ва коптокчалардаги

ўзгаришларнинг жиддий ортга қайтувчанлигида буюрилади; одатда гемодиализ ва консерватив даволаш қўлланилади.

◆ Иммунокомплекс варианты – преднизолонни «пульс билан» 1000 мг. дан 3-5 кун, кейинчалик 60 мг/кг/ кунда, циклофосфамид «пульс билан» ёки ичишга СКВда, криглобулинемия (идиопатик тез авж олувчи ГНда самара даражаси номаълум), плазмаферез тез авж олувчи криоглобулинемик ГНда қўлланилади.

◆ Кам иммунли тез авж олувчи ГН – ичиш учун ёки в/и «пульс» кўринишида циклофосфамид қўлланилади (циклофосфамид самара берганида–азатиоприн билан узоқ муддатли қўллаб турувчи терапия), глюкокортикоидлар - ичиш учун ёки в/и, плазмафарез 7-10 марта тез авж олувчи буйрак етишмовчилиги ва буйрак биоптатларида ортга қайтувчи жараёнлар кузатилганда.

Кўп қисмли даво (глюкокортикоидларни ва/ёки цитостатикларни антиагрегантлар ва антикоагулянтлар билан бирга ишлатиш). Кўп қисмли даволи схемани алоҳида қўлланилган иммуносупрессив терапия билан таққослаганда афзаллик томонлари ҳали яхши ўрганилмаган.

• Уч қисмли даво (ГКС ёки цитостатикларни гепарин ва антиагрегантлар билан бирга қўллаш): ◆ Преднизолон 1-1,5 мг/кг/кунда ичиш учун 4-6 ҳафта, кейин эса 1 мг/кг. кунда, кун ора, кейинчалик дозани 1,25-2,5 мг/ҳафтасига тушириб секинлик билан тўхтатилади. Ёки циклофосфамид 200 мг. дан м/о ҳар куни ёки икки баробарлик доза кун ора 1-2 ой давомида, кейинчалик ярим доза ремиссияга эришилгунча буюрилади (циклофосфамид) ◆ Гепарин 5000 ТБ кунда 4 марта 1-2 ой мобайнида кейинчалик фениндионга ўтилади (ацетилсалицил кислотаси 0,25 - 0,125 г/кунда ёки сулодексид 250 ТБ дан кунда 2 маҳал ичишга) ◆ Дипиридамол 400 мг. кунда ичиш учун ёки в/и ёки варфарин 10 мг/кунда ичишга.

• Кинкайд – Смитнинг тўрт қисмли давоси ◆ Преднизолон 25-30 мг/кунда ичишга, 1-2 ой давомида, кейинчалик дозани ҳафтада 1,25- 2,5 мг. гача туширилади ва тўхтатилади; циклофосфамид 200 мг. в/и ҳар куни ёки икки баробарлик доза кун ора 1-2 ой давомида, кейинчалик ярим дозани ремиссияга давригача олиб борилади. (циклофосфамид хлорамбуцил ёки азатиоприн билан алмаштирилиши мумкин) ◆ Гепарин 5000 ТБ кунда 4 марта 1-2 ой мобайнида кейинчалик фениндионга ўтилади (ацетилсалицил кислотаси 0,25-0,125 г/кунда ёки сулодексид 250 ТБ дан кунда 2 маҳал ичишга) ◆ Дипиридамол 400 мг. ичиш учун ёки в/и юборилади.

• Понтичелли схемаси: даволаш преднизолондан бошланади. 3 кун кетма-кет 1г/кунда, кейин дозаси 30 мг.дан кунда, 27 кун ичиш учун, сўнг 2 - ойда хлорамбуцил 0,2 мг/кг. (даволаш 6 ой мобайнида олиб борилади).

• Стейнберг схемаси: ◆ Циклофосфамид билан пульс-терапия - 1 г. в/и хар ойда, бир йил мобайнида ◆ Кейинги 2 йил – 3 ойда 1 марта ◆ Кейинги 2 йилда - 6 ойда 1 марта.

КЛИНИК ШАКЛИГА КўРА ДАВОЛАШ

Бундай даволаш буйрак биопсиясини амалга ошириб булмайдиган ҳолларда қўлланилади.

• Латент шакли. Фаол иммуносупрессив даволаш мумкин эмас. Протеинурия кунда 1,5 г.дан ортиқ бўлса ААФ ингибиторлари буюрилади.

- Гематурик шакли: цитостатик ва преднизолондан хар доим хам самара булмаса. Гематурия ва унча юкори бўлмаган протеинурия кузатилган беморларга ААФ ингибиторлари ва дипиридамомл қўлланилади.
- Гипертоник шаклида ♦ ААФ ингибиторлари (мақсад А/Б 120/125/80 мм. см.уст.) ♦ Авж олиш даврида уч қисмли даво таркибидаги цитостатиклар қўлланилади ♦ Фаол ГН да глюкокортикоидларни ярим дозада (преднизолон 0,5 мг/кг/кунда) монотерапия ёки қўп қисмли даво таркибида буюриш мумкин.
- Нефротик шакли - уч ёки тўрт қисмли даво қўллашга кўрсатмадир.
- Аралаш шакли – уч ёки тўрт қисмли даво. Стероидларга сезгир нефротик синдромда болаларда иммуносупрессив даволаш (циклофосфамид ёки хлорамбуцил 8 ҳафта мобайнида) ёки циклоспорин ва левамизолнинг узайтирилган курслари глюкокортикоидлар билан монотерапияга нисбатан касалликнинг қайталаниш хавфини камайтиради.
- Волчанкали нефрит – преднизолонни бир ўзини ишлатишга нисбатан иммуносупрессив даволаш билан бирга тавсия этиш ўлим ва сурункали буйрак етишмовчилиги терминал босқичи хавфини камайтиради.

ДАВОЛАШНИНГ БОШҚА ТУРЛАРИ

Антигипертензив даволаш хавфсиз АГда коптокча ичи гипертензияси ва гиперфилтрациясини камайтирувчи ва СБЕ авж олишини секинлаштирувчи (нефропротективли самара) ДВ ўз ичига олади.

- ААФ ингибиторлари (антигипертензив самарадан ташқари ва бошқа антигипертензив ДВ фарқли ўлароқ) нефропротектив таъсир кўрсатади, чунки у коптокча ичи гиперфилтрациясини, протенурияни камайтириш ҳисобига СБЕ авж олиши ва терминал ҳолатлар юзага келишини секинлаштиради: эналаприл 5–40 мг/кунда, каптоприл 75–100 мг/кунда, лизиноприл 10–100 мг/кунда, беназеприл 10 мг/кунда, рамиприл 2,5–5 мг/кунда, периндоприл 2 – 4 мг/кунда, фозиноприл 10 – 20 мг/кунда 1 – 2 марта.
- Нодигидропирид қаторига мансуб кальций каналларининг блокаторлари: верапамил 120 –320 мг/кунда, дилтиазем 160–360 мг/кунда.
- Селектив бетта-адреноблокаторлар: атенолол 100-300 мг/кунда, метопролол 50-100 мг/кунда, пропранолол, соталол ва карведилол.

Гиполипидемик ДВ – улар СБЕ авж олишини секинлаштиради ва протеинурияни камайтиради. Статинлар энг яхши гиполипидемик самарага эга: улардан симвастатин, ловастатин, флувастатин, аторвастатин 10 – 60 мг/кунда 4 - 6 ҳафта давомида, кейинчалик миқдори самарали бўлган минимал дозагача камайтириб борилади ва бу гиперлипидемияни назорат қилиш имконини беради.

Бошқа воситалар

- Диуретиклар (шишлар, АГда) – гидрохлоротиазид, фуросемид, спиронолактон.
- Антиоксидант даво (витамин Е, балиқ мойи) – самарадорлиги ҳақида ишонарли маълумотлар йўқ.
- Антикоагулянтлар (цитостатик ва глюкокортикоидлар билар бирга) – самараси ҳақида ишонарли маълумотлар йўқ ♦ Гепарин 5000 ТБ кунда 4 марта т/о камида 1 - 2 ой давомида, тўхтатишдан 2-3 кун олдин доза камайтириб борилади ♦

Кальций надропарини 0,3 – 0,6 мл.дан кунда 1-2 марта т/о, сулодексид 600 ТБ м/о (1 ампула) кунда 1 марта 20 кун мобайнида, сўнг капсулаларда 250 ТБ кунда 2 марта ичилади.

- Антиагрегантлар – монотерапиянинг самараси ҳақида ишонарли маълумотлар йўқ, кўп қисмли давода қўлланилгандаги самараси жуда оз. Циклофосфанни варфарин ва дипиридамол билан 3 йил мобойнида ва циклофосфанни 6 ой, варфарин ва дипиридамол билан биргаликда эса 2 йил мобайнида қўллаш протеинурияни яққол камайтиради ♦ Дипиридамол 400-600 мг/кунда ♦ Пентоксифиллин 0,2 - 0,3 г/кунда ♦ Тиклопидин 0,25 г. дан кунда 2 марта ♦ Ацетилсалицил кислотаси кунда 0,25 - 0,5 г. дан.

- Аминохиолин унумлари: хлорохин, гидроксихлорохин (самарадорлиги тўғрисида ишонарли маълумотлар йўқ, текширувлар ўтказилмаган) патоморфологик текширув маълумотлари бўйича фаол терапия ўтказишга кўрсатмалар бўлмаганда – склерозловчи шаклларида 0,25 - 0,2 г. дан кунга 2 марта 2 ҳафта мобайнида, кейин эса 1 кунда 1 марта ичилади.

- Плазмаферез (текширувларда самарадорлиги исбот этилмаган) преднизолон ва/ёки циклофосфамид пульс-терапияси билан бирга ГНни юқори фаоллашган даврида ва циклофосфамид ва преднизолон билан даволашдан самара бўлмаса, ультрафильтрация, гемодиализ (тез авж олувчи ГН, СБЕда олиб борилади).

ХИРУРГИК ДАВО

Сурункали ГНни қайталаниши тонзиллитни қўзғатиши билан аниқ боғлиқлиги бўлса - тонзиллэктомия (самараси исботланмаган). СБЕ терминал ҳолатларида - буйраклар трансплантацияси.

БЕМОРНИ ЎРГАТИШ

Суяклик мувозанатини кузатиш, кун тартиби ва парҳезга риоя қилиш, АБни ўлчаб туриш, шифокор тавсия этган ДВни қабул қилиш.

МУТАХАССИС МАСЛАҲАТИГА КЎРСАТМАЛАР

- Тизимли касаллик белгилари аниқланганда – ревматолог, гематолог маслаҳати • Сурункали гемодиализ масаласи бўйича гемодиализ бўлими мутахассиси кўриги.

КЕЙИНГИ КУЗАТУВ

- Тартибга риоя қилиш – совуқ қотиш, руҳий ва жисмоний зўриқишларни бартараф этиш • Парҳез - 7 • Дорилар билан даволашни охирига етказиш/давом эттириш (глюкокортикоидлар, иммуносупрессив, антигипертензив даво) • Фитотерапия - наъматак, қора мевали рябина дамламалари) • Физиотерапия муолажалари тавсия этилмайди • Йил давомида кузатув остида бўлиш: ҳар чоракда А/Б ўлчаб бориш, қон ва сийдикни умумий текшириш, кунлик протеинурия (нефротик синдромда), креатинин ва/ёки мочевиани қон зардобидаги миқдорини аниқлаш • Ремиссия даврида санатория-курортларда даволаниш (режим, парҳез, иқлим омиллари) • Инфекция ўчоқларини тозалаш ва бартараф этиш • Ишга жойлаштириш ва шароитлар яратиб бериш, ишни совуқ қотиш, жисмоний зўриқиш, стресслар билан боғлиқ бўлмаслиги • Мехнат фаолиятини экспертизадан ўтказиш комиссиясига жўнатиш (сурункали ГНнинг узоқ давом этувчи фаол даврида, оғир нефротик синдромда ва АГда).

ПРОГНОЗИ

СБЕ ривожланиши клиник-морфологик шаклларида келиб чиққан ҳолда ҳар хил тезлик ва суръатда 10-20 йил давомида юзага келиши мумкин.

- Мезангиопротрофиератив ГН (постстрептококкли шакли – 1-2%). 10 – йиллик умр кўриш 81 % ни ташкил қилади. Глюкокортикоидлар билан даволаш яхши самара берса, касаллик прогнози анча яхши, юқори даражадаги гематурия, протеинурия, АГда, буйрак етишмовчилиги, морфологик ўзгаришлар билан кечганда оқибати яхши эмас.

- Берже касаллиги. 20 йиллик яшовчанлик 50%ни ташкил этади. Касаллик прогнози бўйича нохуш омиллар: кекса ёш, юқори протеинурия, АГ, буйраклар биопсиясида ярим ойсимон ёки сегментар склерозли натижаларни аниқланиши.

- Минимал ўзгаришлар билан кечадиган ГНда – СБЕ кам ҳолларда кузатилади, асосан кекса ёшдаги беморларда ривожланади. 5 йиллик умр кўриш 95%дан ортиқни ташкил этади.

- Мембраноз ГН. Якуни нисбатан яхши. Спонтан ремиссиялар кузатилиши мумкин (20 - 30 %). 10 йиллик умр кўриш 60 - 65 %ни ташкил этади. Прогнозга таъсир этувчи нохуш омиллар: эркак жинси, бемор ёшининг 50 дан катта бўлиши, яққол ифодаланган нефротик синдром, АГ, қон зардобада креатинин концентрациясини ошиши, тубуло – интерстициал компонент, ремиссиялар йўқлиги.

- Фокал – сегментар гломерулосклероз. Спонтан ремиссия ҳоллари кам – 1-1,5% да. Нефротик синдром ва АГ, тромбозларда буйрак етишмовчилиги жадал ривожланиш эҳтимоли бор – «хавфли шакли».

- Мезангиокапилляр ГН. СБЕ тез авж олади, ремиссиялар айрим ҳолларда кузатилиши мумкин. 10 йиллик яшовчанлик 50%дан ошмайди.

- Тез авж олувчи ГН (инфекциядан кейин ва СКВда, Вегенер гранулематози, тугунчали периаартериитда) – даволаш буйраклар фаолиятини яхшилайти. Даволанмаган беморларда касаллик 1-2 йил ичида терминал босқичга (90%) ўтади. Коптокчаларнинг 75 % ва ундан ортиғида ярим ойсимон ўзгаришлар бўлишида прогноз ёмон.

Буйраклар трансплантацияси 50% ҳолларда – трансплантатдаги қайталаниш, 10% ҳолларда – трансплантатни кўчиши билан асоратланади.

Сурункали ГНни ўлим билан якун топиши буйрак етишмовчилигига асосланган, кам ҳолларда – ўпка шиши, инсульт, интеркуррент инфекция, гиповолемик нефротик кризлар, қон томирлар асоратлари (тромбозлар, инфаркт, мия шиши) сабаб бўлиши мумкин.

БУЙРАКЛАР АМИЛОИДОЗИ

Буйраклар амилоидози (БА) – буйрак тўқималарига хужайрадан ташқари амилоидларни чўкиб қолиш касаллиги бўлиб у аксарият ҳолларда тарқалган амилоидоз асосида ривожланади.

ХКК-10: E85 Амилоидоз.

ҚИСҚАРТМА: БА – буйрак амилоидози.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯСИ

- Бирламчи тизимли амилоидоз билан касалланиш йилига 1 млн. кишига 5,1-12,8 ни, оилавий касалланиш эса –1,0 тани ташкил этади.
- Аҳоли ўртасида амилоидоз тарқалиши 1:50 000 ташкил қилади.
- БА бирламчи, ҳамда иккиламчи турлари фарқланади, қариликдаги диализ олаётганлардаги ва локал амилоидозларда буйракнинг зарарланиши хос эмас.
- Бирламчи амилоидозда буйраклар зарарланиши 80%, иккиламчида - 90 - 100% га етади.
- БА буйрак касалликлари орасида – 1 - 2,8%, СБЕ олиб келувчи сабаблар ичида – 1%, нефротик синдром сабаблари орасида – 8-13% ни ташкил қилади.
- Ревматоид артрит ва анкилозловчи спондилоартритда БА 7%, миелом касаллигида эса 15,4 % беморларда кузатилган.
- Ирсий (оилавий) амилоидоз – 10 - 40% ҳолларда аниқланади.
- **Ўлим ҳолати:** БА нинг СБЕ билан тугалланиши миелом касаллиги билан оғриган беморларнинг 70% да ўлимга олиб келувчи учта асосий сабаблардан бири бўлиб ҳисобланади (юқумли ва онкологик касалликлар қаторида). Айрим мамлакатларда (Германия) доимий диализ билан яшовчи беморларда ўлимнинг асосий сабаби БА.
- Ёш катталашган сари БА сони ортиб боради ва касаллик 50 - 70 ёшларда кўпроқ аниқланади. Эркаклар БА билан аёлларга нисбатан 1,5 - 2 баробар кўп касалланадилар.

ПРОФИЛАКТИКАСИ

Касалликни олдини олиш ва/ёки амилоидозга сабаб бўлиши мумкин бўлган касалликларни (йирингли ўчоқлар, ўсмаларни тўлиқ олиб ташлаш фаол даволаш. Шу жумладан, хирургик йўл билан) ўз вақтида даволаш.

СКРИНИНГ

- Амилоидоз хавфи бор беморларда нефротик ёки уремик синдромлар, протеинурия пайдо бўлиши қуйидаги касалликлар учун хосдир: ♦ Ревматоидли артрит ♦ Миелом касаллиги ♦ Бронхоэктатик касаллик ♦ Сурункали йирингли бронхит ♦ ♦ Остеомиелит ♦ Спондилоартрит ♦ Вальденстрёма касаллиги ♦ ирсий - оилавий синдромлар: периферик невропатия, нефропатия, кардиопатия.
- БА клиник - лаборатор кўринишларининг хусусиятлари ♦ Протеинурия, сийдик чўкмаси озгина ўзгаришлар билан бирга ♦ Нефротик синдром – шишларни диуретикларга чидамлилиги нормал АБ билан, катталашган юқори гиперэхогенли буйраклар (УТТ), юқори ЭЧТ, оз миқдордаги сийдик чўкмаси ♦ Уремик синдром шишлар билан бирга, АГ сиз, буйракларни катта ёки меъеридаги ўлчами.
- БА диагностикаси буйраклар биопсияси ёки буйрак ва бошқа тўқималарда амилоид тўпланганлик даражасига қараб - тери ости ёғ қатлами, тўғри ичак шиллик ости қавати, оғиз бўшлиғи шиллик қаватига (80-85%) амалга оширилади.
- Тери ости ёғ қаватидан олинган материални текшириш натижалари амилоид AL – протеинни миқдорий аниқлаш натижаларига жуда муносибдир (сезгирлиги 75%, хослиги 100%).
- Оилавий амилоидозда тери ости ёки тўғри ичакдан олинган материалларни текшириш орқали БА ни аниқлаш сезгирлиги 77 - 78% га етади.

- Оилавий ва кекса ёшлилар амилоидози билан ҳаста беморларда микроальбуминурияни аниқланиши TTR – амилоид нефропатиянинг биринчи босқичидан дарак беради ва нефропатияга сабаб бўлади.
- Ревматоид артрит билан касалланган беморларда амилоидозни аниқлаш мақсадида қилинадиган ошқозон ичак йўллари шиллиқ қавати биопсияси тизимли амилоидоз скрининги учун қўлланилиши мумкин, чунки унинг натижалари буйраклар биопсияси маълумотлари билан ўхшаш бўлади.

КЛАССИФИКАЦИЯСИ

Амилоидозни клиник – биохимик классификацияси. Амилоиддан олдинги оқ турлари ҳарфлар билан белгиланади. Биринчи – А (*amyloidosis*), қолганлари амилоид фибрилляр оқининг номи билан аталади.

- Бирламчи амилоидоз (AL; ўзак оқ – Ig ни енгил занжири) ёки β -хужайрали ўсмалар, миелом касаллиги, моноклонал гаммапатияли амилоидоз.
- Иккиламчи амилоидоз (AA; ўзак оқи – зардобли α -глобулин) – ҳар хил сурункали яллиғланиш, иммун тизимли ёки даврий касалликларда бўладиган ўрта ер денгизи оилавий иситма кўтарилиши синдроми билан кечадиган амилоидоз.
- Оилавий (ирсий) ва қарилик амилоидози (ATTR; ўзак оқ -транстиретин)-маълум бир этник гуруҳларда пайдо бўлади.
- Диализ амилоидози (A β ₂M; ўзак оқи – β ₂ - микроглобулин) – сурункали гемодиализ олувчи беморларда.
- Локал амилоидоз – кўпроқ кекса ёшдаги одамларда ривожланади (ҚД 2-типида амилоидни ошқозон ости безига чўкиши, Альцхаймер касаллигида амилоидни мия тўқималарида тўпланиши, бўлмачаларнинг кексаларда учрайдиган амилоидози).

Даврлар бўйича клиник классификацияси

БА учун босқичли кечиш хосдир, лекин нефротик синдромни баъзан тўсатдан протеинуриясиз ривожланиш (баъзида ҳатто нефротик криз кўринишида) эҳтимоли бор. Бу ҳолатга жарроҳлик муолажалари, дори моддалари, шикастланиш, инфекциялар таъсири туртки бўлиши мумкин. Нефротоксик синдром (80–90%), ривожлананиши, СБЕ кузатилиши мумкин. Аммо баъзан жараённи тўсатдан ремиссияга ўтиши ва келтириб чиқарган сабаблар мутлоқ йўқотилса, орқага қайтиши мумкин.

- Яширин даври: буйракларда амилоид тўпланади, лекин сийдик таҳлилида ўзгаришлар аниқланмайди.
- Протеинурик даври: протеинурия аввал минимал, кейин кўпайиб боради: микрогематурия, асептик лейкоцитурия, ЭЧТ кўтарилиши мумкин. Кечиш даври ўртача 3-4 йилни ташкил қилади.
- Нефротик даври: нефротик синдром – кўп миқдорда протеинурия, гипо-ва диспротеинемия, шишлар, гиперхолестеринемия.
- Азотемик давр – СБЕ белгилари .

ДИАГНОЗИ

АНАМНЕЗИ

БА учун қуйидаги анамнез маълумотлари хосдир.

- Кекса ва қари ёшдагилар (қариликдаги БА).

- Сурункали гемодиализ –БА ўртача 7 йил диализда даволангандан сўнг ривожланади (гемодиализли БА).
- Оилада амилоидоз билан касалланиш (оилавий ирсий амилоидоз).
- Ўтмишда ёки текширув пайтида ушбу касалликка сабаб бўлувчи патологик жараёнлар (иккиламчи амилоидоз) мавжудлиги ♦ Сурункали йирингли-деструктив жараёнлар (кўп ҳолларда) – бронхоэктатик касаллик, йирингли бронхит, абсцесслар, остеомиелит ♦ Бириктирувчи тўқиманинг тизимли ва бошқа касалликлари – ревматоидли артрит, Бехтерев касаллиги, псориастик артрит, спондилоартрит ♦ Ўсмалар – лимфогранулематоз, буйрак ўсмаси, менингиома ♦ Ичакнинг сурункали касалликлари – носпецифик ярали колит, Крон касаллиги ♦ Юқумли касалликлар – безгак, , мохов, захм ♦ Даврий касаллик.
- Бирга келувчи касалликлар йўқлиги ёки плазматик хужайра клонларининг шикастланиши билан кечувчи касалликларга кўрсатма (бирламчи амилоидоз): миелом касаллиги, Вальденстрём касаллиги.

ФИЗИКАЛ ТЕКШИРУВЛАР

Алоҳида БА жуда кам кузатилади; одатда у тизимли амилоидоз доирасида ривожланади, шунинг учун клиник кўриниши тизимли жараёнлар клиник кўриниши билан бирга келади. БАнинг турли даврларида клиник белгилари секин-аста кучайиб бориш билан ифодаланади.

- Протеинурик давр – клиник белгилар кузатилмайди.
- Нефротик даври.
- ♦ Шишлар секин аста кучаяди, кўп ҳолларда кенг тарқалган (массив), диуретикларга чидамли (10 – 15% беморларда шиш бўлмайди).
- ♦ Бирламчи амилоидозда нефротик синдром иккиламчига нисбатан кам ифодаланган.
- ♦ АГ фақат 20 – 30 % беморларда аниқланади.
- ♦ ЭЧТ юқори.
- ♦ УТТ – катталашган, зичлашган («ёғли») буйраклар.
- СБЕ даври.
- ♦ СБЕ терминал даврида одатда шишлар сақланиб қолади.
- ♦ АГ унча юқори эмас ёки йўқ.
- ♦ УТТ – буйрак ўлчамлари катталашган, кичрайган ёки ўзгармаган.
- ♦ ЭЧТ кўтарилган.

Буйракдан ташқари белгилар

Клиник белгилар, лаборатор ва инструментал текширувлар натижаси – у ёки бу аъзо ва системаларнинг қайси даражада иштирок этаётганлигига боғлиқ. Иккиламчи амилоидозда амилоидлар асосан паренхиматоз аъзоларда (жигар, қора талоқ, буйрак усти ва ошқозон ости беши), бирламчи амилоидозда – юракда, ичакда ва нерв лимфа тизимида тўпланиши хос.

- Юрак (асосан AL – амилоидозда зарарланади): давога сезувчан бўлмаган сурункали юрак етишмовчилиги, ритм ва ўтказувчанликни бузилиши, миокарднинг ўчоғли зарарланиши (псевдоинфаркт).

- Периферик нерв тизими: периферик полиневропатия (17%), вегетатив нерв тизими бузилиши, ортостатик артериал гипотензия, импотенция, сфинктерлар бузилиши.
- МНС: деменция.
- Пай ва тоғайлар зарарланиши: кафт усти каналлари синдроми (20% беморларда AL – амилоидоз билан), симметрик полиартрит, елка – курак периартрити, периартрикуляр тўқималар зич шиши.
- Ошқозон ичак йўллари амилоидози: ♦ Макроглоссия (22% беморлар AL – амилоидозлар) ♦ Дисфагия, диарея ёки қабзият ♦ Ичак ёки ошқозонда амилоиднинг ўсмасимон тўпланиши (кўп учрамайди) ♦ Жигар амилоидози – жигарни катталашини ва қаттиқлашини ♦ Жигарнинг бошқа функциялари бузилмаган ҳолда бироз ҳолестаза, портал гипертензия синдроми бўлиши, спленомегалия (5% беморларда AL - амилоидоз билан ва 30 – 40 % беморларда AA – амилоидоз билан) ♦ Ошқозон ости беши амилоидози-сурункали панкреатит ниқоби остида.
- Нафас тизими зарарланиши (50% AL – амилоидозда ва 10 - 14% AA-амилоидозда): овозни хирллаши, бронхит кўринишлари, ўпкани ўсмасимон амилоидози.
- Терини зарарланиши – папула, тугунчалар, доғлар, трофик ўзгарган диффуз инфильтрация.
- Кўз атрофига қон қуйилиши сабабли геморрагик синдром.
- Қалқонсимон без гипофункцияси.
- Буйрак усти беши етишмовчилиги.

Ирсий амилоидоз. Нейропатик (қўл ва оёқ нервларини зарарланиши билан), нефропатик (даврий касаллик, иситма ва қоринда оғриқ, тошмалар тошиши, карлик ва буйрак зарарланиши ҳамда АГ уйғунлашуви), кардиомиопатик (юрак етишмовчилигини кучайиб бориши, синус тугуни синдроми сусайиши, бўлмачалар тўхтаб қолиши), аралаш (шоҳ парда дистрофияси ва бош мия нерв толаларининг зарарланиши, мия инсултлари).

Диализли амилоидоз: кафт усти канали синдроми (қўл бармоқлари букувчилари тендовагинитлари), деструктив артропатия (елка – курак периартрити, деструктив спондилоартропатия, бошқа бўғимлар зарарланиши), остеопатиялар (суяк тўқимасини кистоз зарарланиши, суяклар синиши).

ЛАБОРАТОР ТЕКШИРУВЛАР

- Қондаги ўзгаришлар ♦ Камқонлик, лейкоцитоз, ЭЧТ ошиши (протеинурик даврда 20 – 30 мм/с. дан нефротик даврида ва СБЕ даврида 50 – 70мм/с. гача) ♦ Нефротик синдромда – гипопропротеинемия (гипоальбуминемия ҳисобига), гиперглобулинемия, гиперлипидемия (уларни 80% нефротик даврида) ♦ Гипонатриемия, гипопротромбинемия, гипокальциемия.
- Сийдикдаги ўзгаришлар ♦ Протеинурия, чўкмада – цилиндрлар, эритроцитлар, лейкоцитлар (асептик пиурия) ♦ 30% беморларда протеинурия сийдик чўкмаларидаги ўзгаришларсиз («ўлик» сийдик чўкмаси) ♦ Протеинурияни минималдан секин аста нефротикгача ўсиб бориши ♦ Нормостенурия, гипостенурия, липидурия нефротик синдром даврида.

- AL – амилоидозда – Ig моноклонал энгил занжирларни аниқлаш ♦ Қон зардобиди ва сийдикда (миелом билан биргаликда келганида сийдикда парапротеин миқдори кунда 25 г. дан юқори бўлиши).
- Жигар зарарланганда – гиперхолестеринемия, қатор ҳолларда гипербилирубинемия, ишқорий фосфатаза фаоллигини ошиши.
- Қалқонсимон без – гипотиреоз бўлиш эҳтимоли.
- Касаллик бошланишида 50% беморларда азотемия.
- Копрологик текширув – кўп миқдорда стеаторея, амилорея, креаторея.
- Қон зардобидида карбоксиметиллизин – Hb миқдорининг қон плазмасида ошиши – диализли амилоидозни авж олиб бораётганидан дарак беради.

ИНСТРУМЕНТАЛ ТЕКШИРИШ

Буйракларда, асосан унинг коптокчаларида амилоид тўпламлари аниқланиши (AA - амилоид AL – амилоидга нисбатан кўп тўпланади).

- Буйракларда амилоид тўпланганлигини аниқлашда муҳим маълумот берадиган усул – буйракни ёки бошқа тўқиманинг (тери, тери ости ёғ қавати, тўғри ичак, оғиз бўшлиғи шиллик қаватлари) биопсияси, бунда биоптат конго қизили билан бўялади, патоморфологик ва қутбланган ёруғликда электрон микроскопда текширув ўтказилади (яшил нур пайдо бўлиши) ♦ Тўғри ичак шиллик ости қавати ва тери ости ёғ қавати биопсияси 80-85% ҳолларда амилоидоз диагнозини қўйиш имконини беради ♦ Тери ости ёғ қавати текшириш натижалари амилоид протеин миқдорини аниқлайди (75% сезгирлик, хослик 100%).
- Буйрак ва бошқа ички аъзолар УТТ: буйраклар амилоид чўкмалар ҳисобига катталашган, эхогенлик кучайган. Амилоидозни кучайиши билан амилоидлар чўкишини буйракларда тарқалиши кузатилади.
- AL – амилоидозда ва Ig моноклонли энгил занжир бўлмаслиги ♦ Қон зардобидида, сийдикда ва суяк илиги таркибидида энгил боғламлар тутган плазматик хужайралар патологиясини аниқлаш учун туш суяги пункцияси (миелом билан кечганда суяк илигидаги плазматик хужайралар сони 30% ортади) ўтказилади. Буйракдан ташқарида жойлашган амилоидозни аниқлаш учун қўшимча текширишлар.
- β_2 – микроглобулин нишонли изотоплар билан сцинтиграфия – диализдаги беморларда амилоид депозитларини аниқлашнинг самарали усули.
- ЭКГ – тишлар вольтажини пасайиши, юрак ритми ва ўтказувчанлигини бузилиши.
- ЭхоКГ – юрак диастоласи дисфункцияси белгилари билан кечувчи рестриктив кардиомиопатия.
- Рентген текшируви ♦ ОИТ: ошқозон ёки ичакда ўсмасимон ҳоа, қизилўнғач гипотонияси, сустлашган ошқозон перистальтикаси, барий аралашмасининг ичак бўйлаб ҳаракати тезлашган ёки секинлашган ♦ Кўкрак қафаси аъзолари: ўпкани илдиз олди ва кўкс оралиғи лимфаденопатияси, ўпка тўқимаси зарарланиши.
- Бўёқ моддаларни (конго қизили, метилен кўки) томир ичига юбориш функционал синамалари ҳар доим ҳам тўғри маълумот бермайди (у кўп даражада тарихий аҳамиятга эга).

- Кафт усти канали синдромида электромиография (олтин стандарт), электромиография аниқ натижа бермаса, кўшимча усул сифатида УТТ қўлланилади.
- УТТ, рентгенография, КТ, МРТ каби текширув аппаратлари амилоидни локал тўпланишини диагностикаси учун ёрдам беради, бироқ уларнинг ўзига хос спецификлиги ва сезгирлиги етарлича эмас.

БУЙРАК АМИЛОИДОЗИ ДИАГНОСТИКАСИНING АЛГОРИТМИ

- БА га шубҳа туғилиши: илк бор аниқланган протеинурия, нефротик синдром ёки СБЕ, бунда буйрак ўлчамлари ўзгармаган ёки зичлашган катталашган, ЭЧТ юқорилиги, тизимли зарарланиш, сабаб бўлувчи касалликлар, оилавий анамнез ёки гемодиализ билан даволаш.
- Диагноз қўйиш: биоптатда амилоид тўпламини аниқлаш (буйрак, тўғри ичак шиллик ости қавати, тери ости ёғ тўқимаси).
- Амилоидоз турларини аниқлаш (AL, AA, ATTR, A β ₂M): сийдик ва қон зардобида амилоид оқи турини аниқлаш (аполипопротеин А, моноклонли енгил Ig боғламлари, трансферитин), β ₂ – микроглобулин нишонланган изотоплари билан сцинтиграфия қилиш (бу усулларни кундалик амалиётда қўллаш имконияти йўқ).
- Гистокимёвий идентификацияни имкони бўлмаганда – амилоидознинг клиник турини аниқлаш ♦ AL – амилоидоз ёки миелом билан кечувчи суяк ичидаги плазматик хужайралар миқдорини аниқлаш учун тўш суягини пункция қилиш, сийдикда паропропротеин қонцентрациясини аниқлаш, ясси суякларни рентгенографияси ♦ AA—амилоидоз – келтириб чиқарувчи касалликлар мавжудлиги, асосан буйрак зарарланиши; A β ₂M-амилоидоз – ўзига хос клиник белгилар, гемодиализ билан даволаниш; ATTR – амилоидоз – хос клиник кўринишлар (кардиопатия, невропатия, нефропатия), оилавий анамнез, қарилик, ирсият.
- Амилоидозни тизимлилигини аниқлаш ♦ Буйрак ва жигар функциясини баҳолаш, протеинурияни аниқлаш, ЭКГ ♦ Сцинтиграфия - амилоид Р ни зардобли компоненти нишонли изотоп билан – амилоид депозитларини тарқалишини аниқлаш (асосан жигар ва қора талокда).
- Миелом касаллигини аниқлаш – қон зардобиди ва сийдик оддий электрофорези ҳамда иммунэлектрофорези.

ДИФФЕРЕНЦИАЛ ДИАГНОСТИКАСИ

- ОИТ зарарланишида – сурункали гастрит (ФЭГДС, биопсия маълумотлари), ошқозон ва 12 бармоқ ичак яра касаллиги (ФЭГДС).
 - Периферик полиневропатияда – ҚД, алкоголизм, айрим витаминларни етишмовчилиги.
 - МНС зарарланишида – сенил деменция (деменцияни анча кеч ёшда пайдо бўлиши – ўртача 80,3 ёшни ташкил этади), Альцхаймер касаллиги (ўртача 66,6 ёшда), мия кўп сонли инфаркти билан (КТ маълумотлари).
- Бошқа эҳтимолли сабабларни аниқлаш:
- Кафт усти канали синдромини – гипотиреоз, шикастланиш, ревматоидли артрит ва бошқалар
 - Рестриктив кардиомиопатияни – вирус сабабли ривожланган ўткир миокардит, эндомиокардиал фиброз, саркоидоз, гемохроматоз
 - Нефротик синдромни -

гломерулонефрит, буйрак веналари тромбози • СБЕ – сийдик чиқариш йўллари обструкцияси, буйракларга токсик таъсир, ўткир канал некрози • Полиартритни – ревматоидли артрит (касалликнинг узок муддат давом этаётганлиги, қабзият, бронх – ўпка патологияси ва ўртача камқонлик мавжудлиги буйрак амилоидозидан далолат беради), пўстлоқли темирлатки артрити, СКВ • Ўпканинг интерстициал патологияси – фиброзли альвеолит, юқумли касалликлар, саркоидоз, пневмокониозлар.

МУТАХАССИСЛАР МАСЛАҲАТИГА КЎРСАТМА

• Ревматолог – юзага келтирган касалликларни аниқлаш ва даволаш, ўхшаш белгилар билан кечадиган касалликларни истисно қилиш (ревматоидли артритни, спондилоартрозни) • Пульмонолог – ўпканинг йирингли касалликлари • Гематолог – миелом касаллиги, лейкозлар, парапротейнозлар • Гастроэнтеролог – носпецифик ярали колит, Крон касаллиги • Хирург – абсцесслар, остеомиелит, ўсмалар.

ДАВОЛАШ

ДАВОЛАШДАН МАҚСАД

- Иккиламчи амилоидоздаги БА – даволаш (келтириб чиқарувчи касалликларни радикал бартараф этган ҳолда) ёки СБЕ авж олишини секинлаштириш, асоратларини олдини олиш ва даволаш.
- Бирламчи, ирсий амилоидоздаги (оилавий, кексаликда) БА – СБЕ кучайишини секинлаштириш, асоратларини олдини олиш ва даволаш.

ШИФОХОНАГА ЁТҚИЗИШГА КЎРСАТМА

Кўп ҳолларда беморлар амбулатория шароитида даволади, фақат оғир ҳолатлар (оғир нефротик синдром, юракнинг деконпенсирланган етишмовчилиги, СБЕ кучайиши) бундан мустасно, унда улар терапия ёки нефрология бўлимига ётқизилади.

ДОРИЛАРСИЗ ДАВОЛАШ

- Нефротик синдромда – ош тузини кунда 1-2 г.гача чегаралаш.
- Амилоидоз билан касалланган беморларга (1,5 - 2 йил) хом жигар ейиш тавсия этилади (100-200г/кунда), лекин самадорлиги назорат текширувларида тасдиқланмаган.
- БА ни латент босқичида оқлар қабул қилиш чегараланади.
- СБЕ ва юрак етишмовчилигида парҳез.

ДОРИЛАР БИЛАН ДАВОЛАШ

• Бирламчи амилоидозда мелфалон 0,15 мг/кг. ва преднизалон 0,8 мг/кг. миқдорда ва колхицин 0,6мг. кунда 2 маҳал 6 ҳафта мобайнида буюрилади, сўнг 4 – 6 ҳафта танаффус билан 6 ойдан 1 йилгача даволаш давом эттирилади. Бу клиник – лаборатор ўзгаришларни яхшиланишига ва беморларни умрини узайтиришда кўпроқ самаралидир, фақатгина колхицин билан даволаш эса бундай самара бермайди.

• Иккиламчи амилоидозда шу ҳолатни келтириб чиқарувчи касалликларни фаол даволаш тавсия этилади. Даврий касаллик юзага келтирган БА да колхицин 0,6 мг. кунда 2-3 маҳал узок вақт қўлланилади.

- Оилавий амилоидозда ҳам колхицин (0,6 мг. кунда 2-3 маҳал) тавсия этилади.

- Симптоматик даволаш ♦ Юрак етишмовчилиги диуретикларни катта дозаси ва ААФ ингибиторларини кичик дозаси билан даволанади (юрак гликозидлари, кальций каналлари блокаторлари, β -адреноблокаторлар мумкин эмас) ♦ Нефротик синдромни даволаш – диуретиклар, эластик пайпоқ кийиш ♦ СБЕ нинг терминал босқичида гемодиализ ўтказиш ♦ Антигипертензив воситалар ♦ Кучли диарея билан кечувчи ичаклар амилоидозида – ўраб олувчи воситалар (асосий висмут нитрати, адсорбентлар) қўлланилади.

ХИРУРГИК ЙЎЛ БИЛАН ДАВОЛАШ

- Иккиламчи амилоидозда – ўсма, инфекция ўчоқларини хирургик йўл билан даволаш
- Спленэктомия организмда хо бўлаётган амилоид сонини камайтириш имконини беради
- Ошқозон ичак йўллариинг чегараланган ўсмасимон амилоидозида операция тавсия қилинади
- Микроальбуминурия билан кечаётган беморларда АТТР – амилоидозида, амилоид нефропатияси ва СБЕ ривожланиш хавфи юқори бўлганлиги учун жигар трансплантациясини амалга ошириш тавсия этилади
- СБЕ нинг терминал босқичида буйраклар трансплантацияси ўтказилиши мумкин (5 йиллик умр кўриш 30% ташкил қилади).

БЕМОРНИ ЎРГАТИШ

- Парҳезга риоя қилиш
- Суюқлик мувозанатини назорат қилиш
- АБ назорати
- Дорилар билан даволанишни давом эттириш.

МУТАХАССИСЛАР МАСЛАҲАТИГА КЎРСАТМАЛАР

- Келтириб чиқарувчи касалликларни даволашдан самара бўлмаса-ревматолог, гематолог ва бошқа мутахассислар маслаҳати
- Буйрак, жигар, талок трансплантациясига кўрсатмаларни аниқлаш.

КЕЙИНГИ ОЛИБ БОРИШ

Амбулатор шароитда: тартиб, парҳез, ёндош касалликларни дорилар билан даволашни давом эттириш, симптоматик даво (антигипертензивлар, диуретиклар).

ПРОГНОЗИ

- Бирламчи амилоидоз.
- ♦ AL – амилоидозда ўртача яшовчанлик 21,1 ойни ташкил қилади, 5 йиллик яшовчанлик 20% ташкил этади.
- ♦ Миелом касаллиги билан кечадиган амилоидоз прогнози аксарият ҳолларда салбийдир.
- ♦ Кўп сонли миеломаси бўлмаган бирламчи тизимли амилоидоз билан ҳаста беморларда ёмон оқибатга олиб келувчи β_2 – микроглобулинни зардобдаги қонцентрацияси сабаб бўлиши мумкин – унинг ошиши ёмон прогнозни белгисидир: ўртача яшовчанлик 10,8 ойни ташкил қилади, β_2 – микроглобулин меъёр даражада бўлса 32,9 ойни ташкил қилади.
- ♦ Юрак етишмовчилиги ёмон прогнозга эга. Бу ҳолат ривожлангач беморлар одатда 4 ойга яқин умр кўрадилар. Бирламчи амилоидозда ўлимнинг асосий сабабларидан бири – юракдаги асоратлардир.
- ♦ СБЕ ривожланганидан кейин беморлар одатда 1 йилча яшайди.

- ◆ Юрак етишмовчилиги, кексалик, СБЕ, суяк кўмигида плазматик ҳужайралар миқдори 20% дан ортиқ, тромбоцитопения ($100 \times 10^9/\text{л.дан кам}$), периферик невропатия – ёмон прогностик белгилардир.
- ◆ Мавжуд даво кўплаб миелома билан кечувчи AL - амилоидозли беморларда прогнозни яхшилаш олмайди.
- Иккиламчи БА.
- ◆ Нефротик синдром мавжуд бўлганда 5 йиллик яшовчанлик 50% дан ошмайди, 10 йилдан сўнг беморларнинг 1 – 2 тасигина тирик қолади.
- ◆ Прогноз асосий касалликнинг тузалиш имконияти, юқумли ўчоқни бартараф этиш, ўсмани олиб ташлаш асосида нефротик синдромни регрессияси билан аниқланиши мумкин.
- ◆ БАнинг диарея ва/ёки артериал гипотензия билан бирга келиши прогнозни оғирлаштиради; бу беморларда яшовчанлик 4,6 йилни ташкил қилади.
- Оилавий ва диализли амилоидоз:
- ◆ БА кекса ёшдаги беморларда оғирроқ ўтади.
- ◆ Протеинурияни юқори кўрсаткичлари ва нефротик синдром БА нинг тез авж олиб бораётганлигидан далолат бермайди.
- ◆ Буйрак амилоидозининг жадал тезлашуви креатининнинг зардобдаги миқдори ва амилоид депозитлари билан буйраклар интерстицияси ва томирларнинг гистологик зарарланиши даражасига боғлиқ.

ДИАБЕТИК НЕФРОПАТИЯ

Диабетик нефропатия (ДН) – патогенези бўйича буйракнинг турли зарарланишларини ўз ичига қамраб олган йиғма тушунча: диабетик гломерулосклероз (Киммельштилль – Уилсон касаллиги), буйрак инфекциялари (пиелонефрит, некротик папиллит), томирлар шикастланиши (артерио ва ангиосклероз), нейроген (сийдик чиқарув йўллари атонияси билан кечувчи нефропатия ва постренал ўткир буйрак етишмовчилиги), дорилардан зарарланиш (ўткир буйрак етишмовчилиги, интерстициал нефрит).

ДН классификацияси (босқичлари бўйича) • Морфологик классификацияси – 5 та босқичдан иборат (Mogensen С. Е., 1983) ✦ Буйраклар гиперфункцияси қандли диабетнинг илк даврида ривожланади. Касалликка буйраклар гипертрофияси, КФ тезлашиши ва нормаальбуминурия ($< 30\text{мг/кунда}$) хосдир ✦ Буйраклар тузилишидаги бошланғич ўзгаришлар ҚД бошланишидан 2 – 5 йил ўтгач ривожланади. Коптокчалар капиллярлари базал мембраналари қалинлашуви, мезангиум кенгайиши, КФ юқориликча қолади ✦ ДН нинг бошланғич босқичи ҚД бошлангандан 5 йил ва ундан кўп вақт ўтгач ривожланади. Микроальбуминурия (30 – 300 мг/кунда), АБ кўтарилиб туриши хос. КФ юқори ёки меъёрида ✦ ДН нинг авж олган даври ҚД бошлангандан 10 - 15 йил ўтгандан кейин кузатилади. Протеинурия, артериал гипертензия хос. КФ бир оз сусайган ✦ Уремия босқичи ҚД бошлангандан 15 – 20 йил кейин ривожланади • Клиник классификацияси 4 босқичдан иборат ✦ Клиник белгилар – намоён бўлгангача

давр (коптокчалар гиперфилтрацияси) ✦ Протеинурик ✦ Авж олган (нефротик синдром кўпинча артериал гипертензия билан) ✦ СБЕ босқичи.

Статистик маълумотлар. ҚД 1 – тип билан касалланган беморларнинг 40 – 50 % ва ҚД 2 типда 15 – 30 % да; Кўпинча аёлларда.

Генетик хусусиятлари ДН ни катионларни мембрана орқали ҳаракатланишининг генетик нуқсонини ААФ синтезини идора этувчи генлар полиморфизми билан боғлашади.

Хавфли омиллар • Сийдик чиқариш йўллари обструкцияси • Инфекциялар • Нефротоксик ДВ ва рентгеноконтраст препаратларни қўллаш.

Патогенези • Оқ ва ёғларни глюкозага тўйинганлиги (ҚД билан касалланган беморлар қонида глюкозалашган гемоглобин HbA_{1c} миқдорининг юқори бўлиши) • Глюкоза алмашинуви полиол йўлининг фаоллашуви натижасида нишон аъзолар ҳужайраларида сорбитол тўпланиши ва шиш юзага келиши • Тўғридан тўғри глюкоза билан заҳарланиш (глюкозатоксиклик) • Гиперфилтрация ва коптокчалар ичи гипертензияси.

Патоморфологияси • Шикастланганликнинг икки тури ✦ Диффуз гломерулосклероз – коптокчалар базал мембранаси ва мезангиянинг қалинлашуви ✦ Тугунчали гломерулосклероз (ДН билан касалланган беморларнинг 25 – 35% да).

КЛИНИК МАНЗАРАСИ

• Клиник белгиларгача бўлган босқич ✦ АБ кўтарилиши ✦ Буйрак ўлчамларининг 15 – 25 % га катталашуви.

• Протеинурия босқичи – АБ турғун кўтарилиши, йилда 7 % га ўсиши.

• Авж олган босқич ✦ Нефротик синдром – диуретикларга чидамли (6 - 30% ҳолларда) ✦ Артериал гипертензия (80 – 90 %) ✦ КФ сусайиши 1 мл/мин/ойда, тахминан 12 мл/мин/йилда – тезлик билан буйрак етишмовчилиги авж олиб бориши.

• СБЕ босқичи ✦ Артериал гипертензия (90 – 100%) ✦ Шиш синдроми сақланган ✦ Азотемия ✦ Ренал анемия (80%) ✦ Ренал остеодистрофия.

• ДН нинг барча клиник босқичларида ҚД асоратларидан – ретинопатия (буйрак – ретинал синдром: авж олган ва СБЕ босқичида – 100% гача, 30% – кўрлик), невропатия, ангиопатия, ЮИК, чап қоринча гипертрофияси аниқланади.

Лаборатория маълумотлари • Қонда – гипергликемия, гиперлипидемия, анемия (авж олган босқичидан бошлаб), гипопроteinемия • Сийдикда – микроальбуминурия (бошланғич босқичида), яқка протеинурия (1/3 қисм беморларда), микрогематурия ва лейкоцитурия (2/3 қисм беморларда) • Азотемия (СБЕ босқичида).

Инструментал текширилганда олинган маълумотлар • ЭКГ – чап қоринча гипертрофияси • Буйраклар биопсияси – нефропатия характери ва босқичини аниқлаш учун • Офтальмоскопияда ретинопатия босқичи ва характери аниқланади • Периферик томирлар ва буйраклар доплерографияси артериосклерозни аниқлашда ёрдам беради.

ДАВОСИ

Микроальбуминурия босқичи (сыйдик билан альбумин ажралиши 30 – 300 мг/кунда) • Углевод алмашинувни компенсациялаш (ДН белгиларини камайтиради; микроальбуминурия босқичида уни қайта ривожланиш эҳтимоли бор) • ААФ ингибиторлари (нефропротектив таъсири) – каптоприл, эналаприл, рамиприл, периндоприл, фозиноприл • Гиперлипидемияни даволаш: статинлар – симвастатин, ловастатин, флувастатин, аторвастатин, правастатин.

Протеинурия ва клиник белгилар босқичи • Кам оқли парҳез (0,7 – 0,8г/кг – нефропротектив таъсирга эга) • Гликемияни компенсация қилиш – оч қоринга шакар миқдори 5,1 – 6,5 ммоль/л. гача ва 7,6 – 9,0 ммоль/л овқатдан 2 соат кейин • Антигипертензив даво (АБ 130/85 мм. сим.уст. бўлгани – мақсадга мувофиқ): танлов дорилари ААФ ингибиторлари, қўлланилгани маъқул, шу билан бирга кальций антагонистлари (нодигидропиридин қаторидаги), марказий таъсирга эга препаратларни ҳам қўллаш мумкин • Шиш синдромини даволаш (диуретиклар, индапамид) • Гиперлипидемияни даволаш ✦ Камқонликни (эритропоэтин препаратлари ҳафтасига 100 – 150 ТБ/кг. дозада, темир препаратлари) даволаш • Электролит бузилишларини мувозанатга келтириш • Янги усуллар: сулодексид кунда 600 ТБ дозада ҳафтанинг 5 кунда 3 ҳафта давомида, кейинчалик 250 ТБ 2 та капсуладан 1 кунда 2 марта, 2 ой давомида.

СБЕ босқичи • Юқоридаги тамойиллар сақланиб қолади • Ўзига хос хусусиятлари: инсулин дозасини камайтириш ёки қабул қилишни қисқа муддатга тўхтатиш, ҚД 2 – тури билан касалланган беморларни инсулин препаратини қўллашга ўтказиш • Креатинин концентрацияси 300 мкмоль/л. бўлса, оқ қабулини кунда 0,6 г/кг. гача чегаралаш, кетостерил, зарур аминокислоталар буюриш • ААФ ингибиторларини эҳтиёткорлик билан креатинин даражаси 300 мкмоль/л. дан юқори бўлганда тавсия қилинмайди. Улар КФ ни пасайтиради, қондаги калий миқдорини оширади • Нефротик синдромда 600 – 1000 мг/кунда фуросемид буюрилади.

Гемодиализ (перитонеал диализ) • Бирламчи гломерулонефритга нисбатан анча эрта муддатларда тавсия этилади: КФ <15 мл/мин, креатинин >600 мкмоль/л.

Трансплантация. Кўрсатмалар: креатинин > 500–600 мкмоль/л, КФ <10 мл/мин. (зарур шартлари: беморнинг ёши 60 дан паст ва унинг анамнезида ЮИК, йирингли жараёнлар, магистрал томирлар атеросклерози касалликларининг йўқлиги).

Кечиши ва прогнози • Кунлик альбуминурия 30 мг. дан кам бўлганда, СБЕ ривожланмайди • ҚД 1 – типи билан касалланган беморларда прогноз ёмонроқ: СБЕ дан 45% , 2 – типда эса 5 – 10% беморлар вафот этади • 1 – 3 босқичлар (Mogensen С. Е., 1983 бўйича) оқибати яхши, 4 – 5 – босқичлар тузалмайди, КФ 1 ойда 1 мл/мин. га камайдди • СБЕ ривожланиш тезлиги: секинлик билан – терминал СБЕ ювенил қандли диабетнинг биринчи белгилари пайдо бўлганидан ўртача 22 йил ўтгач юзага келади ва тезлик билан – 5 йилдан кейин • Касалликни ривожланишини тезлатувчи омиллар ✦ Ўсмирлик давридаги юзага келган ҚД ✦ ҚДнинг наслга боғлиқлиги ✦ Гипергликемияни тўлиқ меъёрига келтирмаслик ✦ Артериал гипертензия ✦ Гипер ва дислипидемия ✦ Иккиламчи пиелонефрит • Қариндошлари буйрагини беморга трансплантация қилгандан сўнг, ушбу

беморларнинг 5 йиллик яшовчанлиги сурункали гемодиализда турувчи беморларга нисбатан юқори бўлади.

Қисқартма • ДН – диабетик нефропатия • ДГ – диабетик гломерулосклероз.

ХКК-10 • **N08.3*** Қандли диабетда гломеруляр зарарланишлар (E10 – 14 + умумий

ЖИГАР ЦИРРОЗИ

Цирроз – гепатоцитлар некрози, жигарда бириктирувчи тўқиманинг ривожланиши ва унинг негизда ёлғон бўлакчалар шаклланиши ҳамда нормал архитектуранинг бузилиши билан характерланади.

ХКК-10: • **K70.3** Алкогол этиологияли жигар циррози • **K71.7** Жигарнинг токсик зарарланиши фиброз ва цирроз ривожланиши билан • **K74.3** Бирламчи биллиар цирроз • **K74.4** Иккиламчи биллиар цирроз • **K74.5** Номанъум этиологияли биллиар цирроз • **K74.6** Бошқа ва номанъум этиологияли жигар циррози.

Циррозда жигар ҳужайралари бириктирувчи тўқима билан алмашинади. Касаллик кечиши ва оқибати жигар паренхимасининг функционал бузилиш даражаси, портал гипертензия ва патологик жараён фаоллигига боғлиқ.

Этиологияси

- Алкоголли гепатит ♦ Цирроз ривожланиш эҳтимолини олдиндан айтиш мумкин эмас. Аёллар эркакларга нисбатан касаллик ривожланишига кўпроқ мойил
- ♦ Бемор алкоголь ичимликларини истеъмол қилишни тўхтатса алкогольли гепатитни даволаш мумкин.
- Жигарнинг сурункали иммун касалликлари ♦ Сурункали аутоиммун гепатит
- ♦ Бирламчи биллиар цирроз ♦ Склерозланувчи холангит.
- Сурункали вирусли гепатит ♦ Вирусли гепатит В ♦ Вирусли гепатит С.
- Модда алмашинуви касалликлари ♦ Гемохроматоз ♦ α_1 - антитрипсин етишмовчилиги ♦ Уилсон-Коновалов касаллиги.
- Шунингдек, жигар циррозига қатор омилларнинг биргаликдаги таъсири (коинфекция, инфекция ва алкоголь).

Диагностикаси

- Бошланғич босқичларида цирроз белгисиз кечади.
- Тез чарчаш, тери қичиши, сариқлик ва қорин катталаниши – бу касалликнинг кеч белгиларидан бўлиб, асосий жараён билан боғлиқ.
- Алкоголли циррозда учрайдиган гепатит касалликнинг оралиқ даври бўлиб ҳисобланади.
- Алкоголли цирроз ривожланишида доимий равишда 10 йилдан кўп вақт мобайнида алкоголь ичимликларини истеъмол қилиш сабабчи бўлади (эркакларда кунига 60 мг., аёлларда 40 мг.).
- Жигар алкогольли касаллиги диагнозини фақат биопсия натижасида бошқа касалликлардан фарқлаш мумкин.
- Жигар ёғли дистрофияси қайтар жараён. Сезиларли ёғли трансформация ва перивенуляр фиброз ўз оқибатида циррозга олиб келиши мумкин.

Цирроз борлигини тасдиқлайдиган физикал белгилар

- Жигар катталашиши ва қаттиқлашиши.
- Талоқнинг пайпасланиши.
- Тананинг юқори қисмида ва юзда томир юлдузчалари.
- Палмар эритема.
- Гинекомастия ва тухумдон атрофияси.
- Қорин олдинги деворида веналар кенгайиши.
- Асцит.
- Сариклик.

Лаборатор текширувлар

- Жигар касаллигига шубха бўлганда асосий текширишларга қон умумий таҳлили билан ЭЧТ, АЛТ, ишқорий фосфатаза, g-глутамилтранспептидазалар, билирубин, протромбин индекси, альбумин, калий, натрий ва креатинин миқдорини аниқлаш керади.
- Этиологиясини аниқлаш учун Hb_s Ag, С вирусли гепатитга қарши АТ, лик мушакларга қарши АТ, митохондриял АТ, АНАТ, қон зардобиди IgG, IgA, IgM даражаси, темир ва трансферрин, α₁ –антитрипсин, церулоплазмин миқдори аниқланади.
- Салбий оқибат кўрсаткичлари:
 - ◆ Билирубин 300 мкмоль/л.дан юқори.
 - ◆ Альбумин 20г/л.дан паст.
 - ◆ ХММ 2,0 дан кам (ёки протромбин индекси <60%).

Қорин бўшлиғи юқори қисмининг УТТ

- «Ёрқин» жигар ёғли дистрофия ёки фиброз борлигидан дарак беради, лекин бу кўрсаткич ҳамма вақт хос эмас.
- Талоқ катталашиши, портал тизим томирлари кенгайиши ва кўринувчи коллатераллар портал гипертензиянинг асосий белгилари.
- Кам миқдордаги асцит суюқлигини аниқлаш мумкин.

Жигар биопсияси

- Жигар циррози диагностикасида ягона ишончли усул. Регенератив тугунлар ва бириктирувчи тўқимали тўсиқлар аниқланади.
- Биоптатда бириктирувчи тўқима аниқланмаса сохта-манфий натижа бўлиши мумкин.
- Жигар биопсияси фақат лозим бўлган коагуляцион кўрсаткичларда қилинади [ХММ 1,3 дан кам (ёки протромбин индекси <60%)].
- УТТ кузатуви остида текширишни бажариш асоратларни камайтиради.

Циррозни ва унинг асоратларини даволаш

- Алкоголли циррозда уни истеъмол қилиш тўхтатилса, касаллик прогнози яхшиланади. Бемор алкоголь истеъмол қилишини тўхтатгандан кейин, варикоз кенгайган веналардан қон кетиш, сариклик, асцит кузатилмаган бўлса, цирроз касаллик оқибатига таъсир қилмайди. Юқори каллорияли ва оқга бой бўлган парҳезни сақлаш керак.

- Антифибротик дорилар йўқ, лекин циррозга олиб келадиган жигар касалликларни даволаш унинг ривожланишини тўхтатади.

Портал гипертензия

- Қизилўнғач веналари варикоз кенгайишида портал венада қон босимини ва қон кетишини камайтириш учун β -блокаторлар (пропранолол, надолол) ёки изосорбит монокитрат берилади (β -блокаторлар берилганда ЮУС 25%га тушиши керак).
- Агар, беморда илгари кенгайган варикоз веналардан қон кетиши кузатилган бўлса, қон кетиш қайталанишини қуйидагилар орқали бартараф этиш мумкин: ♦ Варикоз кенгайган веналарни резинали халқалар билан боғлаш ♦ β -блокаторлар билан даволаш ♦ Юқорида кўрсатилганлар самара бермаганда шунтловчи операциялар ёки трансъюгуляр жигар ичи портосистемали шунтлаш ўтказилади.

Асцит

- Истеъмол қилинадиган туз миқдорини камайтириш (1-3 г/кунда).
- Гипонатриемия мавжудлигида истеъмол қилинадиган суюқлик миқдорини камайтириш.
- Спиринолактон 50-400 мг.дан (600 мг.ча) ҳар куни.
- Кўрсатмалар бўлса спинолактонни илмоқли диуретиклар билан (масалан, фуросемид 20-80 мг. дан ҳар куни) биргаликда қўллаш.
- Тана оғирлигининг тез камайишидан сақланиш керак (периферик шишлар йўқлигида тана оғирлигининг камайиши кунда 0,5 кг.дан ортиқ бўлмаслиги керак).
- Простогландинлар синтези ингибиторлари (НЯҚДВ) буйрак функциясини бузиши мумкин.
- Асцитга қарши даволаш ёрдам бермаса, парацентез (кўп миқдорда суюқлик олиш билан (4-6л.)) ҳар бир олинган суюқлик литрига в/и 6-8 г. альбумин юборилса, хавфсиз ҳисобланади.
- Асоратлар: буйраклар етишмовчилиги, гипонатриемия, (натрий, калий, диурез, тана вазнини назорати).
- Ўтказилган даво натижасида асцит камаймаса, шунтлар қўйиш, трансъюгуляр жигар ичи портосистемали шунтлаш учун хирург консултацияси керак бўлади.

ЖИГАР ЭНЦЕФАЛОПАТИЯСИ

- Бошланишида кундалик овқатдаги оқ миқдорини 40 гр.гача камайтириш маслаҳат берилади; бемор умумий ҳолати яхшилангач парҳездаги оқ миқдорини кўпайтириши мумкин.
- Лактулоза 15-30 мл. кунига 2-3 марта, суюқ нажас ажралиши 2-3 марта бўлгунча. Уни профилактика учун ҳам ишлатиш мумкин.
- Оғир даражали циррозда жигар трансплантацияси хақида ўйлаш керак. Алкоголли циррозда унга кўрсатмалар кам; унда алкоголь истеъмолини ман қилиш лозим.

ҚЎШИМЧА МАЪЛУМОТЛАР

- Варикоз кенгайган веналардан қон кетиши олдини олиш ва ўлим кўрсаткичини камайтириш учун пропронололдан кура склеротерапия яхшироқ натижа беради, лекин унинг асоратлари кўпроқ.
- Алкоголли гепатитда глюкокортикоидлар самарадорлиги хақида маълумотлар йўқ.
- Жигар трансплантацияси адъювант химиотерапия билан биргаликда унинг циррози асосида кузатиладиган кичкина ўсмаларида самарали. Операция қилиб бўлмайдиган ўсмаларда маҳаллий кимётерапия, транскатетерли артериал эмболизация ва тери орқали этанол инъекциялари беморларнинг умрини бирмунча узайтиради.

АНГИОНЕВРОТИК ШИШ

Ангioneвротик шиш – ўткир ривожланувчи ва нисбатан тез ўтиб кетувчи тери, тери ости қавати ёки шиллик қаватларнинг шиши.

ХКК-10: • **T 78.3** Ангioneвротик шиш • **D84.1** Комплемент тизими етишмовчилиги.

ҚИСҚАРТМА: АШ – ангioneвротик шиш, ИАШ – ирсий ангioneвротик шиш.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯСИ

- Ангioneвротик шиш (АШ) эшакем билан касалланган беморларнинг ярмида учрайди.
- Ирсий ангioneвротик шиш (ИАШ) учраши 1:10000 – 150000 аҳолига.

ПРОФИЛАКТИКАСИ

- ААФ ингибиторлари (каптоприл, эналаприл, рамиприл) ва ангиотензин рецепторлари антагонистларини (эпросартан, телмисартан, валсартан) касаллик тарихида АШ^D бўлган, оилавий АШ^B кузатилган ва аъзони кўчириб ўтказиш амалиётидан сўнг иммуносупрессив даво ўтказилиши каби қўшимча хавфли омиллар аниқланганда **эҳтиёткорлик билан** қўллаш лозим.
- ИАШ мавжуд бўлган беморлар имкон қадар жаррохлик амалиёти ва бошқа шикастланишлар, яллиғланиш касалликлари, руҳий зўриқишлардан ўзларини асрашлари зарур.
- Озиқ – овқат маҳсулотларига оғир анафилактик реакция ҳолати бўлиб ўтган беморга гипоаллерген парҳезга риоя қилиши зарурияти тўғрисида тушунтириш, бунда аниқланган ва бошқа хавфли, юқори аллерген маҳсулотларни (масалан, денгиз маҳсулотлари) истеъмол қилмаслик ҳақида огоҳлантириш.
- Касаллик тарихида ДВ оғир реакцияси бўлган бемор билан ушбу гуруҳдаги бошқа дориларни қабул қилса АШ ривожланиши эҳтимоли юқорилиги тўғрисида суҳбат ўтказиш.

СКРИНИНГ

- ИАШ билан ҳаста беморларнинг ота – онаси, ака – укаси, сингиллари ва фарзандларида С2- ва С4- бирикмалар ва С1 – ингибитори ёки С1 – эстераза микдорини аниқлаш.

- Беморларни топиш учун C1 – ингибитори миқдорини аниқлаш билан бир қаторда фаоллигини ҳам текшириш.
- Бемор оила аъзолари билан генетик маслаҳатлар ўтказиш.

КЛАССИФИКАЦИЯСИ

Комплемент тизими ўзгаришлари билан боғлиқ ангионевротик шиш клиник – диагностик классификацияси

- АШ ирсий шакли ♦ Ирсий асосланган АШ (аутосом – доминант), C1 – ингибитор дефицити (I – тури) ♦ C1 – ингибитор вазифасини тўлиқ бажара олмаслиги (аутосом – доминант наслийлик, II тури) ♦ X – хромосома билан боғланган ва фақат аёлларда учрайдиган шакли (III тури).
- АШ орттирилган шакли ♦ I тури – лейкоз, лимфома, парапротеинемия билан касалланган беморларда антиидиотипик АТ билан ифодаланган ♦ 2 тури – аутоиммун касалликлар билан касалланган беморларда C1 – ингибиторига қарши аутоантитаначалар ҳо бўлиши натижасида юзага келувчи тури.
- АШ бошқа шакллари тўғрисида *Эшакемга* қаралсин.

Комплемент тизими ўзгаришлари билан боғлиқ бўлмаган АШ. *Эшакем-* га қаранг, чунки комплемент тизими ўзгаришларига боғлиқ бўлмаган АШ эшакемнинг 50 % ҳолларида учрайди, келиб чиқиш сабаби, патогенези, даволаш ва прогнози умумий.

ДИАГНОСТИКАСИ

Бемор тери қопламлари ва тери ости тўқимасида катта чуқур шишлар мавжуд бўлиб, эшакем билан ёки усиз кечганида, ангионевротик шиш тўғрисида ўйлаш мумкин.

АНАМНЕЗ

- Турли соҳаларда жойлашган шишлар оилавий учраса, жумладан қариндошлари орасида ҳиқилдоқ шишидан ўлим ҳолати ва “ўткир қорин” белгилари билан тез – тез касалхонага ётқилганлиги ва диагнознинг тасдиқланмаганлик ҳоллари.
- Шишларни жароҳат, жисмоний ва руҳий зўриқиш, ўткир респиратор ҳолат билан боғлиқлиги. Ҳиқилдоқ шиши кўп ҳолларда стоматологик муолажалар вақтида вужудга келади.
- Аёлларда ҳомиладорлик вақтида ёки ҳайз кўриш олдида аҳволи ёмонлашуви кузатилса, гормонал даво (прогестерон) қабул қилганлиги аниқланади.
- Қайталаниб турувчи қорин оғриқлари – ИАШ ёки орттирилган АШнинг кўп учрайдиган белгиси ва уни ичак девори шиши юзага келтиради.
- ААФ ингибиторлари ва ангиотензин рецепторлари блокаторлари қабул қилиш.
- C1 – эстераза ингибиторининг орттирилган дефицити билан ҳаста беморда ҳарорат кўтарилиши, тана вазни камайиши, миалгия, артралгия ривожланишида лимфoretикуляр неоплазия ва аутоиммун касалликларни излаш лозим.
- Касалликнинг эшакем билан бирга кечиши «ИАШ» диагнозини инкор этади, лекин АШ 50 % ҳолларда эшакем билан давом этади.
- Шиш хусусияти (ранги, қичишиш ёки ачишишнинг мавжудлиги, зичлиги, ривожланган вақти, сўрилиш муддати).

- Озиқ - овқат маҳсулотлари, дори воситаларига реакциялар. Озиқ – овқат маҳсулотлари, уларга кўшимчалар, ДВ ёки инфекция билан чақирилган эшакем ҳолатлари АШ билан давом этади.

ФИЗИКАЛ ТЕКШИРУВ

- Шишни кўздан кечириш, унинг жойлашиши, ўлчами, зичлиги, ранги, шиш ва атроф тўқима ҳароратига эътибор бериш; АШнинг сабабчиси эҳтимоли бўлган лимфаденопатия, спленомегалия, артропатия ва бошқа касалликларни аниқлаш учун беморни синчковлик билан кўздан кечириш.
- Оғиз – ҳалқум соҳасида шишнинг ривожланиши ва ҳаётга хавф солишини истисно қилиш учун уларни кўздан кечириш, товуш жарангдорлиги, ютиш қобилятини баҳолаш.
- Қон босими ва юрак уриш сонини аниқлаш.
- Тана ҳароратини ўлчаш.
- Ўпка аускультацияси.
- Қоринни пайпаслаш.
- Дермографизмни баҳолаш

С1 – ингибитори етишмовчилигига боғлиқ ИАШ ёки орттирилган АШ билан ҳаста беморлар

- Кўзга кўринарли шиш, рангпар ва қичишмайди, босиб кўрилганда чуқурча қолмайди.
- “Ўткир қорин” бўйича жарроҳлик амалиёти ўтказилаётган вақтда ичакнинг шишганлиги ва асцит суюқлиги мавжудлиги.
- Сийдик чиқариш йўллари шишида – сийдик тутилиши.
- Мия пардалари шишида – кучли бош оғриғи.
- Ҳиқилдоқ шиши.
- Эшакем йўқлиги.

АШ бошқа турлари билан касалланган беморлар

- 50 % ҳолларда эшакем билан давом этади.
- Шиш иссиқ, қизарган.
- АБ кескин пасайиши, эшакем, бронхоспазм, қорин пайпасланганда оғриқли, қиндан қонли ажралмалар келиши – анафилактик реакция белгилари (*анафилактик шокка* қаранг).

ЛАБОРАТОР ТЕКШИРУВЛАР

С2, С4 миқдори ва С1 – эстераза ингибитори миқдорини текшириш зарур (пастдаги жадвал ва матнга қаранг) • ИАШ зўрайганида С2 миқдорини камаяди • ИАШ зўрайганда ва тинч вақтида С4 миқдори камайган • Агар С4 миқдори ва С1 ингибитори меъёрида бўлса, ИАШ III тури, овқат аллергияси, ААФ ингибиторлари чақирган АШ ёки идиопатик АШ бўлиши мумкин • Агар С4 миқдори ва С1 – ингибитори фаоллиги сусайган ёки С1 – ингибитор миқдори меъёрида бўлган ҳолларда “ИАШ II турига” гумон туғилади. • С4 ва С1 – ингибитори миқдори камайган, С1q меъёрида бўлганида, ИАШ I тури ҳақида сўз боради. • С4 миқдори, С1– ингибитори миқдори ва сифат кўрсаткичлари камайган, С1 ҳам камайган бўлса, у ҳолда орттирилган АШ 1 ёки 2 – тури диагнозини қўйиш мумкин.

- ИАШ билан касалланган беморларнинг 85% да ИАШ 1-тури, 15% да эса ИАШ II тури аниқланади.
- C1 – ингибитор миқдори орттирилган АШда сусаяди.

C1 – ингибитор миқдори*	ИАШ 1 – турида паст.
C1–ингибитор фаоллиги*	ИАШ III – турида, сурункали идиопатик шиш ва ААФ ингибиторлари билан чақирилган шишда меъёрида. ИАШ I ва II турларида паст.
C2* миқдори*	ИАШ III тури, сурункали АШ ва ААФ ингибиторлари чақирган АШ да меъёрида.
C4 миқдори*	Орттирилган АШ I турида паст.
Cq1 миқдори*	ИАШ ўткир кўринишида паст
Криоглобумен миқдори	Касаллик зўрайиши ва тинч вақтида паст
Зардоб оқлари	Орттирилган АШ да паст
Тиреоглобулин	Орттирилган АШ баъзи турларида кўтарилган
Умумий IgE	Орттирилган АШ да – парапротеинлар, Вальденстрём макроглобулинемияси ва Шнитцлер синдромида учрайди
Озиқ маҳсулотларга махсус IgE – АТ ёки тери синамалари ижобий**	Микседемада кўтарилган
Тери қоплами биопсияси	Атопияда кўтарилади
Лимфа тугуни биопсияси	Эшакем ва АШ баъзи турларида
Қон умумий таҳлили	Уртикар (тошмали) васкулит
	Орттирилган АШ лимфомаси
	Лимфома ёки лейкозда ўзгарган.
	Гижжада – эозинофилия. Специфик бўлмаган яллиғланиш белгилари (ЭЧТ ошган, лейкоцитлар формуласи чапга жиган)

Изох. Эшакем диагностикаси «Эшакем» мавзусига қаранг. * ИАШга шубҳа туғилганда ўтказилади. ** Овқат аллергияси диагностикаси «Овқат маҳсулотлари аллергияси» га қаранг.

ДИФФЕРЕНЦИАЛ ДИАГНОЗ

Ирсий ангионевротик шиш

I ва II турлари • 80 % беморларда оилавий • Шишлар болаликдан қайталаниб туради • ГКС га жавоб реакцияси биров ёки умуман йўқ • Тери қичиши ва тошмаларнинг йўқлиги • C1 – ингибитори миқдори ва фаолияти сусайиши, C2 ва C4 миқдорлари паст, • C1q^D миқдор меъёрида.

III тури • Фақат аёллар касалланади • C1 – ингибитор, C2, C4 ва C1q^B миқдори меъёрида.

Орттирилган ангионевротик шиш

• 1 – тури кўп ҳолларда лейкоз ва лимфома, парапротеинемия билан касалланган беморларда учрайди • 2 – тури аутоиммун касалликларга чалинганларда кузатилади. ГКС ва цитостатиклар билан даволаш яхши самара беради • C1q миқдори паст • C1 – ингибитор миқдори ва фаолияти сусайган, C2 ва C4 миқдори камайган.

ААФ ингибиторлари билан чақирилган АШ

• ААФ ингибиторлари билан даво бошланганидан бир неча ҳафта ёки бир неча йил ўтгач юзага келиши мумкин • Ҳар қандай ААФ ингибитори ва ҳаттоки ангиотензин рецепторлари блокаторлари шишларни чақиритиш эҳтимоли бор. • C1, C2, C4 ва Cq1 – ингибиторлари миқдори меъёрида.

ДВ таъсири натижасида (аллергия ёки юқори таъсирчанлик) ривожланган АШ

• АШ ЯҚНДВ, антибиотик, рентгенконтраст моддалар буюрилгандан сўнг чегараланган ёки эшакем билан бирга ривожланади • C1, C2, C4 ва Cq1 – ингибиторлари миқдори меъёрида.

Озиқ маҳсулотларга юқори таъсирчанлик билан боғлиқ ангионевротик шишлар

• Озиқ маҳсулотлари ёки унга қўшимчаларга АШ ва/ёки эшакем кўринишидаги реакция. • C1, C2, C4 ва Cq1 – ингибиторлари миқдори меъёрида • Маҳсулотларга хос бўлган IgE миқдори ортиши; тери синамаси ижобий.

Гипотиреоз

• Микседема. Овоз бўғилиши • Кўз атрофида, қўлларда шиш, макроглоссия • C1, C2, C4 ва Cq1 – ингибиторлари миқдори меъёрида • тиротропин миқдори ортган.

Уртикар (тошмали) васкулит

• Узоқ муддат сақланиб турувчи яққол индурацияли тошмалар ва пигментацияни сақланиб қолиши. АШга ўхшаши мумкин • ЭЧТ баъзан юқори • C4 миқдорининг айрим ҳолларда камайиши • Биопсияда – емирилган полиморфядроли лейкоцитлар • Шунингдек *Дифференциал диагностика* бўлимидаги *уртикар (тошмали) васкулитга* (Эшакем мақоласи) қаранг.

Мелькерссон – Розентал синдроми • Юзда доимий, зич шиш. • Бурмасимон тил • Зарарланган тўқима биопсиясида – гранулематозли яллиғланиш • Клофазимин ва ГКС – танлов препаратлари.

Сурункали идиопатик эшакем

- Ангионевротик шиш беморларнинг 50% кузатилади • Тахминан ярмида семиз хужайралардаги юқориаффинли IgE – рецепторларга қарши АТ аниқланади, бу беморларнинг аутологик зардоби билан синама ўтказиш орқали тасдиқланади.

Анасарка

- Тарқалган шиш гипопропротеинемия белгиси бўлиши мумкин (масалан, нефротик синдромда). Тўқималардаги шиш доимий сақланиб туради ва соматик касалликларнинг бошқа белгилари мавжуд • Зардобдаги альбулин миқдори нефротик синдромда, жигар касалликларида (масалан, жигар циррозида), оқ етишмовчилиги энтропатиясида камаяди.

МУТАХАССИС МАСЛАҲАТИГА КЎРСАТМАЛАР

- «Ангионевротик шиш» диагнози бўлган беморлар уни турли шакллариининг дифференциал диагностикасини ўтказиш, текшириш ва даволаш имкониятларини аниқлаш учун аллерголог қабулига юборилади • Аутоиммун касалликка, лимфомага шубҳа туғилганда, ААФ ингибиторлари сабабли юзага келган АШда гипотензив давони ўзгартириш зарурияти туғилганда, хусусан ревматолог, гематолог, кардиолог маслаҳати зарур бўлади • Ҳиқилдоқнинг шиши – ЛОР бўлимига жойлаштиришни, қорин оғриғи синдроми эса жарроҳ маслаҳати ўтказилишини талаб этади.

ДАВОЛАШ

Даволашдан мақсад

- Ўткир шишни бартараф этиш.
- Ривожланиш эҳтимоли бўлган шишни олдини олиш.

ШИФОХОНАГА ЁТҚИЗИШГА КЎРСАТМАЛАР

- АШнинг ҳаётга хавф солувчи асоратлари мавжудлиги.
- Амбулатор давога ижобий ўзгариш йўқлиги ёки самаранинг пастлиги.
- Нафас йўллари шиши натижасида нафас олишни қийинлашуви.
- Тил шиши.
- Ичак шиши, гиповолемия.

ДОРИЛАРСИЗ ДАВОЛАШ

- Ўткир АШ вақтида нафас йўллари ўтказувчанлигини сақлаб қолиш ва гиповолемик ўзгаришларни олдини олиш.
- Зарурият бўлганда шошилишч интубация ёки трахеостомияни амалга ошириш.
- Жиддий юрак – қон – томир касалликлари бўлган беморларда суяқлик миқдори ва гемодинамика назоратини олиб бориш.

ДОРИЛАР БИЛАН ДАВОЛАШ

Қайталаниб турувчи АШ ўткир ва узок муддатли хуружларини даволаш учун дори воситаларни танлаб қўллаш керак.

Ирсий ангионевротик шишни зўрайиши вақтида даволаш (умумий тавсиялар)

- Транексам кислота 1 г. ҳар 3 – 4 соатда ичилади ёки 0,5 – 1 г. в/и секин юборилади ёки аминокепрон кислота 5 % эритмаси 100 – 200 мл. в/и томчилаб,

сўнг хуруж тўлиқ ўтганга қадар 100 мл.дан ҳар 4 соатда в/и томчилаб ёки кунига 7 – 10 г.дан ичилади.

- Янги ёки янги музлатилган натив зардоб 250 – 300 мл.
- Даназол кунда 800 мг. ёки станозолол кунда 12 мг.
- Андрогенлар – болаларга, ҳомиладор, эмизаётган аёлларга ва простата раки билан ҳаста беморларга бериш мумкин эмас.
- Юз ва бўйин соҳаларда шиш пайдо бўлганида фурасемид (лазикс) 40 – 80 мг. в/и, дексаметазон 8 – 12 мг. в/и қўшимча юборилади. Ҳиқилдоқ шишганида эпинефрин 0,1 % эритмасини, эфедрин 5 % эритмаси билан ингальяция. Беморни интубация қилиш эҳтимолини ҳисобга олиб, ЛОР бўлимига жойлаштириш лозим.
- Қорин оғриғи синдроми ривожланганида хирург маслаҳати талаб қилинади.
- ИАШ III тури билан касалланган аёлларда С1 – ингибитори ва антифибринолитик препаратлар инфузиясига ижобий ўзгаришлар бўлмайди. Бу ҳолатда асосий мақсад – нафас йўллари ўтказувчанлигини, айланиб юрувчи қон ҳажмини назорат қилиш (симптоматик даволаш) ва эстрогенлар қабул қилишни тўхтатиш (аралаш гормонли ҳомиладорликдан сақловчи воситалар).
- Орттирилган АШ билан ҳаста беморларга плазмаферез, циклофосфамид, ГКС буюрилади.

С1 – ингибитори касаллиги бўлмаган АШни тинч ва зўрайиш вақтида даволаш. Комплемент тизими касаллиги билан боғлиқ бўлмаган АШ даволаш эшакем терапияси билан бир хил (*Эшакемга* қаранг).

ИАШ тинч вақтида даволаш.

- Станозололнинг бошланғич миқдори кунда 12 мг., самара олингач эса энг кам самарали миқдорига етгунча (кунига 2 г.) ҳар 2 ёки 3 – кунда камайтириб борилади. Даназолнинг бошланғич миқдори кунда 800 мг., ижобий ўзгариш кузатилгандан сўнг кунда 200 мг. камайтирилади.
- Даназол ёки станозолол ўрнига метилтестостерон 0,01 г., клиник ремиссияга эришилгач, кунда 0,005 – 0,0075 г. буюриш мумкин.
- ИАШ билан ҳаста беморларда даназол ва метилтестостеронга монеликлар мавжуд бўлганида аминокапрон кислота кунда 4 – 12 г. ичишга ёки транексам кислота кунда 0,5 – 1 г. тавсия этилади.

Шошилинич қисқа муддатга профилактика (стоматологик ёки бошқа хирургик амалиётлар олдиан)

- Муолажа бошланишидан 2 кун аввал транексам кислота (аминокапрон кислота) ёки 6 кун аввал станозолол (ёки даназол) буюрилади ва муолажадан сўнг 3 кун мобайнида давом эттирилади. Даназол миқдори кунда 600 мг. станозолол эса 6 мг. ташкил этади.
- Хирургик амалиёти олдиан натив зардоб 250 – 300 мл., 5 % аминокапрон кислотаси 200 – 300 мл., дексаметазон 8 – 12 мг (преднизолон 90 – 120 мл.) в/и юбориш тавсия этилади.

БЕМОРНИ ЎРГАТИШ

АШ зўрайганида ўзини тутиши • Зўрайиш кучли бўлмаганда бемордан диққат билан ўзини назорат қилиш, шифокор тавсияларига амал қилиш тушунтирилади • Тилда, юқори нафас йўлларида шиш пайдо бўлганида, нафас олиш

қийинлашганида бемор яқин атрофдаги даволаш муассасасига мурожаат қилиши зарур • Беморлар ўзи билан бирга аллергия касаллик тўғрисидаги ҳужжат ва тиббий билагузук олиб юришлари лозим.

ПРОГНОЗИ

- Совуққа эшакем касаллиги бўлган беморлар совуқ сувда чўмилгандан сўнг кескин ўзгаришлар натижасида (АБ пасайиши, бўғилиши) ҳалок бўлиши мумкин.
- Ҳақиқатдоқ шишганида (комплемент тизими зарарланиши ёки у сиз) тез ёрдам кўрсатилмаса ўлим билан тугаш эҳтимоли бор.
- Эшакем ва АШ 6 ой давомида қайталаниб турса, бу ҳолат 10 йил мобайнида 40% беморларда давом этиши мумкин. Тўлқинсимон кечишда аҳволни тез ёмонлашмаслиги хос.
- Сурункали қайталаниб турувчи эшакем ва АШ билан касалланган беморларнинг 50 % да кўққисдан ремиссия бошланади.
- Комплекмент тизимининг орттирилган касалликлари билан кечадиган ИАШ ва АШ умр давомида сақланиб қолади. Мақбул танланган даво ҳаёт сифатини яхшилаш, ва унга хавф солувчи шиш олдини олиш имконини беради.

ЁРҒОҚНИНГ ҲАЖМИЙ ҲОАСИ

ЁРҒОҚНИНГ КАТТАЛАШУВИ ЁКИ ПАЙПАСЛАГАНДА ҚЎЛГА УННАЙДИГАН ҲОА МАВЖУДЛИГИ

АСОСИЙ ҲОЛАТЛАР

- Тухум катталашувининг бошқа сабаби исбот қилинмаган ҳолларда, уни ўсма деб ҳисоблаш лозим. Беморни ҳар қандай ҳолда мутахассис маслаҳатига юбориш зарур.
- Шиш тухумдан ташқарида жойлашган бўлса, қуйидаги ҳолатларни истисно қилиш керак:
 - ◆ Тухум қобиклари истисқоси (гидроцеле). Диагноз қўйиш учун махсус текширувлар ўтказиш зарурияти йўқ. Диафоноскопия, ёрғоқ УТТ ўтказилади.
 - ◆ Сперматоцеле. Диагноз қўйиш учун махсус текширувлар ўтказиш зарурияти йўқ. Диагноз доимий кузатув орқали тасдиқланади.
 - ◆ Чурра. Хирургик даво.
 - ◆ Варикоцеле. (Касаллик бепуштликка олиб келиши мумкин).

ТУХУМ ҚОБИҚЛАРИ ИСТИСҚОСИ

- Тухум қобиклари истисқоси – тухум ва унинг ортиғини ўраб турувчи кин қобиғи ичида суюқлик тўпланиши.
- Касалликни ўсмадан энгил фарқлаш мумкин, бунинг учун ёрғоқ қўл ёритгичи билан ёритилади. Истисқода нур ёрғоқ тўқималари орқали энгил ўтади, ўсмада эса бу ҳолат кузатилмайди.

- Тухум қобиклари истисқоси, ўсмадан фарқли ўлароқ, босиб кўрилганда шаклини ўзгартиради.
- Диагноз УТТ да тасдиқланиши мумкин.
- Тухум қобиклари енгил истисқосида даво ўтказиш зарурияти йўқ. Катта истисқо хирургик усул билан даволанади. Суюқликни игна ёрдамида тортиб олиш самара бермайди, чунки қайтадан тўпланади. Бемор умумий аҳволи оғир бўлганда кўмакчи усул сифатида суюқликни игна орқали тортиб олиш мумкин.

СПЕРМАТОЦЕЛЕ

- Сперматоцеле – тухумдан юқорида жойлашган ва у билан боғлиқ бўлмаган думалоқ юмшоқ ҳоа.
- Сперматоцеледа ёрғоқ тўқимаси қўл ёритгичи билан ёритилганда нур қийинчиликсиз тўқимадан ўтади.
- Суюқликни тортиб олиш диагноз қўйишда ёрдам бериши мумкин. Сперматоцеле таркиби суюқликдан иборат (баъзида таркибида сперма борлиги сабабли кулранг бўлиши мумкин).
- Сперматоцелега шубҳа туғилганда бир неча ой ўтгач бемор такрор текширувдан ўтказилади. Катта ўлчамлардаги сперматоцелени беморга ноқулайлик туғдирган ҳолларда хирургик йўл билан олиб ташлаш мумкин.

ВАРИКОЦЕЛЕ

- Жараён одатда чап томонлама.
- Кенгайган веналарни бемор тик турган ҳолатида ёрғоқ асосида чувалчангсимон шишлар кўринишида аниқлаш мумкин. Бемор текис ҳолатда ётганида улар йўқолади.
- Кекса ва ўрта ёшдаги беморларда тез авж олувчи чап томонлама варикоцеленинг пайдо бўлиши буйрак венаси тромбозидан дарак бериши мумкин (буйрак раки асосида ривожланган). Ўнг томонлама варикоцеле пастки ковак вена обструкциясидан далолат бериши мумкин.
- Варикоцеле давоси клиник белгилар пайдо бўлганида ёки бепуштлик ривожланганида амалга оширилади. Хирургик амалиёт вақтида тухум венаси боғлаб қўйилади (жумладан, лапароскопияда), шунингдек рентгенологик усул қўллаш билан боғлаш ҳам мумкин.

ЧОВ ВА ЧОВ – ЁРҒОҚ ЧУРРАСИ

- Чов йўли тешиги соҳасида шиш кўринишида аниқланади. Одатда енгиллик билан тўғриланади (бармоқлар билан босганда).

ТУХУМ РАКИ

- Одатий топилма – тухум катталашган, зич.
- Хирургик усул, нур ва кимё терапияси биргаликда бажарилганида прогноз – ижобий.

ГИДРОЦЕЛЕ

Гидроцеле – моякнинг париетал ва висцерал қорин пардаси қин қобиклари оралиғида сероз суюқлигининг йиғилиши.

Классификацияси • Туғма (қорин бўшлиғи билан битмаган қорин пардаси ортиғи орқали алоқа бўлиши) ✦ Ўткир ✦ Сурункали ✦ Орттирилган (қорин бўшлиғи билан алоқадор бўлмаган) ✦ Ўткир ✦ Сурункали.

Этиологияси ва патогенези

• Туғма гидроцеле. Қорин пардаси ортиғи битмаганлиги туфайли мояк ёки унинг ортиғининг хусусий қобиклари орасида сероз суюқлиги йиғила бошлайди ✦ Одатда алоқали гидроцеле аста – секинлик билан сезилмай ривожланади ✦ Туғма гидроцеленинг бошқа бир сабаби - мояк қобиклари лимфа тизимининг яхши ривожланмаганлиги бўлиши мумкин ✦ Ўткир гидроцеле қорин пардаси қин тор ортиғининг кутилмаганда қииб қолиши натижасида юзага келади.

• Орттирилган гидроцеле ✦ Ўткир гидроцеле шикастланишдан сўнг ёрғоқ аъзоларининг ўткир яллиғланишлари ёки ўткир респиратор вирусли инфекцияларидан кейин пайдо бўлади. Қобикларида сероз - йирингли ёки сероз - геморрагик экссудат йиғилади ✦ Сурункали гидроцеле сездирмасдан ривожланади, субъектив сезилар кузатилмайди ✦ Бунинг замирида - моякнинг хусусий қин ортиғи қаватлари орасида пайдо бўлган сезилмас сероз ёки сероз - фибриноз характерли яллиғланиш ётади ✦ Склеротик ўзгаришлар натижасида мояк қобиклари қалинлашиши мумкин ✦ Яллиғланиш жараёни хусусий қин қобиғи бўшлиғида экссудатив суюқлиги пайдо бўлишига шароит туғдиради ва қобиклардан суюқликнинг қайта сўрилишини бузади • Агар қин ўсимтаси бутун бошли бўлиб облитерацияга учрамай алоҳида жойларида битса, уруғ тизимчаси бўйлаб, тиниқ суюқлик билан тўлиб турган бўшлиқлар пайдо бўлади – фуникулоцеле.

Клиник манзараси • Моякнинг ўткир гидроцелеси - юқори ҳарорат, мояк ва унинг ортиғида кескин оғриқ. Ёрғоқнинг тегишли ярмида қизариш ва шиш. Ёрғоқнинг катталаниши • Моякнинг сурункали гидроцелеси ✦ Ёрғоқнинг бир ёки иккала томонининг катталаниши. Ноксимон шаклдаги шиш. Моякнинг орқага ёки пастга қиши ✦ Ёрғоқнинг ҳажми катталаниб борган сари уруғ тизимчаси бўйлаб симилловчи оғриқ пайдо бўлади, у юришга ва жинсий алоқага халақит беради ✦ Гидроцеле анча ривожланса тери таранглашади, пайпаслаш пайтида флюктуация аниқланади, перкуссия қилинганда бўғиқ товуш эшитилади ✦ Қоринга алоқадор гидроцеледа бемор горизонтал ҳолатда ётганда ёки ёрғоқ босиб кўрилганда ундаги шиш қайтади.

Текшириш усуллари • Диафаноскопия – ўтаётган нурлар ёрдамида гидроцеле аниқ кўринади • УТТ – қоринга алоқадор гидроцеле ва чов-ёрғоқ чурраси билан дифференциал диагноз ўтказилади.

Дифференциал диагностикаси • Чурра • Ўсма ва мояк гуммаси.

Даволаш. Оператив даволаш усули устувор ҳисобланади Пункция ва инъекция усуллари билан даолаш радикал хирургик даволашга монеликлар бўлганда қўлланилади (тез-тез кайталаниши ва асоратларнинг кўпайиши) • Монеликлар – юрак қон-томир, нафас ва бошқа тизимларнинг оғир йўлдош касалликлари. Бундай беморларда гидроцелени пункция усули билан даволаш қўлланилади •

Операция турлари ✦ Бергман операцияси – мойкни қин қобиғининг ташқи варағини кесиш ✦ Винкельман усули – мойк қобикларини тикиш. Мойк қобиклари тўнкарилиб, уларнинг чеккалари мойк ортиғи ортида тикилади ✦ Операциядан кейин одатда тўлиқ соғайиш кузатилади.

ХКК – 10 • N43 Гидроцеле ва сперматоцеле.

ЭПИДИДИМИТ

Эпидидимит – мойк ортиғининг яллиғланиши. У алоҳида ёки мойкнинг яллиғланиши – орхоэпидидимит ҳолида учраши мумкин.

Классификацияси: • Носпецефик ✦ Инфекцияли ♦ Бактериал ♦ Вирусли ♦ Микоплазмали ♦ Хламидияли ✦ Некротик – инфекцияли ♦ Гидатидларнинг буралиб қолиши ва некрози ♦ Мойкнинг чала буралиб қолиши ✦ Гранулематозли ✦ Шикастланиш натижасида ✦ Димланган ♦ Специфик ✦ Гонорейли ✦ Трихомонозли ✦ Туберкулёзли.

Хавф омиллари: • Уретрит ва простатит ♦ Сексуал эксцесслар кучли қабзиятлар ♦ Геморрой ♦ Ёрғоқнинг жароҳатлари.

Клиник манзараси касалликнинг кечиши билан боғлиқ • Ўткир ✦ Мойкда тўсатдан оғриқ пайдо бўлиши; ортиқ катталашган, таранглашган, кескин оғриқли. Абцесслашган ҳолларда юмшоқ ўчоқ пайдо бўлиши ✦ Тана ҳароратининг 40°гача кўтарилиши • Сурункали ✦ Мойкда жисмоний зўриқишда кучаювчи доимий бўлмаган оғриқлар ✦ Мойк ортиғи бироз катталашган ва оғриқли.

Лаборатор текширишлар • Қоннинг умумий анализи-ўткир эпидидимитда: лейкоцитоз, лейкоцитар формуланинг чапга жиши, ЭЧТ ошиши • Умумий сийдик анализидида - лейкоцитурия, гематурия, ҳақиқий бактериурия.

Махсус текширишлар • Ёрғоқни УТТ ✦ Мойк ортиғи катталашини ✦ Абцесслар аниқланиши • Мойк ортиғи биопсияси.

Дифференциал диагностикаси • Мойк ортиғининг захм касаллиги натижасида зарарланиши (кўпинча учламчи захмда ортиқнинг бир томонлама зарарланиши кузатилади) • Мойк ортиғининг ўсмаси.

ДАВОЛАШ

Олиб бориш тамойили

• Ўткир эпидидимит ✦ Тўшак режими ✦ Инфекцияга боғлиқ эпидидимитда этиотроп даво ♦ Хламидиоз эпидидимитда (одатда 35 ёшгача бўлган эркеклар) – доксациллин 100 мг.дан кунига 2 марта ёки тетрациклин 500 мг.дан кунига 4 марта ичиш учун 10 кун давомида ♦ Бактериал эпидидимитда – ко-тримоксазол 1 таблеткадан кунига 2 марта ёки ципрофлоксацин 500 мг.дан кунига 2 марта 10-14 кун давомида ♦ Сепсисга шубҳа бўлганда (бактериологик текширув натижаси олингунча) 3 чи авлод цефалоспоринлари (масалан, цефтриаксон 1,0-2,0 гр.дан вена ичига ёки мушак орасига ҳар 24 соатда) ёки аминогликозидлар (масалан, гентамицин 2 мг/кг., кейин 1мг/кг.дан вена ичига ёки мушак орасига ҳар 8 соатда; дозаси бўйрақ функциясига боғлиқ ҳолда танланади ✦ Оғриқни қолдириш учун –

ЯҚНДВ (напроксен ёки ибупрофен), парацетамол кодеин билан, кун ора уруғ тизимчасига новокаинли блокада.

● Сурункали эпидидимит ✦ Жинсий алоқадан сақланиш ✦ Суспензория тақиб юриш ✦ Антибактериал терапия.

Хирургик даволаш ● Мояк ортиғи абцессини дренажлаш ● Тарқалган ўткир йирингли эпидидимитда ва унинг қари кишиларда қатъий сурункали кечишида: ✦ Эпидидимэктомия.

Асоратлари ● Сепсис ● Орхит ● Бепуштлик.

Прогнози ижобий.

ХКК -10 ● N45 Орхит ва эпидидимит.

ВАРИКОЦЕЛЕ

Варикоцеле – уруғ тизими веналарининг варикоз кенгайиши бўлиб, у 15% эркакларда учрайди. Одатда ўсмирларда тиббий кўрик вақтида топилади. Кам ҳолларда катта ёшли эркакларда бепуштлик юзасидан текширилганда (30% ҳолларда) аниқланади. 90-95% ҳолларда эса варикоцеле чап томонлама ривожланади.

Этиологияси ва патогенези ● Чап томонлама варикоцеленинг сабаби бўлиб, асосан анатомик хусусиятлар ҳисобланади: Чап тухум венаси чап буйрак венасига тушади, ўнг мояк венаси эса пастки ковак венасининг ўнг буйрак венаси пастроғига қуйилади. Бунда бир неча омиллар иштирок этиши мумкин: венада клапаннинг йўқлиги, чап буйрак венасида босимнинг ошиши натижасида патологик ретроград қон айланиши юзага келишига олиб келади; чап вена узунроқ бўлади, шунинг учун босим чапда ошади, буйрак венасида нормал босим бўлса ҳам, гидростатик босим чапда ошади ● Қон айланишининг бузилиши, гипоксия Сертоли (сперматозоид ҳо бўлиши) ва Ляйдига хужайраларида (тестостерон ҳо бўлиши) дегенератив ўзгаришлар келтириб чиқаради ● Чегараланган ўнг томонлама варикоцеле асосан ўнг буйракни ўсма билан босиб қўйиши натижасида ривожланади (ўнг томонлама варикоцеле ўсманинг патогномик белгиси бўлиб ҳисобланади).

Классификацияси ● I даража – варикоз кенгайган уруғ тизими веналари мояк пастки чегарасидан юқорида жойлашган ● II даража – варикоз кенгайган уруғ тизими веналари моякнинг пастки чегарасидан қуйига тушади, мояк атрофияси йўқ ● III даража – варикоз кенгайган уруғ тизими веналари тухум пастки чегарасидан қуйига тушади, тухум атрофияси кузатилади.

Клиник манзараси. Эрта босқичлар белгисиз кечади, варикоцеле тасодифан аниқланади. Веналарнинг яққол кенгайганида оғирлик ҳисси ва оғриқ сезилади. Варикоцеле тухумдон функциясини бузилишига олиб келиши мумкин.

Диагностикаси. Клиник кўринишига асосланган. Венография оптимал текширув ҳисобланади. Икки томонлама варикоцеле аниқланганда томир нуқсонларини аниқлаш учун қатор (УТТ, КТ, венография, ангиография) текширувлар ўтказилади.

Даволаш – хирургик. Кўпроқ Иваниссевич операцияси қўлланилади – тухум венасини қорин парда орқа бўшлиғига боғлаш. Операция босқичлари: тухумни варикоз кенгайган веналарини ажратиш, кесиш ва қиндан бўшатиш. Бу операция физиологик мос бўлиб, буйрак веналарида патология бўлганда кенгайди. Агарда буйрак веналарида вена кенгайиши қайд этилган бўлса, унда томир анастомозлари амалга оширилади. Операция тўғри бажарилмаса, куйидаги асоратлар кузатилиши мумкин: орхит, фуникулит, гидроцеле ва варикоцеленинг қайталаниши.

Прогнози яхши. Ҳаттоки уруғ тизимчасини венасини кескин кенгайиши ва тухум атрофияси ҳам бепуштликка олиб келмаслиги мумкин.

ХКК-10 • I 86.1 Уруғ тизими вена томирларининг варикоз кенгайиши.

МОЯК РАКИ

Учраши: мойк раки эркакларда учрайдиган зарарли ўсмаларнинг 1% ни ташкил қилиб, кўпинча ёшларда учрайди. Касаллик: 2001 йилда ҳар 100 000 эркакка 1,9 та тўғри келган. Касалликка олиб келувчи омиллар крипторхизм, гипоплазия ва жароҳатланиш.

Классификацияси • Патогистологик: ♦ Герменоген келиб чиққан ўсмалар (92-95%) ♦ Интратубуляр эмбрионал хужайралар неоплазияси ♦ Семинома ♦ Сперматоцитар семинома ♦ Эмбрионал рак ♦ Сарик халта ўсмаси ♦ Хорикарцинома ♦ Тератома ♦ Полиэмбриома • Жинсий тутам стромаси ўсмалари ♦ Ляйдиг хужайралар ўсмаси ♦ Сертоли хужайралари ўсмаси ♦ Гранулез хужайрали ўсма ♦ Аралаш ўсмалар ♦ Дифференциаллашмаган ўсмалар • **TNM классификацияси** фақат герменоген мойк ўсмалари учун қўллаш мумкин. Диагноз гистологик жиҳатдан тасдиқланган ва ўсманинг морфологик турлари аниқланган бўлиши керак. TNM аниқлаш учун клиник текшириш ва радикал орхидэктомия бажарилиши лозим. Орхидэктомия қилингандан кейин патоморфологик босқичи аниқланади (p TNM) ва ўсманинг энг катта ўлчамлари кўрсатилади ♦ Бирламчи ўчоқ ♦ T_x - бирламчи ўсмани аниқлаш учун маълумотлар етарли эмас (орхидэктомия ўтказилмаган) ♦ T_0 - бирламчи ўсма аниқланмайди (биопсиядан кейин чандиқ гистологик аниқланади) ♦ T_{is} – рак in situ ♦ T_1 - ўсма мойк ва ўсимта билан чегараланган, қон томир/ лимфа инвазияси йўқ, ўсма мойкнинг оқ қобиғига ўсиб кириши мумкин, аммо қин қобиғига эмас ♦ T_2 - ўсма мойк ва ўсимта билан чегараланган, қон томир/лимфа инвазияси мавжуд, ўсма мойкнинг оқ қобиғи орқали ўсиб ўтиб, қин қобиғига ўсиб киради ♦ T_3 - ўсма уруғ тизмасига ўсиб киради ♦ T_4 - ўсма ёрғоққа ўсиб киради ♦ Регионар лимфа тугунлар ♦ N_x - регионар лимфа тугунларни баҳолаш мумкин эмас ♦ N_0 - регионар лимфа тугунларда метастаз йўқ ♦ N_1 -метастаз ўчоқ диаметри 2 см.дан катта эмас; p N_1 - 5 тагача тугун шикастланган, энг катта ўлчовлари 2 см.гача бўлган метастазлар ♦ N_2 -метастаз ўчоқ диаметри 2-5 см. ёки лимфа тугунлари чегарасигача ўсиб кирган; p N_2 -метастазларнинг энг катта ўлчови 5 см. гача ёки 5 тадан ортиқ тугун шикастланган ёхуд ўсма лимфа тугунидан ташқарига тарқалган

✦ N₃-метастаз ўчоқ диаметри 5 см. дан катта ✦ Олис метастазлар ✦ M_x-олис метастазлар баҳоланмаган ✦ M₀-олис метастазлар аниқланмаган ✦ M₁-олис метастазлар мавжуд ✦ M_{1a}-регионар бўлмаган лимфа тугунларига метастазлар ✦ M_{1b}-олис суяк тўқимасига метастазлар ✦ M_{1c}-бошка аъзоларга олис метастазлар ✦ Ўсма зардоб маркерлари (S) ✦ S_x-зардоб маркерлари сатҳи ✦ S₁ –ЛДГ нормадан 1,5 баробар юқори, β –ХГТ 5000 МЕ/мл.дан кам, ЛДГ 1 нг/мл.дан кам ✦ S₂ –ЛДГ нормадан 1,5-10 баробар юқори, β –ХГТ 5000-50 000 МЕ/мл., ЛДГ 1-10 нг/мл. ✦ S₃ –ЛДГ нормадан 10 баробар юқори, β –ХГТ 50 000 МЕ/мл. дан юқори, ЛДГ 10 нг/мл.дан кўп • Босқичлар бўйича гуруҳларга ажратиш ✦ 0-босқич: TisN0M0 ✦ IA-босқич: T1N0M0S0 ✦ IB-босқич: T2-4N0M0S0 ✦ IS-босқич: T0-4N0M0S1-3 ✦ IIA-босқич: T0-4N1M0S0-1 ✦ IIB-босқич: T0-4N2M0S0-1 ✦ IIC-босқич: T0-4N3M0S0-1 ✦ IIIA-босқич: T0-4N3M1aS0-1 ✦ IIIB-босқич: T0-4N0-3M0-1aS2 ✦ IIIC-босқич: ✦ T0-4N1-3M0S3 ✦ T0-4N0-3M1aS3 ✦ T0-4N0-3M1bS-3

Клиник манзараси: Рак белгилари, мойк катталашуви, унинг ғадир-будирлиги, консистенцияси ўзгариши, аниқ бўлмаган оғриқлар (мойк, бел соҳасида) ва узок сақланиб турувчи эпидидимитни ўз ичига олади. Баъзан гинекомастия ривожланади • Крипторхизмнинг абдоминал шакли билан оғриган беморларда касаллик қоринда ҳажмли жараён, оёқларда шиш билан намоён бўлади.

Диагностикаси • Диагноз физикал текширилишдан кейин тахмин қилиниши мумкин • Мойк раки шубҳа қилинганда ёрғоқ УТТ ўтказилади • Мойк тўқимасини патогистологик текшириш • Онкомаркерлар даражаси (АФП, β -ХГТ, ЛДГ). Ўсманинг зардоб маркерлари (S)ни мойк олиб ташлангандан кейин дарҳол аниқланади. Уларнинг миқдори ошганда маркерлар кўрсаткичи ошиш даражасини баҳолаш мақсадида АФП (ярим емирилиш даври – 7 кун) ва ХГТ (ярим емирилиш даври – 3 кун) пасайиши нормал тезлигига мувофиқ қатор текширишлар ўтказилади. Классификацияси мойк олиб ташлангандан кейин ХГТ ва АФП нинг энг пастки кўрсаткичига асосланган. Зардобдаги ЛДГ миқдори (лекин ярим емирилиш даражаси эмас) метастаз пайдо бўлган беморларда прогностик аҳамиятга эга • Қориндаги, ўмров ости ва медиастенал тугунларни, ўпка тўқимасини ва суякларни метастазларга текшириш.

Даволаш орхофуникулэктомиядан бошланади ва у диагностик жараённинг бир қисми ҳисобланади. Беморни кейинги олиб бориш ўсманинг гистологик турига қараб аниқланади • Семинома: I, IIA, IIB босқичдаги беморларнинг регионар метастаз жойларига нур терапияси ўтказилади. IIC босқичдаги беморларни даволаш полихимиотерапиядан бошланади ва схемага платина дорилари қўшилади • Семинома эмасларда: нур терапиясининг самараси кам, шу сабабли асосий даволаш усули – полихимиотерапия, шу жумладан I-босқичдаги ўсмаларда адьювант терапия. Даволаш самарадорлиги ва касалликнинг қайталаниши – ўсма маркёрлари даражасига қараб белгиланади. Қисман ремиссия вақтида (қорин парда орти лимфа тугунлари зарарланиши, ўпкалардаги алоҳида метастазларда) циторедуктив операциялар ўтказилади.

Прогнози. Ҳозирги вақтда I-босқичдаги беморларни 95-100% ҳолларда даволаш мумкин. Семинома бўлмаган, III босқичдаги ва зардобида маркёрлар миқдори юқори бўлган беморларда прогноз ёмон.

Профилактикаси: Крипторхизмни ўз вақтида аниқлаш ва даволаш: мойкни ёрғоққа тушириш • Тўлиқ бўлмаган мойкни олиб ташлаш • Хавфли гуруҳга кирувчи беморларга мунтазам равишда ўзларини ўзлари текшириб туришларини тавсия қилиш.

ХКК-10 • С62 Мойкнинг зарарли ҳоаси • **D 07.6** Карцинома in situ.

ТУХУМНИНГ ЁРҒОҚДА ЙЎҚЛИГИ

ЖОЙИГА ТУШМАГАН ТУХУМ АСОСИЙ ҲОЛАТЛАР

- Мактабгача ва мактаб ёшидаги болаларда ҳар тиббий кўрик вақтида тухумлар текширилади.
- Бола мутахассисга жўнатилади:
- ◆ 6 ҳафталик чақалоқда тухум икки томонлама тушмаганда;
- ◆ 10 ойлик болада бир томонлама тушмаганда ёки ёрғоқнинг юқори қисмида жойлашганда.

ТУХУМЛАРНИ ТЕКШИРИШДАН ЎТКАЗИШ

- Кўздан кечирганда тухумлар кўринмаса, болани оёқчаларини чалиштириб, тикувчи ҳолатида текшириб кўриш зарур.
- Бундай ҳолатда ҳам тухумни аниқлаш имкони бўлмаса, бола тўғри ётқизилади ва бир қўл билан тухум босиб турилади, бошқа қўл билан эса уни чов бурмасидан суриб чиқаришга ҳаракат қилинади. Тухумнинг ёрғоқ тубигача жижи мумкинлигига эътибор бериш зарур.

TESTIS SALTANS («САКРАБ ТУРУВЧИ ТУХУМ»)

- Бу ҳолатда кремастер рефлексии тухумни юқорига житади, лекин уни ёрғоқнинг тубига тортиб тушириш мумкин.
- Мактабгача ва мактаб ёшидаги болаларда ёрғоққа тушган тухум чов йўлига қайтадан тортилиши мумкин (ретракция) эканлиги ҳисобга олиниб, уларни ҳар бир тиббий кўрик вақтида текшириш лозим.

ДАВОЛАШ

- Тухумни ёрғоқ тубига куч ишлатмасдан тушириш имкони бўлмаганда, шунингдек шифокор уни кўйиб юборган заҳоти чов йўлига қайтиб кетаётган ҳолларда (жиб турувчи тухум) даволаш лозим бўлади.
- Танлов препарати – (одам хорион гонадотропини) ОХГ.
- ◆ 3 инъекция, ҳафтада 1 марта (3 ҳафта мобайнида).
- ◆ Жадвалда дозалари берилган.
- ◆ Даволаш яхши самара берганида бир йил ўтгач, тухум ҳолати қайтадан текширилади, чунки баъзан ретракция юзага келиши мумкин. ОХГ билан даволаш зарурият бўлганда такрорланади.

Жадвал. Одам хорион гонадотропини дозалари

Ёши	Бир марталик миқдори, ХБ
1-3 ёш	1500
3-6 ёш	3000
6 ёшдан катта	5000

- Хирургик даволашга кўрсатмалар:
- ◆ Гормонал терапия самарасиз бўлганда;
- ◆ Тушмаган тухум ва чурра биргаликда келса.

КРИПТОРХИЗМ

Крипторхизм – тухумлардан бирортаси ёки икковининг ҳам ёрғоқда бўлмаслиги. Меъёрда тухум ёрғоққа ҳамиша ривожланишнинг 9-ойида тушади. Чақалоқларда тухум тушиши тугалланмаган бўлса, ҳаётининг биринчи ҳафтасида бартараф этилади.

Крипторхизми бўлган чақалоқларнинг 70% да тухуми 1 ёшгача ўз-ўзидан ёрғоққа тушади. Тухумлар ёрғоққа мустақил равишда жинсий етилиш давригача тушиши мумкин.

Учраши – чақалоқларда 10-20%, 1 ёшгача 2-3%, пубертат даврда 1%, навқирон ёшли эркакларда 0,2-0,3%.

Этиологияси ва патогенези • Эндокрин омиллар. Ҳомиладор аёлларда гормонлар мувозанати, тухумдонлар, қалқонсимон без, ҳомила гипофизининг инкретор фаолияти бузилиши натижасида тухумнинг ёрғоққа тушиши тўхтаб қолиши мумкин (кўпинча икки томонлама крипторхизмда) • Механик омиллар: чов йўли торлиги; ёрғоққа олиб борадиган йўлнинг йўқлиги; тухумларни озиклантирувчи томирлар, қорин пардасининг қин ўсимтаси, уруғ тизимчасининг калта бўлиб қолиши; йўналтирувчи боғламнинг тўлиқ етилмаганлиги; чов йўли ички тешиги соҳасида перитонеал битишмалар ва ҳ.к. • Ирсий муаммолар: қатор ҳолларда GTD (306190, Хр21) генида ўзгаришлар мавжудлиги.

Классификацияси. Крипторхизм бир ва икки томонлама бўлиши мумкин • Тухум ретенцияси (тўхтаб қолиши) натижасидаги крипторхизм ретенция қорин бўшлиғи, човда, аралаш бўлиши мумкин • Тухум эктопияси (ғайритабиий жойлашиши) билан асосланган крипторхизм човда, оралик, симфиз усти, сонда, қўшма ва бошқа турда бўлиши мумкин • Ёлғон крипторхизм (ҳаракатланиб юрувчи тухум деб номланади). Тухум совуқ ёки жисмоний зўриқиш таъсирида чов йўли ва ҳатто, қорин бўшлиғига жиши эҳтимоли мавжуд. Иссиқда ва мушаклар бўшаштирилганда у ёрғоққа қайтиб тушади. • Орттирилган крипторхизм жароҳатдан сўнг кўп ҳолларда тухум чов йўли ёки қорин бўшлиғига жиб қолиши мумкин. Бошқа ҳолларда тухумнинг қорин бўшлиғига қараб сурилишига унинг атрофияси сабаб бўлади.

КЛИНИК МАНЗАРАСИ

- Ёрғоқ яхши етилмаган, ассимметрик, тухумлардан бирортаси ёки иккови тушмаган.

- Қоринда ёки чов соҳасида симилловчи оғриқларга шикоят. Тухум қорин бўшлиғида тўхтаб қолганида оғриқ, одатда, жинсий етилиш даврида бошланади. У жисмоний зўриқишда, ич қотиши, жинсий қўзғалиш вақтида кучайиши мумкин.

- Кўздан кечириш. Беморни ётган, тик турган, қорин мушаклари таранг тортилган ва бўшашган ҳолатда кўздан кечириш зарур. Кучанганда чурра қопчаси тухум билан биргаликда чов йўлига тушиши мумкин. Чов йўлида тухумни пайпаслаш имкони бўлмаса, жойлашиши мумкин бўлган сохаларни синчковлик билан кўздан кечириш ва пайпаслаб кўриш лозим. Тухумнинг ғайриоддий жойлашганлиги истисно қилинган, қорин ретенцияси мавжудлигига шубҳа туғилади.

Текшириш усуллари • УТТ • МРТ • Тухумлар сцинтиграфияси – тухумнинг нафақат ўлчамлари ва жойлашиши, балки унинг фаолиятини ҳам аниқлаш имконини беради • Ангиография: тухум артериясини аниқлаш, шунингдек ички тухум венографиясини амалга ошириш.

Дифференциал диагностикаси • Анорхизм. • Моноорхизм.

ДАВОЛАШ. Асосий усул – **хирургик даволаш** – орхипексия. 4-6 ёшда амалга ошириш мақсадга мувофиқ. Хирургик амалиёт тухумни пастга тортиш ва ёрғоққа маҳкамлашдан иборат. Катталарда чов йўли пластикаси бажарилиши шарт. Хирургик амалиётдан сўнг бола эндокринолог назоратида бўлиши лозим.

Консерватив даволаш – тухум фаолиятини яхшилаш ва эндокрин бузилишларни даволашга қаратилган • Е витамини тухум тўқимаси хужайраларида биокимёвий жараёнларни меъёрига келтиради. Эмизаётган аёл 200-300 мг/кунда, 1 ёшдан ошганда 5-10 мг/кунда. 1,5-2 ой мобайнида витаминни қабул қилади • А, В, С ва D гуруҳидаги витаминлар • ОХГ (тухум интерстициал хужайралари фаолиятини кучайтириш) – 250, 500 ёки 1000 ТБ ёшига мос равишда ҳафтасига 1-3 марта, курс – 16-18 инъекция. Клиник тасдиқланган чов чуррасида, айнан шу томонда ўтказилган хирургик амалиётдан сўнг, шунингдек, тухумлар эктопик жойлашганида қўлланилмайди. Жинсий етилиш белгилари эрта пайдо бўлганида препарат қабул қилиш тўхтатилади; бу ҳолларда белгилар одатда 4 ҳафта мобайнида йўқолади • Жинсий етилиш вақтида гипогонадизм яққол белгиларида – тестостерон 10 мг. дан кунора м/о (15-20 инъекция) • Тиреодин – керагидан ортик овқатланиш; семизликда (5 ёшда - 0,005 г., 15 ёшда - 0,05 мг. кунда 1-2 марта, 20-30 кун мобайнида) • Метандиенон – кам овқат истеъмол қилишда – (5 ёшда - 3 мг., кунда 1 марта; 15 ёшда - 5 мг., кунда 1-2 марта, 20-30 кун мобайнида).

Асоратлар – тухумни сиқилиб ёки буралиб қолиши. Бу асоратлар эктопияланган тухум соҳасида кескин оғриқлар пайдо бўлиши, баъзан тана ҳарорати кўтарилиши белгилари билан намоён бўлади. Тухумда некротик ўзгаришлар юзага келиши олдини олиш учун тезлик билан хирургик даволаш амалга оширилиши зарур. Крипторхизмда, айниқса 2 томонлама бўлганида бепуштлиқ (сперматогенез учун тана ҳароратига нисбатан қуйи ҳарорат зарур), шунингдек тухумнинг хавфли ўсмаси ривожланиши мумкин.

Прогнози. Тухумлар ретенцияси асос бўлган крипторхизмда хирургик даволаш ижобий натижа беради. Бепуштлиқ – бир томонлама крипторхизмда 80%, икки томонлама крипторхизмда эса 30% беморларда хирургик даволашдан сўнг соғайиб кетади.

Йўлдош патология. Кўпчилик беморларда крипторхизмни чов чурраси билан кўшилиб келиши кузатилади.

Синонимлари • Крипторхидизм • Крипторхидия.

ХКК-10 • Q 53 Тухумнинг ёрғоққа тушмаганлиги.

ЎТА ХАВФЛИ ИНФЕКЦИЯЛАР

ВАБО

Вабо – ўткир карантинли юқумли касаллик, тананинг сувсизланишига олиб келувчи оғир диарея ва қайт қилиш билан кечади.

Этиологияси. Кўзгатувчи – ҳаракатчан грамманфий бактерия – *Vibrio cholerae* (вабо вибриони ёки кох вергули). Кўзгатувчининг 3 тури ажратилади – *V. Cholerae asiatical* (мумтоз вабо кўзгатувчиси), *Vibrio cholerae eltor* (Эль-Тор вабо кўзгатувчиси) ва 0139 серовари (Бенгал) (Жануби – Шарқий Осиёдаги вабо кўзгатувчиси). Бактериялар ўта ҳаракатчан, ва уларни аниқлаш (осма ёки эзилган томчи усули билан) – жуда муҳим ташхисий белги. Хужайралар жуда тез бўлинади ва кўзгатувчи ишқорли-пептонли сувда 6 соат ичида кўзга кўринарли даражагача ўсиб боради.

Эпидемиологияси. Вабо – оддий ичак инфекцияси. Ягона табиий тарқатувчиси – бемор ва бактерия ташувчилар, юқиш йўли – фекал-орал (оғиз орқали), баъзида оддий алоқа орқали. Юқиш омиллари: озиқ маҳсулотлар, сув, атроф-муҳит жонзотлари, пашша маълум бир аҳамиятга эга, чунки кўзгатувчини аҳлатдан озиқ маҳсулотларга олиб ўтади. Кўзгатувчини атроф-муҳитга ажратиб чиқарилиши қисқа муддат давомида рўй берса ҳам, кўп сонли яширин шакллари унинг доим айланиб юришини таъминлайди. Вабонинг ягона тарихий ўчоғи – Ганга ва Брахма – хавзалари. Вабо эпидемиясининг 2 тури фаркланади: инфекция манбаи ва тарқалиш йўллари ягона бўлган ҳолатда бир вақтнинг ўзида кўп сонли аҳоли касалланиши хос. Аста-секин кечувчи эпидемиялар ҳам кузатилиб бундай ҳолатларда кўзгатувчининг юқиш йўлини аниқлаш қийин бўлади. Кўпинча касалликнинг ўсиши йилнинг иссиқ вақтида учрайди.

Патогенези. Одам танасида вибрионларнинг кўп қисми ошқозон шираси таъсири остида ҳалок бўлади ва қолган қисмигина ингичка ичакка етиб боради. Бактерияларга жавобан ичак эпидемияси ишқорли шиллик ишлаб чиқаради, у ўт ширасига бой бўлади (ўт шираси – кўзгатувчи кўпайиши учун қулай муҳит). Клиник белгилари экзотоксин ҳо бўлиши миқдори ва қобилятига мувофиқ кечади

- Экзотоксин (холероген) – иссиқликка чидамли оқ, токсин молекуласи 2 таркибга

эга: В бирикмаси моносиал ганглиозид рецептор билан алоқага кириб, А бирикманинг хужайрага киришига имконият яратади. А бирикма қуйидагилардан иборат: А₁ (фаол марказ) ва А₂ суббирлик бу икки бирикмани ўзаро бириктириб туради. Суббирлик А₁ аденилат циклазанинг гуанил қарам бирикмаси рибозилланишини тезлаштиради, циклик 3,5-аденозин монофосфатнинг хужайра ичидаги миқдорини кўпайтиради ва либеркон безлари хужайраларидан суюқлик ва электролитларнинг ичак бўшлиғига олиб келади. Токсин ўз таъсирини бошқа хужайраларда кўрсата олмайди. 0139 серовари бактериялари ҳам шундай хусусиятларга эга экзотоксин, лекин кам миқдорда ишлаб чиқаради; токсин ҳо қилиш хусусиятини хромосома ва плазмид генларини ўзида сақлайди • Эль-Тор тури билан инфекцияланишда гемолизинларнинг иштироки бор.

Клиник манзараси

- Беморларнинг кўп қисмида касаллик белгиларсиз кечади, ёки енгил диарея бўлиши мумкин. Касалликнинг оғир даражада ва белгиларсиз (енгил) кечишининг нисбати типик вабода – 1:5-1:10, Эль-Тор вабосида – 1:25-1:100 га тенг.
- Клиник белгилари яққол ифодаланган ҳоллар учун яширин даврнинг бир неча соатдан 5 кунга (ўртача – 2-3 кун) давом этиши, умумий ҳолсизлик, қоринда оғрик, қайт қилиш, яққол ифодаланган диарея синдроми хос. Диареяга кўп миқдордаги (кунига 10 литргача) суюқ, рангсиз нажас (гуруч қайнатмаси) ажралиши хос. Яна бир хусусияти – нажас ширали, балиқсимон (нажасга хос бўлмаган) ҳидга эга.
- Оғир ҳолларда беморда пешоб миқдори камайиб кетади, ЎБЕ ривожланади. Овознинг хириллаши ва афония хос. Асосий патогенетик омил – гиповолемиа ва электролитлар дефицити. Оқибатда артериал гипотензия, коронар етишмовчилик, эс-хушнинг бузилиши ва тана ҳарорати пасайиши юзага келади. Бундай ҳолат – вабо алгиди деб номланади (Алгид – тана сувсизланиши натижасида келиб чиқадиган белгилар мажмуи (натрий хлор, калий, бикарбонат йўқотилиши): тана ҳарорати пасайиши, гемодинамика бузилишлари, анурия, тоник қалтираш, ифодаланган нафас етишмаслиги). Хос бўлган белги – *facies hippocratica* (кўзлари қиртайган, юз қирралари, ёноқлари бўртиб чиққан). Белгилар давомийлиги даволаш ўз вақтида бошланишига ва тўғри олиб борилишига боғлиқ ва бир неча соатлардан бир неча кунларгача давом этади. Алгид босқичида ўз вақтида даво чора тадбирлари бошланмаса беморларнинг 60% вафот этади.
- Бемор соғайганда қисқа муддатли иммунитет пайдо бўлади, кўп ҳолларда қайта зарарланиш ҳолатлари кузатилади.

Текшириш усуллари • Қўзғатувчини ажратиш ва аниқлаш; текширувдан мақсад – бемор ва бактерия ташувчиларни аниқлаш, вафот этганларни текшираётганда якуний ташхис қўйиш; беморларни даволаш ва ташувчиларни «тозалаш» самарадорлигини текшириб туриш, атроф-муҳитдаги жонзотлар, иншоотларни ва дезинфекция тадбирларини назорат қилиш. Текширув материали – нажас, қусиқ моддалар, сафро, мурда аъзосидан олинган тўқима (ингичка ичак ва ўт пуфаги қисмлари), беморнинг чойшаблари ва ички-устки

кийимлари, сув, оқава сувлар, гидробионтлар, атроф-мухитдаги нарсалардан суртма олиш. Антибактериал терапия бошланишидан аввал олинган суртмани текшириш натижалари асосида аниқ жавоб олиш мумкин • Қон таҳлили – дегидратация белгилари (ацидемия, ацидоз, калий, натрий, хлор миқдори камайиши, гипогликемия, полицитемия, нейтрофилли лейкоцитлар миқдорининг бир оз ортиши).

Дифференциал диагностикаси турли оғир диареялар билан (масалан: Shigella, E. Coli бактериялари ёки энтеропатоген вируслар билан чақариладиган) ўтказилади.

Даволаш • Келиб чиқиш сабабларини даволаш ✦ Катта ёшлилар ва 8 ёшдан ошган болаларга – доксициклин 300 мг. кунга 1 марта ёки 100 мг. кунга 2 марта ёки тетрациклин кунда 50 мг/кг. 3 кун давомида ичилади. Бу препарат ўрнига ципрофлоксацин ўрта терапевтик миқдорда буюрилиши мумкин ✦ 8 ёшгача бўлган болаларга – ко-тримоксазол (триметоприм 4 мг/кг ва сульфаметоксазол 20 мг/кг. ҳар соатда) ёки кунда фуразалидон 5-10 мг/кг. ҳар 6 соатда 3 кун мобайнида буюрилади ✦ Ҳомиладорларга – фуразалидон 100 мг. дан кунга 4 марта 7-10 кун давомида ✦ Йўқотилган суюқлик ва электролитлар миқдори бемор сувсизланиши даражасига мос равишда тўлдирилади ✦ Енгил ва ўрта оғир шаклларида – оғиз орқали регидратация (регидратация тузи эритмаси [натрий хлор-3,5 г. калий хлор-1,5 г. глюкоза-20 г. тринатрий цитрати-2,9 г. 1 литр сувда] глюкозолан ёки цитраглюкозолан) ✦ Оғир шаклида – тузли эритмаларни в/и юбориш (натрий ацетат + натрий хлор + калий хлор).

Синонимлари. • Осие вабоси • Эпидемик вабо • Гуруч қайнатмаси диареяси.

ХКК-10. • А00 Вабо.

ЎЛАТ

Ўлат – зооантропоноз ўта хавфли карантинли табиий-ўчоқли инфекция, яққол ифодаланган интоксикация, тана ҳарорати кўтарилиши, лимфа тугунлари ва ўпка зарарланиши, септик ҳолат билан кечиши мумкин бўлган касаллик.

Этиологияси. Асосий табиий манба – турли кемирувчилар (каламуш, олмахон, дала итчалари, ва ҳ.к.), қўзғатувчи юқишида маълум вазифа мушукларга ҳам алоқадор. Ўлатни одамга юқишида каламушларнинг катта каналари (хепорсылла чеорпсис) асосий ўринни эгаллайди. Улар умри мобайнида қўзғатувчиларни ўзида сақлайди. Одам ҳашарот чақишидан эмас, балки кана қайд қилган модданинг терига сингиши оқибатида касалланади. Қўзғатувчи алоқа ва аспирация йўллари орқали юқиши мумкин.

Патогенези. Қўзғатувчи танага кана чаққан тешик орқали киради; ўз ўрнида кана ҳалок бўлган кемирувчиларнинг қони билан озиқланаётганида инфекция юқтиради. Кананинг тана ҳарорати 28 °С бўлганида қўзғатувчи одам учун хавфли токсинларни ишлаб чиқара олмайди. Одам танасида ҳужайраларнинг бир қисми нейтрофиллар томонидан зарарсизлантирилади, лекин тирик қолган қисми токсик моддалар ишлаб чиқара бошлайди. Касаллик патогенези охиригача ўрганилмаган.

Кўзғатувчи ишлаб чиқарадиган A_2 ёки токсинларнинг якка ўзи касалликни чақира олмайди. Унинг ривожланиши 3 босқичдан иборат:

- Кўзғатувчи кирган соҳадан лимфа орқали лимфа тўсиғигача ўтиши
- Бактерияларнинг лимфа тугунларидан қонга тарқалиши (бактериемия)
- Микроблар тарқалиб, икиламчи ўчоқларни юзага келтириши.

Изоҳ. Танага кирган кўзғатувчиларни якка ва кўп ядроли фагоцитлар фаол ўз ичига қамраб олади, лекин фагоцитар реакция тугалланмаган хусусиятга эга бўлганлиги сабабли инфекциянинг янада тарқалишига имконият яратади. Кўзғатувчининг жуда тез ривожланиши, капилляр ва томирлар яқинида жойлашганлиги унинг қон оқимиغا тезлик билан тушишига шароит туғдириши муҳим аҳамиятга эга.

Клиник манзараси. Яширин даври 3-6 кунни ташкил этади (эпидемияда ёки септик шаклларида 1-2 кунга қисқаради). Касаллик тўсатдан бош оғриши ва толиққанлик ҳисси, тана ҳарорати кўтарилиши билан бошланади; тилнинг қараш билан қопланиши («бўр суртилган»), шишиши хос. Бунинг натижасида бемор қийинчилик билан гапиради, оғир ҳолларда психоз ривожланиши мумкин. Умумий кечиши билан бирга бошқа белгилар ҳам ривожланади. Кўзғатувчи асосан тери қопламлари орқали танага тушишига қарамасдан, фақат 3-4% беморлардагина бирламчи жавоб реакцияси кузатилади: аввал папула пайдо бўлади, кейин пустага айланади, уни кесиб кўрилганда қора рангли кўтир билан қопланган кескин оғриқли яра юзага келади (тери шакли). Кўп ҳолларда ўлат таёқчаси териде яллиғланиш реакциясини чақирмайди ва яқин-атрофдаги лимфа тугунига 2-6 кун мобайнида шиллиқли-геморрагик яллиғланиш ривожланади ҳамда кескин оғриқли бубон шаклланади. Кўпинча бубон тери шакли билан биргаликда кузатилади ва ўлатнинг тери-бубон кўринишида кечади. Патогенези бўйича бирламчи (доимо инфекция кирган соҳа билан боғлиқ) ва иккиламчи бубон (қон орқали ривожланиши) турлари фарқланади. Клиник кечиши ўчоқли (тери, тери-бубонли, бубонли), тарқоқ ёки ички-септик (бирламчи ва иккиламчи септик) ва ташқи тарқоқ шаклларга (ичак, бирламчи ўпка ва иккиламчи шакли) ажратилади.

- Бубонли ўлат. Асосий белгиси – бубон (кўп ҳолларда қўлтиқ ости ёки човда) ва илк белгиси – бубон пайдо бўлиши у ривожланаётган соҳада кучли оғриқ (бемор кўп ҳолларда табиий бўлмаган ҳолатни қабул қилади). Бубон атроф-тўқима билан бириккан. Катталиги 1-10 см. гача бўлиб, ўсиб боради ва аввал юмшоқлашади кейин йиринг тўпланиши ҳамда ўз-ўзича ёрилиши мумкин. Лимфа тугуни геморрагик некрози ривожланган ва тўсиқ фаолияти бузилган ҳолда қон оқимида кўп миқдорда бактериялар тушиши натижасида иккиламчи ўлат зотилжами ва ёки тарқоқ ўлат сепсиси вужудга келади. Иккиламчи ўлат зотилжами асорати 5-10% ҳолларда кузатилади ва бемор аҳволининг кескин оғирлашувига сабаб бўлади; баъзан қайд этиладиган иккиламчи ўлат менингити (инфекция тарқалиши оқибатида) одатда бемор ўлими билан тугайди. Бубонли ўлат даволанмаганда ўлим 75%ни ташкил этади. Соғайиш даврида бубон қайта сўрилади ёки бириктирувчи тўқима билан қопланади.
- Бирламчи ўпка ўлати – ўта тез кечадиган ва жуда юқумли шакли; ҳаво-томчи йўли билан тарқалади ҳамда эпидемия жиҳатдан ўта хавфли. Кўкрак қафасида оғриқлар, йўтал, қон аралаш балғам ажралиши, юрак-ўпка етишмовчилиги

ривожланиши билан кечади. Бемор жуда кўп миқдорда балғам ажратади ва унинг таркибида қўзғатувчилар сони ҳам кўп бўлади. Даволанмаганда ўлим 100% га яқин ва бемор инфекция билан бирламчи аэроген алоқадан 2-6 кун ўтгач, вафот этади.

- Ичак ўлати – кўп миқдорда қон ва шиллик аралаш тўхтатиб бўлмайдиган диарея билан юзага чиқади, эпигастрал сохада кучли оғриқ ва умумий бехоллик бўлиши мумкин, одатда ўлим билан тугайди.
- Бирламчи септик – ўлатга тери ва шиллик қопламларда кўп сонли қон қуйилишлар хос; оғир ҳолларда буйрак, ичаклардан кўп миқдорда қон кетиши ва кусуқ моддалар қон аралаш бўлиши кузатилади. Тарқоқ жараён кузатилиши олдидан маҳаллий ўзгаришлар бўлмаслиги мумкин; қўзғатувчининг танада ўта тез тарқалиши ҳамда кучли интоксикация ва бактериемия кузатилади. Касаллик тезда ўлим билан тугайди.
- Иккиламчи септик шакли – касалликнинг бошқа шакллари оқибати, ўта оғир кечади, иккиламчи инфекция ўчоқлари, бубонлар ривожланиши ва геморрагик септицемия белгилари билан юзага чиқади.
- Иккиламчи ўпка шакли – бубонли ўлат асорати, белгилари бирламчи билан ўхшаш. Хавфсиз кечади. Эпидемик жихатдан хавфли.

Текшириш усуллари • Бубон моддаси (бубонли шаклида), яра ёки теридаги бошқа жароҳатлар (тери шакли), томоқдан олинган шиллик ва балғам (ўпка шакли), қонни (барча шакллари), нажас ва орқа мия суюқлигини (ичак ёки мия пардалари зарарланганида) бактериологик усулда текшириш. Текширув моддаси антибактериал даво бошланиши олдидан олиними лозим • *Yersinia pestis* бактериофаги ёрдамида ўлатнинг тезлаштирилган текширувини ўтказиш мумкин • Шунингдек, тез аниқлаш учун флюоресцен билан нишонланган АТ (текширув бошланганидан 2 соат ичида *Yersinia pestis* ни аниқлаш имконини беради), АТ нейтраллаш реакцияси, стандарт (муқим) агарли таёқчалардаги преципитация реакцияси ва *Yersinia pestis*нинг бойитилган муҳитда тезлик билан ўсиш усули қўлланилади • Лаборатория ҳайвонларида биологик синама ўтказиш қўзғатувчини аниқлаш эҳтимолини оширади. Биологик синамани тезлаштириш усуллари ишлаб чиқилган, масалан қўзғатувчи фаоллиги сусайган ва миқдори кам бўлган ҳолларда касалланган ҳайвонларга ГК ёки тухум сариғини юбориш ўлатни аниқлашни жадаллаштиради.

Дифференциал диагностикаси бактериемия, пневмококкли зотилжам ва келиб чиқиш сабаби турлича бўлган лимфаденитлар ҳамда сурункали бошқа ҳолатлар билан ўтказилади.

Даволаш • Стрептомицин 30 мг/кг/кунда м/о ҳар 6 соатда кунига 4 марта 7-10 кун мобайнида. Гентамицин ҳам самара бериши мумкин. Септик ёки ўпка шаклида касалликнинг биринчи кунидан бошлаб даволаш зарур • Муқобил препарат-тетрациклин 25-50 мг/кг. кунда 4 марта 10 кун мобайнида • Ўлат менингитида – хлорамфеникол, бошланғич миқдори 25 мг/кг. в/и, сўнг 10-15 мг/кг. в/и ёки кунда 4 марта 10 кун давомида ичилади.

Асоратлари • Бубонли шаклининг септик ва ўпка шаклларигача авж олиши • Бубон некрози • Перикардит • Катталарнинг респиратор дистресс синдроми • Менингит.
ХКК-10 • **A20** ўлат.

ҚОРА ЧЕЧАК

Қора чечак – ўта хавфли антропоноз вирусли касаллик бўлиб, яққол интоксикация, тана ҳароратини икки тўлқинли кўтарилиши, тери ва шиллик қаватларда тошмалар билан кечади.

Этиологияси. Кўзгатувчиси – Orthorox-virus оиласига мансуб қора чечак РНК-геномли вируси. Вируснинг 2 шакли маълум: биринчиси – типик чечакни (*variola major*) юзага келтиради, ўлим 50% дан ортиқ, иккинчиси – алястрим (*variola minor*), енгил кечади ва ўлим 1% дан ортмайди.

Эпидемиологияси. Ҳозирги вақтга келиб касаллик учраши бартараф этилган. Ер юзиде чечакнинг сўнгги учраши 1977 йил Сомалида қайд этилган. Юқиш йўллари – ҳаво-томчи ва алоқа орқали.

Патогенези. Нафас йўллари шиллик қавати ва тери қоплами эпителий ҳужайраларида кўпайганидан сўнг кўзгатувчи қонга тушади ва турли тўқима ҳамда аъзоларни зарарлайди. Шундан сўнг, яна қонга ўтиб тери ва шиллик қаватлар жароҳатлари ривожланишига олиб келади.

Клиник манзараси. Яширин даври 5-15 кун давом этади. Ўткир бошланиши – тана ҳарорати 40°C гача ва ундан юқори. Бехоллик, бош ва мушаклар, бел ва куймичдаги оғриқлар, кўнгил айниши, қайт қилиш. Юз, бўйин ва кўкрак териси қизарган. Касалликнинг 4-куни тана ҳарорати пасаяди, умумий аҳвол бир оз яхшиланади ва унга хос тошмалар пайдо бўлади. Тошмалар бошланғич даврда доғ кўринишида бўлиб, аввал папулага, сўнг везикулага айланади ва касалликнинг 7-8 кунда пуфакча хо бўлади. Аини вақтда тана ҳарорати қайтадан кўтарилади, бемор умумий аҳволи оғирлашади. Касалликнинг 14-кунига келиб (пустула) пуфакча кўтирга айланади, у тушганидан кейин чандиқлар қолади. Оғир шаклларига тарқок ва геморрагик (қора) чечак киради.

Текширув усуллари • Везикула таркиби электрон микроскопияси • Эпителий ҳужайралари цитоплазмасида таначаларини (вирионлар) аниқлаш учун бўялган суртмаларнинг нурли микроскопияси • Товуқ эмбриони хорионалантоис қобиғи қисмларида, одам эмбриони фибробластлари ёки маймун буйрағи ҳужайралари экмаларида вирусни аниқлаш • Билвосита гемагглютинациянинг тўхтатиш реакцияси • Бевосита гемагглютинация реакцияси.

Дифференциал диагностика • Герпетик инфекция • Сувчечак • Манқа.

Даволаш • Чечакка қарши γ-глобулин 3-6 мл. м/о • Тошмаларни антисептиклар билан тозалаш • Бактериал асоратларда антибактериал даволаш.

Прогнози • Эмланганларда – ижобий • Геморрагик шакли кўп ҳолларда ўлим билан тугайди.

Асоратлари • Энцефалитлар • Зотилжам • Кўзнинг жароҳатланиши.

Профилактикаси. Эмлаш (ҳолсизлантирилган тирик вирус тери ичига юборилади; юқтирмаслик 7-10 кунда ривожланади); ҳозирги вақтда ўтказилмайди.

ХКК-10 • В03 Чечак.

КУЙДИРГИ

Куйдирги – ўткир зооноз инфекция, ўчоқли (тери – карбункул ва яра ривожланиши билан) ва тарқоқ (септик) шаклларда кечади.

Этиологияси. Кўзғатувчи – граммусбат ҳаракатсиз қобикли тухум (спора) ҳо қилувчи бактерия – *Bacillus anthracis*. Одам ёки ҳайвон танасига тушгач қобикли тухумчалардан вегетатив шакллари ҳо бўлади ва касалликни чақиради. Қобикли тухумчалар бир неча ўн йиллар мобайнида сақланиб туради ва 1 соат давомида қайнатилганда ҳам ҳалок бўлмайди. Сулема, хлор ва бошқа дезинфекцияловчи воситалар таъсирига чидамли. Куйдирги таёқчаларининг вегетатив шакллари паст ҳароратга чидамли, дезинфекцияловчи воситалар ва 75-80°C ҳарорат таъсирида тез, 50 °С гача қиздирилганда 30 дақиқа мобайнида ҳалок бўлади.

Эпидемиологияси. Инфекция манбаи ва тарқатувчиси – ўтхўр ҳайвонлар (йирик ва майда қорамол, туя, чўчқалар). Трансмиссив йўл билан юқиши касалланган ҳайвонлардан, уларнинг мурдалари ва ташқи муҳит жонзотларидан соғлом ҳайвонларга пашша, кўр-пашшалар орқали ўтади. Одамда касаллик ривожланиши кўпинча касбга боғлиқ (қишлоқ хўжалик, қассобхона ишчилари, жун тозаловчилар). Эпидемия худудлари – Осиё, Жанубий Африка, Жанубий Америка ва Австралия. Баъзан Европа, Россия ва АҚШда ҳам учраб туради. Йилида 1 млн. га яқин ҳайвон ва 40000 га яқин одам ушбу касалликка чалинади. Ҳайвонлар ўтлаб юрганида ёки зарарланган ерни истеъмол қилганида қобикли тухумчалар тушиши орқали касалланади ва куйдирги таёқчаларини сийдик ва нажас билан ажратади. Одам инфекция тушган ашё билан алоқа (касалланган ҳайвон парвариши, жун, тери, суякларга қайта ишлов бериш) ёки зарарланган гўшти истеъмол қилиш орқали касалланиши мумкин. Касалликнинг касбий (қишлоқ хўжалиги, ишлаб чиқариш) ва касбий бўлмаган (рўзғорда, бехос) турлари фарқланади. Ҳайвон қабрлари, айниқса куйдиргидан ҳалок бўлган жонзот мурдалари эҳтиёт чораларисиз кўмилган ҳолларда катта эпидемиологик хавф туғдиради. Қишлоқ жойларида касаллик фаслий хусусиятга эга (ёз ва кузда кўп учрайди).

Патогенези. Кириш дарвозаси – тери қопламалари ва шиллик қаватлардаги кичик жароҳатлар (конъюктива, нафас йўллари). Кўзғатувчининг токсин ва метаболитлари лимфа томирлари эндотелийсини зарарлаши натижасида шиллик-геморрагик яллиғланиш ривожланади, бу ҳолат тўқималар шиши ва некрозига сабаб бўлади. Куйдиргининг клиник белгилари намоён бўлиши токсин таъсирига боғлиқ. Унинг тўқималарда тўпланиши ва МНСга таъсири натижасида нафас етишмовчилиги ва гипоксия ривожланиб, ўлимга олиб келади. Кўп миқдордаги микробнинг қонга тушиши куйдирги сепсисини вужудга келтиради (куйдиргининг

хар қандай шакли септик кечиши мумкинлигини ёдда сақлаш лозим). Касалланиб ўтган одамда турғун чидамлилиқ сақланиб қолади.

КЛИНИК МАНЗАРАСИ

- Яширин даври бир неча соатлардан 8 кунгача (ўртача 2-3 кун) давом этади. Тери ва септик шакллари фарқланади, сўнгиси ўпка ёки ичак турида кечиши мумкин.
- Куйдиргининг тери шакли. Беморларнинг 95%да учрайди ва тананинг кийим билан беркилган қисмларига нисбатан кўпроқ очиқ сохалари зарарланади. Мўйларни устарада (қириш) тозалаш инфекция тушиши учун қулай муҳит яратади (тозаланган сохалар 2 баробар кўп зарарланади). Ёғ безлари яхши ривожланган тери сохалари (масалан, бурун териси), бармоқ учлари ва тирноқлар жароҳатланмайди. Ўчоқлар кўп ҳолларда қўл, бош ва бўйинда жойлашган бўлади. Инфекция тушган сохада аввал қизил доғ пайдо бўлиб, у тезлик билан миссимон-қизил рангли папулага айланади. Касаллик бошланишидан беморлар терида қичишиш, ачишиш сезадилар, вақт ўтган сари бу белгилар ҳам кучайиб боради. Бир неча соат ўтгач папула ўрнида ўлчами 2-3 мм. бўлган везикула (дўмбоқча) ҳо бўлади, таркиби аввал шиллиқли бўлиб, аста-секин қорамтир, қон аралаш тусга киради (pustule maliqna); кучли қичиш натижасида бемор везикулани ёриб юборади, ёки у ўзи ёрилиб кетади ва шу сохада тезда қорайиб, ўлчамлари катталашиб борувчи кўтир пайдо бўлади. Асосий везикула атрофида бир неча папулалар ўсиши хос. Улар барча ривожланиш босқичларидан ўтади ва бир-бирига қўшилиб жигарранг-қорамтир рангли, каттиқ, худди куйганга ўхшаш пўстлоқли кўтир ҳо қилади. Кўтир атрофи алвон рангли дўмбоқ билан ўралган, одатда шиш тўқималарга кенг тарқалган. Шиш сохасига перкуссия болғачаси билан уриб кўрилганда, унинг лиқиллаб титраши кузатилади. Тана ҳарорати юқори. Регионар лимфаденит ва лимфангоит. Юрак қон-томир тизимида ўзгаришлар: тахикардия, АБ пасайганлиги аниқланади. Кўп ҳолларда кўнгиш айниши, қайт қилиш кузатилади. Ижобий кечганида тана ҳарорати 5-6 кун мобайнида кўтарилиб, сўнг кескин пасаяди. Бир вақтни ўзида маҳаллий ўчоқ сўрила бошлайди: шиш аста-секин камаяди, лимфаденит ва лимфангоит йўқолади; кўтир қобиқ тушиб кетади, 2-4 ҳафта ўтгач, битган яра ўрнида зич, оқ рангли чандиқ ҳо бўлади. Куйидаги клиник турлари фарқланади:
 - ★ Карбункулли (хусусий) тери куйдиргиси
 - ★ Тери эдематоз куйдиргиси: аввал шиш пайдо бўлади, сўнг касалликнинг кеч босқичларида некроз ривожланади ва ўлчамлари катта бўлган карбункул шаклланади
 - ★ Буллёзли тери куйдиргиси – карбункул соҳасида бир неча геморрагик пуфаклар юзага келиши билан кечади. Улар кеганда кенг майдонда некротик яралар юза ҳо бўлади
 - ★ Эризипелоидли тери куйдиргиси. Шишган, қизарган, лекин оғриқсиз бўлган тери соҳасида кўп сонли оқ пуфакларнинг вужудга келиши хос. Улар кеганда кўп сонли яралар қолади ва тезлик билан қурий бошлайди.
- Куйдиргининг септик шакли. Тери қоплами жароҳатлари иккиламчи септицемия билан асоратланиши мумкин. Тана ҳарорати қайтадан 40-41 °С гача кўтарилади, титроқ, кўп терлаш, кучли бош оғриғи, тахикардия пайдо бўлади, терида – кўп микдорда геморрагик тошмалар. Баъзи беморларда қон аралаш

қайт қилиш, тез-тез суюқ, қон аралаш нажас келиши кузатилади. Кучсизланган беморларда махаллий ўчоқли ўзгаришлар кузатилмасдан, жараён бирданига тарқоқ тус олади. Яширин даври бир неча соатларгача қисқаради. Куйдиргининг септик шакли одатда, юрак қон-томир етишмовчилиги белгилари яққол ифодаланган ҳолда, касалликнинг 2-3 кунда ўлим билан тугайди. Шартли тарзда ўпка ва ошқозон-ичак шакллари фарқланади ✦ Куйдиргининг ўпка шакли (жун ажратувчилар касаллиги) қобиқли тухумчалар (споралар) билан нафас олганда ривожланади ва ўта оғир кечади. Қисқа муддатли яширин даврдан сўнг, яққол интоксикация билан бир қаторда кўкрак қисиши ҳисси, тумов, йўтал, ёруғликдан кўрқиш, кўкракда кучли оғриқ, конъюнктива қизариши ва кўз ёши оқиши белгилари кучайиб боради. Тана ҳарорати тўсатдан 40°C гача кўтарилади, тахикардия, нафас етишмаслиги, цианоз, АБ пасайиши қайд этилади. Кечроқ зотилжам ривожланади ва у ўткир ўпка шиши ҳам эксудатли плеврит белгилари билан кечади. Балғамда (кўпикланувчи, қон аралаш, маймунжон желеси кўринишида) кўп миқдорда куйдирги таёқчалари аниқланади. Юрак қон-томир етишмовчилиги тез авж олиб борганида бемор касалликнинг 2-3 кунда вафот этади ✦ Куйдиргини ошқозон-ичак шаклига куйидаги клиник белгилар хос: беморларнинг бир қисмида ошқозон-ичак йўллари зарарланиши, бошқаларида эса – интоксикация белгилари етакчи ўринни эгаллайди. Умумий белгилар – тана ҳарорати кўтарилиши, қайт қилиш ва қон аралаш диарея, қоринда оғриқлар. Терида кўп ҳолларда геморрагик тошмалар ва иккиламчи пуфакчалар пайдо бўлиши. Баъзи ҳолларда чарвидаги лимфа тугунлари зарарланиши ва ичак парези оқибатида унинг тутилиши рўй беради. Ичак зарарланиши натижасида қорин парда яллиғланиши; ўз навбатида эса қорин бўшлиғига суюқлик йиғилиши, ичак девори тешилиши ва у перитонитга олиб келиши мумкин. Инфекцион-токсик шок белгилари ривожланганда бемор 3-4 кундан сўнг ҳалок бўлади.

Текширув усуллари • Оддий озиқ муҳитда экма орқали кўзғатувчининг ҳаракатчанлиги аниқланади, грамм бўйича бўялади ва биокимёвий хусусиятлари ўрганилади. Таркибида пенициллин тутган муҳитда ўстирилганда «дурли тасма» кўринишида бўлади. Лаборатор текширув учун: везикула таркиби, карбункул ажралмаси, қон, пешоб, балғам, нажас ва қусиқ олинади. Патологоанатомик текширувда аъзо бўлакчалари ёки у бутунлигича олинади. Барча намуналар зич беркитилган идишларга жойлаштирилади ва сақичланган бикс ёки тахта қутиларда жўнатилади • Шошилинч текширув – грамм бўйича бўялган клиник моддалар суртмаларини микроскопда кўриш • Якуний диагнозни аниқлаш учун лаборатор ҳайвонларга инфекция юктириш • Серологик текширувлар: КБР (комплемент боғлаш реакцияси), БГР (билвосита гемаглютинация реакцияси), ИФТ (иммунофермент таҳлили) • Кенг миқёсли текширувларда диагнозни аниқлаш учун тери синамалари (сустлашган турдаги ўта таъсирчанлик реакцияси) бажарилади; 0,1 мл. бактериал аллерген тери ичига юборилади. Ушбу соҳада 24 соат ўтганидан сўнг ўлчами 10 мм. дан кичик бўлмаган қизариш ва инфилтрат аниқланса ҳамда 48 соат ичида йўқолмаса – реакция ижобий саналади • Аскол реакцияси бактериологик текширувлар салбий натижа берганида кўзғатувчи Аг аниқлаш

имконини беради. Бемор ҳаёт вақтида бу реакцияни диагнозни аниқлаш учун ўтказиладиган бактериологик ва серологик усуллардан ҳеч қандай устунлиги йўқ.

Дифференциал диагностикаси • Стафилококк сабабли келиб чиққан фурункул ва карбункул • Ўлат • Туляремия • Сарамас (рожа) • Бошқа сабаблардан келиб чиққан сепсис.

Даволаш

- Эпидемиологик кўрсатма бўйича шифохонага ётқизиш • Антибиотиклар – бензилпенициллин 4 млн.бирликда ҳар 4 соатда 7-10 мобайнида, юқори таъсирчанликда эса – тетрациклин ёки хлорамфеникол • Куйдирги иммуноглобулини 20-80 мл/кунда м/о (аввал Безредко бўйича синама ўтказилади, миқдори жараён оғирлиги даражасидан келиб чиқиб буюрилади) – ҳамда касалликнинг барча шаклларида юборилади. Зардоб 1-2 кун ўтгандан сўнг қайта юборилиши мумкин • Дезинтоксикацияли даво: тузли ва коллоид эритмалар • Маҳаллий жараённинг сўрилишини тезлаштириш мақсадида бор кислотаси ёки пенициллин малҳами билан боғламлар қўйилади. Ўчоққа бензилпенициллин (прокаиннинг 0,5 % эритмасига 3000 ТБ аралаштириб) юборилади.

Профилактикаси

- Беморлар алоҳида хонага жойлаштирилиб, у доимий равишда дезинфекция қилиб борилади • Бемор тўлиқ соғайгандан ва яралари эпителий тўқимаси билан қопланганидан сўнггина касалхонадан чиқаришга рухсат берилади • Касалланган ҳайвон билан алоқада бўлган шахс 2 ҳафта мобайнида тиббий назорат остида бўлади. Антибиотиклар ва махсус иммуноглобулин билан профилактика ўтказилмайди • Хавфли гуруҳга кирувчи шахсларга кўзғатувчининг протектив А₂ билан фаол иммунлаш ўтказилади, бу ножўя реакцияларни юзага келтирмайди • Ветеринар – санитар тадбирлар: касалланган ва касалланиш хавфи юқори бўлган ҳайвонларни алоҳида сақлаш, ҳалок бўлган ҳайвон мурдалари ва зарарланган ашёларни (таглик, гўнг) ёқиб ташлаш, касалланган ҳайвонлар турар жойларини зарарсизлантириш, сув иншоотларини тозалаш, намлиги юқори уйларни қуриштириш. Мурдаларни ёқиш имкони бўлмаганда, анча узоқликдаги чуқурлиги 2 метрдан кам бўлмаган, қуруқ ва кимсасиз ерга кўмиш керак. Мурда ости ва устига қалинлиги 10 см. бўлган хлор чўкмасини солиш. Барча тадбирлар санитария меъёрларига амал қилган ҳолда бажарилиши шарт • Ҳайвон маҳсулотларини қайта ишлаш корхоналари устидан санитария назоратини ўрнатиш.

ХКК-10 • А22 Куйдирги.

ЎТКИР ТОШМА

ТОШМА

Тошмаларни морфологик турлари – терида рўй бераётган патологик жараёнларнинг ташқи ифодасидир. Пайдо бўлиш вақти, яллиғланиш жараёни ривожланиши ва бошқа таъсирлар остида (тери қичиши, иккиламчи инфекция ва х.к.) тошмалар бошланғич кўринишини ўзгартириши мумкин. Шунинг учун тошмаларнинг қайси бир касалликка хослиги ва қайси бирлари кейинги ўзгариш натижаси эканлигини ажрата билиш лозим. Бирламчи ва иккиламчи морфологик тошмалар фарқланади • Бирламчи морфологик тошмалар – ўзгармаган терида ҳо бўлган тошма. Бирламчи тури бўшлиқли ва бўшлиқсизга бўлинади. Бўшлиқсиз тошмаларга доғ, бўртма, тугунча, тугун, дўмбоқча киради. Бўшлиқли тошмалар, шиллиқли, қонли ёки йирингли таркибга эга бўлади. Уларга пуфакча, пуфак ва йирингча киради • Иккиламчи морфологик тошмалар – теридаги бирламчи тошма турларининг ривожланиб, ўзгариши натижасида юзага келади. Уларга гиперпегментация, дипегментация, қазғоқ, шилиниш, чақа, яра, ёрик, пўстлок, чандиқ, атрофия, лихенификация (дағалланиш) ва вегетация (тарқалиш) киради.

ТОШМАЛАРНИ БИРЛАМЧИ МОРФОЛОГИК ТУРЛАРИ

Доғ (*macula*) – тери ёки шиллиқ қаватнинг чегараланган соҳасида рангли ўзгариш хос. Доғ зичлиги бўйича соғлом теридан фарқ қилмайди ва атроф тўқимадан кўтарилиб турмайди. Яллиғланишли ва яллиғланишсиз доғлар фарқланади. Яллиғланишли доғлар теридаги қон томирларнинг кенгайиши билан ифодаланади, унга буюм ойнаси ёки бармоқ билан босиб кўрилганда йўқолади ва босим тўхтатилгач қайтадан пайдо бўлади. Ранги оқиш – пуштидан то кўкимтир-қизилгача. Ўлчамлари 2 – 2,5 мм. ли яллиғланишли доғлар – розеола, 2 – 3 см. ва ундан катта бўлса – эритема дейилади. Розеола чегараланган ёки бир – бирига қўшилиб кетган бўлиши мумкин, улар кўп ҳолларда юқумли касаллик белгиси бўлиб хизмат қилади.

Яллиғланишсиз доғларга яллиғланиш белгилари йўқлиги ва босиб кўрилганда йўқолмаслиги хос. Руҳий кўзғалиш, невротик реакциялар вақтида йирик тарқоқ ва тез йўқолувчи яллиғланиш хусусиятига эга бўлмаган доғлар – уят, ғазаб ва бошқалар эритемаси вужудга келади. Теридаги қон томирларнинг нотўғри ривожланишидан келиб чиққан доғлардан асосан гемангиома – майда вена ва капиллярларнинг ривожланиш нуқсони учрайди. Тери капиллярларининг турғун яллиғланишсиз кенгайиши билан асосланган доғлар теланги эктазиялар деб номланади. Томирлар девори ўтказувчанлиги ортганида ёки уларнинг жароҳатланишида геморрагик доғлар пайдо бўлади. Катталиги ва шакли бўйича улар: петехиялар (*petechiae*) - нуқтали қон қуйилишлар; пурпура (*purpura*) – 1 – 2 см. ўлчамдаги қон қуйилишлар; экхимозлар (*ecchymoses*)- кўндаланг ўлчами 2 см. дан катта қон қуйилишлар (*uibices*)га бўлинади. Геморрагик доғлар ранги 2 – 3 ҳафта мобайнида қуйидаги кетма кетликда ўзгаради: қизил, зангори, яшил, сарик, оч жигар ранг, тўқ – кул ранг. Геморрагик доғга босиб кўрилганда ранги ўзгармайди. Гиперпигментлашган доғлар терида меланин тўпланишидан ҳо бўлади. Туғма (кўп ҳолларда невус) ва орттирилган (фотодерматозлар, сепкил ва х.к.) гиперпигментлашган доғлар фарқланади. Терида меланин миқдори камайганда ёки умуман йўқолганида депигментлашган доғлар юзага келади. Туғма

(альбинизм) ва орттирилган депигментациялашган доғлар фарқланади. Яллиғланишсиз кечадиган доғларга бўёқларни сунъий йўл билан киритишдан ҳо бўлган доғлар (татуировка, касбий стигмалар) киради.

Пўрдоқ (*urtica*) – ўткир яллиғланишли, теридан бироз кўтарилиб турувчи, ўлчами 2-3 мм. дан 10 см. гача ва ундан катта бўлган бўшлиқсиз тошма, одатда тез ва изсиз йўқолади. Тери сўргичсимон қаватининг ўткир яллиғланишли чегараланган шиши ва бир вақтни ўзида капиллярлар кенгайиши оқибатида вужудга келади. Тошма маркази чиннидек оқ рангда чеккалари пушти – қизил ранга эга, қичишиш ва ачишиш билан давом этади. Пўрдоқ эшакемда Дюринг герпессимон дерматитида кузатилади.

Папула ёки тугунча (*papula*) – теридан кўтарилиб турувчи бўшлиқсиз қаттиқ ёки юмшоқ хусусиятга эга тошма. Папула яллиғланишли ва яллиғланишсиз бўлади. Чуқурлиги бўйича эпидерма, дерма ва эпидерма – дермаларга бўлинади. Катталиги турлича. Миллиар (1 – 1,5 мм.) лентикуляр (2 – 3 мм.), нуммуляр (2 – 3 см.) ва ўлчами катта папула – тури фарқланади. Папулалар шакли ва кўриниши турлича. Улар ясси, ярим ойсимон, конуссимон, полигонал ва бошқалар. Сатҳи лик ёки тангачалар билан қопланган бўлиши мумкин.

Дўмбоқча (*tuberkulum*) – теридан кўтарилиб турувчи зич ва чегараланган, ўлчами 1-2 мм. дан 10 мм. гача бўлган, пушти - қизил ёки кўкимтир - алвон рангли ҳоа. Улар дермада юқумли гранулёмага ўхшаш яллиғланишли инфильтрат тўпланиши натижасида ҳо бўлади. Дўмбоқчалар емирилиб ярани ҳо қилиши ёки инфильтрат бириктирувчи тўқима билан алмашилиши натижасида чандиқ ёки терининг чандиқли атрофияси юзага келиши мумкин.

Тугун (*nodus*) – дерманинг чуқур қатламларида ёки тери ости ёғ қаватида жойлашган думалоқ ёки овал шаклдаги зич, чегараланган, ўлчами 1см. дан 5 см. гача ва ундан юқори бўлган ҳоа. Тугунлар атроф теридан кўтарилиб туриши ёки пальпация орқали аниқланиши мумкин. Улар яллиғланишли ва яллиғланишсиз бўлади. Яллиғланишли тугунлар юқумли касалликлар (захм, ва б.), натижасида юзага келади, ранги оқиш пуштидан кўкимтир қизилгача ўзгариб туради; бундай тугунлар кўп ҳолларда ярага айланади ва чандиқ билан тугалланади, лекин изсиз сўрилиб кетиши ҳам мумкин. Яллиғланишсиз тугунлар терининг турли ўсмаларида ёки терида алмашинув маҳсулотлари тўпланиши оқибатида ривожланади.

Пуфакча (*vesicula*) – юза жойлашган (эпидермисда) ва атроф теридан бир оз кўтарилиб турадиган шиллиқли ёки шиллиқли - геморрагик таркибга эга бўлган, катталиги 3-5 мм. ли бўшлиқли ҳоа. Пуфакчалар экземада, дерматит, оддий пуфакчали темиртки (лишай) ва бошқаларда кузатилади.

Пуфак (*bulla*) – ўлчами 0,5 дан 5 см. гача ва ундан катта, шиллиқли, қонли, ёки йирингли таркибга эга бўлган бўшлиқли тошма. Пуфаклар мугуз қават остида, эпидерма ичи ёки унинг остида жойлашиши мумкин. Улар пуфакли импетигода, Дюринг герпессимон дерматитида, ўткир дерматитда учрайди.

Йирингча (*pustula*) – йирингли таркибга эга бўшлиқли тошма. Турлари: соч фолликуласи атрофида ривожланувчи пустула - фолликулит; соч фолликуласи билан боғлиқ бўлмаган юзаки пустула - фликтена; фолликулага боғлиқ бўлмаган

пустула, дермада ривожланувчи - эктима; ёғ безлари атрофида жойлашган йирингчалар – акне.

ТОШМАНИНГ ИККИЛАМЧИ МОРФОЛОГИК ТУРЛАРИ

Тери дисхромияси (dischromia cutis) – тошманинг сўрилган морфологик турлари ўрнида вужудга келган пигментация бузилишлари, гиперпигментация терида меланин миқдори ортиши ёки гемосидерин тўпланиши натижасида юзага келади. Терида меланин захираси камайиши иккиламчи гипо - ёки депигментацияга сабаб бўлади. Иккиламчи гипо - ёки депигментациялар изсиз йўқолади.

Тангача (squama) – қуйи эпидермик қавати билан алоқани йўқотган, мугуз қаватдан кўчган хужайралар тўплами. Тангачалар сийрак, енгил кўчадиган (псориаз, парапсориаз) ёки терига зич бириккан (қизил волчанка) майда пластинкали (қизамиқ, кипиқли темиртки), йирик пластинкали (скарлатина, токсикодермия) бўлиши мумкин.

Эрозия (erosio) – эпидермис қавати чегарасида тери нуқсони. Эрозия пуфакча, пуфак ёрилиши ёки тугунча юзасидаги эпителий бутунлиги бузилиши натижасида вужудга келади.

Чақа, экскориация (excoriatio) – терининг механик жароҳати оқибатида пайдо бўлувчи нуқсони.

Яра (ulcus) – эпидермис, дерма ва кўпинча қуйи тўқималарни ҳам қамраб олувчи терининг чуқур етишмовчилиги. Бирламчи тошма турлари (дўмбоқча, тугун, йирингча) емирилиши натижасида ривожланади. Қон – томир ўзгаришлари (атеросклероз, сурункали веноз етишмовчилиги) асосидаги трофик бузилишлар натижасида келиб чиққан тўқималар некрози оқибатида яралар вужудга келиши мумкин. Яра сўрилгандан сўнг, унинг ўрнида турғун чандиқ қолади.

Ёриқ (rhagas, fissura) – тери алоҳида соҳаларининг эластиклигини йўқолиши ва инфильтрацияси оқибатида вужудга келадиган бўйлама нуқсонлари (ёрилиши). Ёриқлар қуйидагича фарқланади: юза ёриқлар (fissurae) – эпидермисда пайдо бўлади ва изсиз йўқолади ва чуқур ёриқлар (rhagas) – эпидермисдан ташқари дерманинг бир қисмини, баъзан эса ундан чуқур тўқималарни қамраб олади ва чандиқ қолдиради. Ёриқлар асосан, табиий бурма ва чўзилиб турадиган соҳаларда (оғиз бурчаклари, бўғимлар сатҳида ва ҳ.к.) вужудга келади.

Пўстлоқ (crusta) – намланиб турувчи юза ажралмасининг қуриши оқибатида терида хо бўлади. Шиллиқли, йирингли ва қонли пўстлоқлар фарқланади. Уларнинг ранги қуриб бораётган ажралма хусусияти, унга аралашган чанг зарралари ва қўлланилган дори воситаларига боғлиқ бўлади. Пўстлоқлар юпка, ясси, қалин, учли, қаватли, зич, сийрак бўлиши мумкин. Аралаш хусусиятли тури – пўстлоқ – тангача, тангачалар экссудатни ўзига тортиб олган ҳолларда юзага келади.

Чандиқ (cicatrix) – терининг чуқур нуқсонлари ўрнини тўлдирувчи йўғон толали бириктирувчи тўқима битишмалари. Янги чандиқ пушти – қизил рангли, эскилари эса гиперпигментлашган ёки депигментлашган бўлади. Чандиқ атроф тери билан бир текисликда, ундан кўтарилган (гипертрофик чандиқлар) ва/ёки чуқурлашган (атрофик чандиқлар) бўлиши мумкин. Ярали жароҳатлар бўлмаган ҳолларда, юкумли гранулёмалар (, захмда) ёки катта инфильтратларнинг (қизил волчанка)

бириктирувчи тўқима билан алмашинуви натижасида чандикли ўзгаришлар – чандикли атрофия кузатилиши мумкин. Оддий чандиклардан фаркли ўларок, чандикли атрофияда бириктирувчи тўқима нисбатан оз миқдорда ва нозик бўлади. Бунда зарарланган тери ўта юпқалашиб кетади, тамаки қоғозига ўхшаб, енгиллик билан бурмага йиғилади.

Лихенификация (lichenificatio) – терининг дағаллашуви, зичлашуви, унинг нормал суратини кучайиши, гиперпигментация, қуруқлашиши, ғадир – будурлиги билан кузатиладиган ҳолат. Лихенификатлар нейродермит, сурункали экземада ва бошқа ҳолатларда кузатилади.

Вегетация (vegetatio) – дерманинг сўрғичли қавати ва эпидермиснинг тиканакли қаватлари бирикиб кетишидан ҳо бўлади. Тугунчалар, яллиғланишли инфильтрат, эрозиялар сатҳида ривожланиб, шокиласимон кўриниш касб этади. Уларнинг юзаси мугуз қават билан қопланган ёки эрозияланган бўлиши мумкин.

ХКК – 10 • R21 Тошма ва терининг бошқа специфик бўлмаган тошмалари.

ҚИЗАМИҚ

Қизамиқ – ўткир, юқори даражада юқумли бўлган касаллик бўлиб интоксикация, нафас йўллари катарал яллиғланиши, конъюнктивит, терида тарқоқ тугунчали тошмалар тошиши билан кечади.

Этиологияси. Кўзгатувчиси – парамиксовирус оиласига қарашли РНК – тутувчи вирус.

Эпидемиологияси. Қизамиқ – антропоноз. Инфекция манбаи – бемор, клиник белгилари юзага чиққунга қадар 1 – 2 кун мобайнида ва тошма пайдо бўлганидан бошлаб 4 кун давомида юқумли бўлади. Иммун танқислиги бор беморлар узок муддат вирус тарқатишлари мумкин. Қизамиқ – “парвоз этувчи” инфекция (кўзгатувчи ҳаво оқими билан узок масофаларга тарқалади).

Кўпроқ мактабгача ва мактаб ёшидаги болалар касалланадилар. Баъзида касаллик катталарда ҳам аниқланади. Ушбу инфекцияга мойиллик ўта – юқори.

КЛИНИК МАНЗАРАСИ

- Касалликни ривожланиш даврлари ✦ Яширин даври (7 – 17 кун; яширин даврнинг илк 5 кун ичида иммуноглобулин юборилган беморларда 21 кунга чўзилиши мумкин) ✦ Катарал (продромал) давр (2 – 7 кун) ✦ Тошма тошиш даври (3 кун) ✦ Доғ ҳо бўлиши ёки соғайиш даври (2 – 3 ҳафтагача).
- Диагностик белгилари ✦ Интоксикация синдроми: ✦ Тана ҳарорати кўтарилиши (одатда икки тўлқинли), юқори кўтарилганда талваса, алахсираш кузатилиши мумкин; асоратланмаган қизамиқда юқори тана ҳарорати тошма тошган вақтидан бошлаб 3 – 4 кун мобайнида давом этади ✦ Астеновегетатив белгилар: беҳоллик, бош оғриги, иштаҳа пасайиши, артериал гипотензия, тошма тошишининг 4 – 5 кун давомида кузатилади ✦ Катарал белгилар: икки томонлама конъюнктивит, склерит, блефарит; ринит – кўп миқдорда сероз – шиллиқли ёки йирингли хусусиятга эга ажралма ✦ Респиратор синдром: доимий қуруқ, кейинчалик нам йўтал; дисфония ва бўғилиш синдроми

ривожланиши; баъзан ичак фаолияти бузилиши ✦ Экзантема (тошма): доғсимон – папулёз, қизил, кўп сонли, тери ўзгармаган, ўзаро бирлашиб кетишга мойил бўлган; тана бўйлаб бир текис тарқалади. Тошма касаллик бошланганидан 3 кун ўтгач пайдо бўлади, 3 кун мобайнида маълум бир кетма кетликда тарқалади (юқоридан қуйига қараб, юздан бошлаб оёқларга “сирғалиб тушиши”), ўзига ёққан соҳага эга эмас ва айнан кетма – кетликда доғга айланиб боради. Тошмалар йўқолганидан сўнг терида майда кепаксимон пўст ташлаш кузатилади. Тошманинг баъзи бирлари геморрагик хусусиятга эга. Экзантема ривожланаётганда доим тана ҳарорати кўтарилади, бу қизамиқни доғсимон – папулёз тошмалар билан кечувчи бошқа касалликлардан фарқлаш имконини беради ✦ Бельский – Филатов – Коплик доғлари (оғиз шиллик пардасида иккинчи қуйи маляр тишлар қаршисида майда оқ тугунчалар) катарал даврда пайдо бўлади ва тошмалар чиққунга қадар сақланиб туради. Ёноқ шиллик қаватида атрофи қизарган, майда оқ нуқталар кўринишидаги тошмалар 80% ҳолларда қайд этилади ✦ Энантема (юмшоқ ва қаттиқ танглайнинг доғли қизариши): асосан катарал, баъзан тошма даврида кузатилади. Сўнгги икки белги қизамиққа жуда хос ҳисобланади.

- Яширин давр бошланишидан бир неча кун аввал ёки яширин даврнинг 1 ҳафтаси давомида иммуноглобулин юбориш, касалликнинг атипик, енгил кечишига сабаб бўлади (тошма барвақт пайдо бўлади, доғ қолдирмасдан йўқолади, интоксикация кузатилмайди).

Текшириш усуллари • Кўзгатувчини аниқлаш: тўқима муҳитларида вирусни чегаралаш – вирусологик усул (камдан – кам ҳолларда қўлланилади) • Серологик усуллар: КБР, АСР (гемагглютинацияни сусайтириш реакцияси) ларда АТ миқдори 4 маротаба ортиши, қизамиқ вируси Аг га IgM нинг ИФА реакцияси ижобий.

Дифференциал диагностика • Қизилча • Энтеровирус инфекцияси • Тўсатдан пайдо бўлган экзантема • Аллергик тошмалар • Скарлатина • Юқумли моноклеоз.

Давоси • 13 парҳез • Асоратланмаган қизамиқ белгилар бўйича даволанади • Бактериал асоратлар ва да – антибиотиклар • Бош мия шишида сийдик ҳайдовчи ва яллиғланишга қарши воситалар, мия қон томирларида қон айланишига ижобий таъсир этувчи препаратлар • Нафас етишмовчилигида – спазмолитиклар, оксигенотерапия, ГК.

Асоратлари • Энцефалит (менингоэнцефалит) • Полирадикулоневрит • Миелит • Интерстициал йирик ҳужайрали зотилжам • Тромбоцитопеник пурпура • Иккиламчи бактериал бронхитлар, зотилжам, отит, ларингит, стоматит, колитлар, кератитлар • Ним ўткир склерозловчи пан энцефалит • Тарқоқ склероз.

Профилактикаси • Соғлом болаларни 12 ойликдан бошлаб тирик аттенуирланган вакцина (бошқа преператлар таркибига кириши мумкин) билан эмлаш. Қайта эмлаш қизамиқ бўйича серонегатив бўлган болаларга мактабга чиқиш олдидан амалга оширилади. Бемор билан алоқада бўлгач, илк 3 кун давомида профилактик эмлаш бажарилиши зарур (бемор билан алоқада бўлгач 72 соат мобайнида). Баъзи шахсларда тирик зардоб юборилганда (инъекциядан 4 – 5 кун ўтгач) кўриниши касалликнинг енгил шаклига ўхшаш бўлган белгилар ривожланиши мумкин (бу

болалар атрофдагилар учун хавф туғдирмайди) • Профилактанинг муқобил усули бемор билан алоқада бўлганда (илк 5 кун давомида) – одам меъёрий иммуноглобулини (0,25 мл/кг., 15 мл.дан ошмаслиги керак) 1 ёшгача бўлган болалар, иммун танқислиги аниқланган беморлар ва ҳомиладор аёлларга юборилади. ОИВ юққан болалар илгари эмланганидан қатъий назар, 0,5 мл/кг. миқдорда иммуноглобулин олишлари лозим • Мактаб ва боғчалардаги болалар орасида бемор аниқланганда, улар 17, иммуноглобулин юборилганда эса 21 кунга ажратиб қўйилади • Карантин эмланганлар, қизамиқ билан касалланиб ўтган ва катта ёшдагиларга жорий этилмайди • Касалланиб ўтган шахсларга эмлаш ўтказилмайди (турғун иммунитет ривожланганлиги учун).

ХКК – 10 • В05 Қизамиқ.

ҚИЗИЛЧА

Қизилча – ўткир вирусли касаллик, қисқа муддатли тана ҳарорати кўтарилиши, доғсимон ёки доғсимон – папулёз тошма тошиши ва лимфа тугунлари катталашуши (кўпроқ энса соҳасида) билан кечади.

Этиологияси. Кўзғатувчи *Togaviridae* оиласига мансуб РНК – тутувчи вирус.

Эпидемиологияси. Инфекция манбаи – бемор ёки ташувчи. Бемор биринчи белгилар пайдо бўлишидан 2 – 3 кун аввал ва касалликнинг 7 кун мобайнида юқумли ҳисобланади. Қизилча билан туғилган чақалоқлар йил мобайнида хавфли бўлади. Барча ёшдаги кишилар касалланадилар, аммо камдан – кам ҳолларда 1 ёшгача бўлган чақалоқларда қайд этилади. Инфекцияга мойиллик юқори. Орттирилган қизилча ҳаво – томчи, туғма эса – йўлдош орқали тарқалади.

Анамнез. Орттирилган қизилчада – касаллик бошланишидан 11 – 21 кун илгари бемор билан алоқа. Туғма қизилчада – ҳомиладор аёлнинг қизилча билан касалланган бемор билан алоқада бўлиши ёки ушбу ҳомиладорлик вақтида қизилча билан касалланганлиги.

Клиник манзараси • Орттирилган шакли ✦ Ўзгармаган терида розеоласимон ёки розеолёз – папулёзли, асосан оёқ – қўл бўғимларининг ташқи юзаси атрофида жойлашган, бир – бирига қўшилиб кетмайдиган (дискрет) тошмалар. Тошма касалликнинг биринчи кун бутун тана бўйлаб бир вақтни ўзида тарқалади ва 2 – 3 кун ўтгач, иссиз йўқолади. Ушбу синдром касалликка хос лекин доим пайдо бўлавермайди (касаллик экзантемасиз ривожланиши мумкин бу ҳолатни илгари касалланмаган аёлга инфекция юққанда, ҳомиладорликни сақлаш тўғрисида қарор қабул қилаётганда ҳисобга олиш лозим) ✦ Енгил ифодаланган интоксикация (мушакларда оғриқ, тана ҳароратининг кўтарилиши, беҳоллик) ✦ Бурун – ҳалқум шиллик қаватида енгил катарал белгилар (бурундан шиллик ажралиши билан кечадиган ринит) ✦ Энантема пайдо бўлиш эҳтимоли (юмшоқ ва қаттиқ танглайни доғли қизариши) ✦ Бўйин, қулоқ олди ва энса лимфа тугунлари катталашуви, пайпасланганда бир оз оғриқли бўлиши • Туғма шаклининг клиник кечиши ✦ Аёлнинг ҳомиладорликни илк 16 ҳафтасида касалланиши (айниқса 8 – 10 ҳафтагача) ҳомиланинг ҳалок бўлишига, ёки эмбрио– ва фетогенез жараёнининг

оғир бузилишлари натижасида ривожланиш аномалиялари шаклланишига олиб келиши. Грегг белгилар учлиги – кўзнинг зарарланиши (катаракт, ретинопатия, микрофтальм, глаукома, хориоретинит) карлик, юрак – томир тизими ривожланиш нуқсонлари (очиқ артерия йўли, бўлмачалараро ва қоринчалараро тўсиқ нуқсонлари, ўпка артериялари гипоплазияси) – ҳозирги вақтда камдан – кам учрайди ва кўп ҳолларда улар яқка ҳолда кузатилади. Марказий нерв системаси зарарланиши (микро ва макроцефалия), суяк тизимида ривожланиш нуқсонлари юзага келиши мумкин ✦ Ҳомилага ҳомиладорликнинг кечки муддатларида (16 ҳафтадан сўнг) инфекция ўтганида туғма нуқсонлар пайдо бўлиш хавфи катта эмас. Асосан енгил яқка ҳолдаги нуқсонлар ёки яллиғланиш жараёнлари юзага чиқади. Улар орасида ҳаёт учун катта хавф туғдирадигани менингоэнцефалит ҳисобланади • Болаларда касаллик енгил ва асоратларсиз кечади. Оғир ва асоратли шакллари асосан катталарда қайд қилинади.

Текшириш усуллари • Вирусни аниқлаш ✦ Вирусологик усул – бурун шиллиғидан олинган биологик ашёни эмбрионал тўқималарга экилганда вирусни чегаралаш усули • Вирус Аг га АТ аниқлаш ✦ КБР (комплементни бириктириш реакцияси) ва нейтраллаш реакциясида қизилгача қарши АТ аниқлаш ва улар титрининг 4 марта ва ундан ортиқ кўтарилиши ✦ Латекс – агглютинация ва ИФА реакцияларида қизилчага қарши АТ аниқлаш. Туғма қизилчани аниқлашда қизилчага қарши IgM ва Ig микдорининг турғун юқори эканлиги катта аҳамиятга эга • Лаборатор усуллар одатда қизилча ташҳисини ҳомиладор ва чақалоқларда тасдиқлаш ва енгил кечувчи, субклиник шакллари аниқлаш учун қўлланилади.

Дифференциал диагностикаси • Қизамиқ • Энтеровирус инфекция • Бирданига тошган экзантема • Аллергик тошмалар • Скарлатина • Иккиламчи захм.

Давоси – белгилар бўйича олиб борилади • 13 парҳез • Туғма шаклида – ривожланиш нуқсонларини хирургик усул билан даволаш.

Асоратлари • Сероз менингит ва энцефалитлар (касалликнинг 4 – 7 кунни қайд этилади, кечиши нисбатан ижобий) • Авж олувчи қизилча панэнцефалит ва неврологик белгиларни кучайиб бориши (эс – хушнинг бузилиши, атаксия, талваса хуружлари).

Профилактикаси • Тирик аттенуирланган зардоб билан (турли препаратлар таркибига кириши мумкин) 12 – 15 ойлик чақалоқларни эмлаш, қайта эмлаш 6 ёшида амалга оширилади. Иммунитети бўлмаган туғиш ёшидаги аёлларни эмлаш мақсадга мувофиқ • Болалар жамоаларида касаллик ҳолатлари юзага келганда – 7 кунга карантин. Алоқада бўлган шахслар алоҳида чегараланмайди. Ҳомилага инфекция юқиш хавфи юқори бўлганида (касаллик ҳомиладорликнинг биринчи уч ойлигида ривожланишида, касалликка хос сероконверсия) ҳомиладорликни тўхтатиш тавсия этилади.

ХКК – 10 • В06 Қизилча (немислар қизамиғи).

СКАРЛАТИНА

Скарлатина – стрептококкли юқумли касаллик турларидан бири, умумий интоксикация, ангина ва терида ўзига хос тошма билан ўткир кечади. Кўзгатувчиси – А гуруҳига мансуб β – гемолитик стрептококк, эритроген токсин ишлаб чиқаради.

Эпидемиологияси. Юқиш йўллари – ҳаво томчи ва алоқа орқали. Инфекция манбаи – стрептококк инфекциясининг турли клиник шакллари билан касалланган бемор (кўп ҳолларда скарлатина билан). 3 – 9 ёшли болалар энг кўп касалланадилар.

КЛИНИК МАНЗАРАСИ

- Касаллик кечиш даврлари ✦ Яширин давр (1 – 12, кўп ҳолларда – 2 – 7 – кун) ✦ Белгилар авж олган давр (5 – 10 кун) ✦ Соғайиш даври (10 – 15 кун).
- Диагностик синдромлари. Скарлатинага хос бўлган белгилар учлиги ✦ Интоксикация синдроми (бош оғриғи, тана ҳарорати кўтарилиши, қайт қилиш) ✦ Касалликнинг дастлабки 2 кун давомида пайдо бўлувчи тошма (скарлатинани бошқа ўхшаш экзантема билан намоён бўлувчи касалликлардан фарқлашда муҳим белги) ✦ Тошма қизарган терида майда нуктали қизил экзантема кўринишида тошади ✦ Тошмалар бир неча соат мобайнида тарқалиб кетади ✦ Асосан қўлнинг букилувчи юзаси, оёқ ички сатҳида, қорин пастки соҳаларида жойлашади, терининг табиий бурмаларида тўпланади; тошма юзда ёноқ ва пешона қисmlарига тошади ва оғиз – бурун учбурчагига тошма тошмайди (Филатов белгиси) ✦ Милиар ва петехияли тошмалар пайдо бўлиши мумкин. Тошманинг бошқа турлари скарлатинага хос эмас (дифференциал диагностик белги) ✦ Тошма 3 – 7 кун сақланиб туради ва доғ қолдирмасдан йўқолади ✦ Тошма оқибати: қипикланиши, оёқ ва қўл бармоқлари учларида йирик кўчаётган пластинка кўринишида – яққол кўзга ташланиши; бу ҳолат 2 – 3 ҳафта мобайнида сақланиб туради ва ушбу муддат ичида скарлатина диагнозини аниқлаш учун асос бўлади ✦ Ангина синдроми ✦ Катаралдан токи некрозгача бўлиши мумкин, кўпинча бодомча безларида йирингли жараён қайд этилади (фолликуляр ёки лакунар ангина) ✦ Тонзиллит, юмшоқ танглайнинг аниқ чегараланган, ёрқин гиперемияси ва регионал лимфа тугунлар реакцияси билан давом этади.
- Тилдаги ўзгаришлар: касалликнинг дастлабки 3-4 кун қалин оқ қараш билан қопланади, кейин тезлик билан тозаланиб алвон рангга киради, сўрғичлари кенгаяди (малинали тил).
- Скарлатина юраги (касалликнинг 2-3 ҳафтасида ривожланади): юрак тонлари бўғиқлашган, нафас аритмияси, юрак чўққисида систолик шовқин. Енгил жисмоний юкланишда (зўриқишда) функционал ўзгаришлар тўлиқ йўқолади.
- Экстрабуккал скарлатина (жароҳат, куйиш, туғрукдан сўнг) ривожланиши мумкин, касалликка хос бўлган ангина синдроми кузатилмайди: тошма асосан инфекцияни кириш дарвозаси атрофида жойлашади. Касалликнинг бу шакли кам ҳолларда қайд этилади, бошқа юқумли касалликлар истисно қилингандан сўнг диагноз қўйилади.

Текшириш усуллари • Оғиз бўшлиғи шиллиқ қавати микрофлораси стрептококкга бой бўлганлиги сабабли, бўғиз шиллиқ қавати экмасидан

кўзгатувчини аниқлаш юқори диагностик аҳамиятга эга эмас • Қон таҳлили: лейкоцитоз, нейтрофилёз, формуланинг чапга жиши билан, ЭЧТ ортиши.

Дифференциал диагностика • Стафилококк инфекцияси • га ўхшаб кечувчи ҳолат (псевдотуберкулёз) • Ангина.

Давоси • Пенициллин гуруҳига мансуб антибиотиклар ичилади ёки парентерал ёшга мос миқдорларда 5 – 7 кун мобайнида буюрилади • Йирингли асоратларда аралаш антибактериал терапия • Аллергик асоратларда яллиғланишга қарши ва антигистамин препаратлар.

Асоратлари • Отит • Синусит • Мастоидит • Артрит • Нефрит • Миокардит.

Профилактикаси. 3 – 9 ёшдаги болалар касалланганда 22 кун, қолган барча ҳолларда – 10 кун давомида, болалар боғчалари ва мактабларга юборилмайди. Болалар боғчаси ёки мактабнинг 2 синфигача бўлган гуруҳларида касаллик юзага келганда, 7 кунга карантин белгиланади. Скарлатина билан касалланган бемор амбулатор даво олаётганда, у билан алоқада бўлган болалар 17 кун мобайнида болалар гуруҳларига қўйилмайди.

ХКК – 10 • А38 Скарлатина.

ЮҚУМЛИ МОНОНУКЛЕОЗ

Юқумли мононуклеоз – ўткир юқумли касаллик бўлиб, унга ретикулоэндотелиал ва лимфа тизими жароҳатланиши, иситма, тонзиллит, полиаденит, жигар ҳамда талокнинг катталашуви, лейкоцитоз, базофил мононуклеарлар ортиши хос.

Этиологияси. Кўзгатувчи – *Herpesviridae* оиласи *Gammaherpesviruses* турига мансуб Эпштейн – Барр вируси (ЭБВ); моноцитоз синдроми келиб чиқишида 90% ҳолларда сабаб бўлади; В – лимфотроп хусусиятга эга. Кўзгатувчининг ҳужайрага таъсири натижасида, унинг хавфли шаклга ўзгаришини ҳисобга олиб, – Беркетт лимфомасининг Африка шакллари, бурун – ҳалқум карциномаси, шунингдек ОИТС билан касалланган беморларда тукли лейкоплакия каби касалликларнинг келиб чиқишида ушбу вируснинг иштироки (канцероген сифатида) тахмин қилинади.

Эпидемиологияси • Инфекциянинг ягона манбаи бемор • Асосий юқиш йўли – ҳаво – томчи (кўпинча сўлак билан, масалан ўпишганда), баъзан трансфузия (қон қуйилганда) ва жинсий йўл билан юқади • Бирламчи инфекциядан сўнг 18 ой мобайнида вирус одамдан ташқи муҳитга ажралиб туради • Кам тарқалганлигига сабаб – аҳоли ўртасида иммунитетини бўлган кишиларнинг (50% дан юқори) кўплиги • 15 – 20 ёшли шахсларда кўп учрайди (60 – 90% серопозитив) • ОИТС билан касалланган беморларда ЭБВ нинг қайта фаолланиши ҳар қандай ёшда рўй бериши мумкин • Ижтимоий – иқтисодий шароити паст бўлган ҳудудларда 4 ёшдаги болаларнинг 50 – 85% да реакция серопозитив. Ижтимоий – иқтисодий шароити ўрта даражадаги жойларда мактабгача ёшдаги болаларнинг 14 – 50% серопозитив.

Патогенези • Инфекция ўчоқлари ва вируснинг бирламчи кўпайиш соҳаси – бўғиз ва оғиз – ҳалқум шиллиқ қавати • Кўзгатувчининг кўпайиши маҳаллий

яллиғланиш реакциялари ривожланиши билан давом этади • Вируснинг лимфа тўқимасига танлаб таъсир этиши натижасида тарқоқ лимфааденопатия, жигар ва талокнинг катталашуви кузатилади • Лимфоид ва ретикуляр тўқималар митотик фаоллигининг ортиши периферик қонда атипик мононуклеарлар пайдо бўлишига олиб келади • Вируснинг узок муддат танада айланиб юриши сурункали мононуклеозга ва иммунитет сусайганда инфекциянинг қайта фаоллашувига сабаб бўлади • Қўзғатувчи реактив Т – хужайралар атипик лимфоцитлар фаоллашуви ва уларнинг плазмоцитларга айланиш жараёнларини кучайтиради, ушбу плазмоцитлар гетерофил АТ лар ишлаб чиқаради, улар вирусга кам таъсир этади, лекин турли муҳитлар, жумладан ҳар хил ҳайвонлар эритроцитлари билан ўзаро таъсирга эга. Бунда вирус геноми В – лимфоцитларга яширин шаклда сақланиб қолиши мумкин. Айнан шундай яширин инфекция аҳолининг кўп қисмида учрайди.

КЛИНИК МАНЗАРАСИ

- **Тез – тез учрайдиган белгилари** (мононуклеоз белгилари йиғидиси) ✦
 Ҳароратнинг юқори бўлиши ва кучли интоксикация, кўпинча узок муддат сақланиб туради ✦ Лакунар – фолликуляр ёки фибрин – некротик тонзиллит, кўп миқдорда ипир - ипир оқ қараш билан қопланган. У шпател ёрдамида енгил олинади ва ойнада енгиллик билан суркалади; дифтериядан фарқли ўлароқ қараш бодом безларидан ташқарига чиқмайди ✦ Назофарингит (бурун орқали нафас олишнинг ёмонлашиши, овознинг бўғилиши ва уйқу вақтида хуррак отиш) ✦ Асосан бўйин лимфа тугунлари катталашади ✦ Гепатоспленомегалия.
- Кам кузатиладиган белгилари ✦ Кам миқдордаги доғли ёки доғли - папулёз тошмалар (кўп ҳолларда ампицилин билан даволангандан сўнг) ✦ Кўз шиллик пардаси ва терининг бир оз сарғайиши, сийдик рангининг ва жигар фаолияти синамаларининг ўзгариши.

ЛАБОРАТОР ТЕКШИРУВЛАР

- Қоннинг умумий таҳлили: енгил лейкоцитоз, лимфамонцитоз касалликнинг 4 – 5 кунидан бошлаб (баъзан кечроқ муддатларда), периферик қонда атипик мононуклеарлар – кенг ҳалқали базофил бўялган протоплазма ва вакуоллашган бир ядроли хужайраларнинг пайдо бўлиши ва миқдорининг қўпайиши.
- Серологик усуллар билан текшириш ✦ Бемор зардобида ҳайвон эритроцитига нисбатан АТ аниқлашга асосланган гетерогемагглютинация реакцияларида гетерофил АТ ни аниқлаш (Гофф – Бауэр, Паул – Буннел, ва Давидсон ўзгартириш киритган Паул – Буннел, Ловрик – Вольнер ҳамда Томчик реакциялари). Усуллар етарлича сезгир ва (4 ёшгача бўлган бемор болаларнинг кўп қисмида ва катта ёшдагиларнинг 10% да гетерофил АТ йўқ), мукамал эмас. Чунки синама 1 йил муддатгача мусбат бўлиши мумкин ва ўз навбатида ҳақиқий касалликдан далолат бермайди ✦ Бевосита иммунофлюоресценция (Хенле реакцияси) ва ИФА реакцияларида вирусга қарши маҳсус АТ ни аниқлаш. Учта Аг ядроли, эрта ва капсид Аг га қарши АТ аниқлаш клиник аҳамиятга эга ✦ Аввал ядроли Аг га қарши АТ аниқлаш мақсадга мувофиқ. Уларнинг мавжудлиги касалликнинг ўткир даврини истисно қилади, чунки касаллик бошланганидан 1,5 – 12 ой ўтгач пайдо бўлади. Топилмаганда эрта Аг

ва капсид Аг қарши АТ аниқланади ва вирус кўпайганлиги кўрсатгичи ҳисобланиб ўз навбатида ўткир жараён белгиси бўлиб хизмат қилади. Эрта Аг жумладан IgG га АТ касаллик бошланган заҳотиёқ кўп миқдорда пайдо бўлади, шу сабабдан АТ лар умумий йиғиндиси кузатуви касаллик мобайнида қайд этилмайди ва кўш зардоб текшируви ўтказилиши мақсадга мувофиқ эмас ✦ Болаларда касаллик аста – секин ривожланганида капсид Аг га IgM бўлмаслиги мумкин ✦ ЭБВ сабабли юзага келган ўткир инфекция далили – беморда капсид Аг ва эрта Аг га қарши АТ аниқланиши ва ядроли Аг қарши АТнинг мавжуд эмаслиги.

Дифференциал диагностикаси • Цитомегаловирус инфекцияси • Дифтерия • Қизилча • Аденовирус инфекцияси • ДВ нинг ножўя таъсирлари • Стрептококкли фарингит • Вирусли тонзиллит • А ва В гепатит вируслари • Токсоплазмоз • Лимфома • Лейкоз • Листерия.

Давоси • Касалликнинг ўткир даврида ётоқ режими • Тана ҳарорати юқори бўлганида – наркотик бўлмаган анальгетиклар: парацетамол; Рей синдроми ривожланиши хавфини ҳисобга олиб, ацетилсалицил кислотасини қўллаш тавсия этилмайди • Бактериал суперинфекцияда – антибиотиклар. Аллергик реакциялар ривожланиш хавфи юқори бўлганлиги сабабли, ампициллин қўллаш ман этилади (кўпроқ экзантема тошади) • Яққол умумий токсик ва лимфопротрофиератив синдромда – ГК (преднизолон кунда 40 – 80 мг. 5 – 7 кун мобайнида аста – секин камайтириб борилади) • Талоқ ёрилганда – спленэктомия.

Асоратлари • Талоқ ёрилиши (беморларнинг 0,1% – 0,5% да) • Гемолитик камқонлик (енгил даражаси) • Тромбоцитопеник пурпура • Коагуляция • Қон ивиш хусусиятининг бузилиши • Апластик камқонлик • Гемолитик уремик синдром • Тутқаноқ хуружлари • Мияча синдромлари • Кўрув нерви неврити • Рей синдроми • Кўндаланг миелит • Гийен – Барре синдроми • Психоз • Перикардит • Миокардит • Нафас йўллари обструкцияси • Зотилжам • Плеврит • Гепатит/жигар некрози • Мальабсорбция • Дерматит • Эшакем • Кўп шакли эритема • Кескин ифодаланмаган гематурия/ протеинурия • Конъюнктивит • Эписклерит • Увеит • β – гемолитик стрептококк ва стафилококк таъсирида юзага келган иккиламчи бактериал инфекциялар • Менингит • Орхит • Паротит (тепки) • Моноартрит.

Кечиши ва прогнози • Иситма одатда илк 10 кун ичида йўқолади • Лимфаденопатия ва спленомегалия 4 ҳафта мобайнида сақланади • Камдан – кам ҳолларда ўлим билан тугайди • Ўлим сабаби – энцефалит, нафас йўллари обструкцияси, талоқ ёрилиши.

Синонимлари • Мультигрануляр аденоз • Лимфоид хужайрали ангина • Хавфсиз ўткир лимфобластоз • Юқумли лимфомононуклеоз • Безли иситма • Идиопатик безли иситма • Пфейффер касаллиги • Пфейффер безли иситмаси • Тюрк касаллиги • Филатов касаллиги.

Қисқартма. ЭБВ – Эпстайн – Барр вируси.

ХКК-10 • В 27 Юқумли мононуклеоз.

ОДАМ ИММУНТАНҚИСЛИГИ ВИРУСИ – ИНФЕКЦИЯСИ ВА ОРТТИРИЛГАН ИММУНТАНҚИСЛИГИ СИНДРОМИ

ОИВ – инфекцияси (ОИВ) – антропоноз вирусли инфекция бўлиб, унга иммун танқислигининг секин – аста зўрайиб бориши ва бунинг натижасида иккиламчи юқумли касалликлар ҳамда ўсмалар ривожланиши ҳамда бемор ўлими билан тугаши хосдир. Касалликнинг сўнгги босқичида иммун тизимида мутлақо орқага қайтмас ўзгаришлар содир бўлиб, орттирилган иммун танқислиги синдроми (ОИТС) номи билан маълум. **Учраши:** ҳозирги пайтда ОИВ – инфекция билан оғриш пандемия характерини касб этиб, бу муаммо глобал фалокат даражасига етмоқда. Айрим маълумотларга кўра ер курраси аҳолисининг ҳар 100 тадан битта катта ёшлиси ОИВ – инфекцияни юқтирган. БМТнинг ОИТС тўғрисидаги ахборотларида инфекция 2000 йил бошига келиб 16,3 миллион инсон умрига зомин бўлган. Яна 33,6 миллион киши ОИВ ни юқтирган. Биргина 1999 йилда уни юқтирганлар сони 5,6 миллион кишига етган. Бутун дунёда, шу жумладан Ўзбекистонда ҳам ушбу касалликка чалиниш ҳоллари кўпаймоқда. Шунинг учун ҳам умумий амалиёт врачлари ОИВ – инфекцияси тўғрисида тўлиқ маълумотга эга бўлиши лозим.

Этиологияси. Кўзгатувчиси – *Retroviridae* оиласидаги вирус бўлиб, 56⁰ С да 30 минут ичида ўлади, аммо паст ҳароратга чидамли: Этанол, эфир, ацетон ва оддий дезинфекцияловчи воситалар таъсирида нобуд бўлади. Қонда ва бошқа биологик муҳитларда оддий шароитда бир неча кун давомида тирик қолади. Вируснинг 2 тури маълум • ОИВ – 1 Шимолий ва Жанубий Америка, Европа, Осиё, Марказий, Жанубий ва Шарқий Африкада тарқалган • ОИВ – 2 касаллик кўзгатувчанлиги пастроқ бўлган вирус; кам ҳолларда ОИТСнинг типик намоён бўлишига олиб келади; касалликнинг асосий кўзгатувчиси Ғарбий Африкада кенг тарқалган.

Эпидемиологияси. Юқиш манбаи – юқумли жараённинг ҳар қандай босқичидаги бемор одам. Вирус қондан, спермадан, қин суюқлигидан, она сутидан (бу суюқликлар вируснинг ўтиш йўлини белгилайди), тупукдан юқади. Жинсий, парентерал, трансплацентар, она сути ўтиш йўллари бўлиб хизмат қилади. **Хавф гуруҳи** • Гомосексуал ва бисексуал эркаклар, фоҳишалар (43 %) • Вена орқали наркотик қабул қилувчи гиёҳвандлар (31 %) • Гетеросексуаллар (10 %) • Трансплантация қилинадиган аъзолар, қон ва унинг бошқа таркибий қисмлари, реципиентлар (2 %) • Гемофлияга чалинган беморлар (1 %).

Охирги вақтларда айниқса фоҳишалар орасида ОИВ – инфекциясига чалинганлар сони кескин ортиб бораётганлиги кузатилмоқда.

Классификацияси • I босқич – инкубация даври • II босқич – дастлабки аломатлар босқичи ✦ А фазаси – ўткир инфекция даври (мононуклеозсимон синдром) ✦ Б фазаси – белгисиз (латент) даври ✦ В фазаси – оғир, йириклашган лимфаденопатия даври • III босқич – иккиламчи касалликлар кўшилган босқич. Клиник белгиларига кўра қуйидаги босқичларга бўлинади ✦ А – тана вазнининг 10 % гача камайиши, тери устки қатламлари ва шиллиқ пардаларнинг замбуруғ, бактериял ёки вирус таъсирида шикастланиши ✦ Б – тана вазнининг 10 % дан кўп камайиши, тери ва шиллиқ пардаларнинг ёки ички аъзоларнинг қайталанувчи ва

барқарор замбуруғли, бактериал ва/ёки вирусли шикастланиши, бир ойдан ортиқ сабабсиз ич кетиши ва иситмалаш, қайталанувчи ўраб олувчи темирлатки, ўпка и, чегараланган Капоши саркомаси ✦ В – кахексия, ҳар хил этиологияли тарқалган инфекциялар, ўпкадан бошқа аъзоларнинг ҳам и, атипик микобактериоз, пневмоцист пневмония, қизилўнгач кандидози, марказий асаб тизими шикастланиши • IV – терминал босқич.

ПАТОГЕНЕЗИ

Касалликнинг **патогенези** мураккаб бўлиб, вирус таъсирида инсон организмида чуқур иммун ўзгаришлар содир бўлади.

КЛИНИК МАНЗАРАСИ

Инкубация даври (I – босқич) 2 – 6 ҳафтадан бир неча ойгача (аксарият ҳолларда) баъзан эса бир неча йил давом этади. Беморда касаллик белгилари кузатилмайди.

Илк белгилар даври (II босқичи) – касаллик белгиларининг тўлқинсимон клиник намоён бўла бориши • Ўткир инфекциянинг бошланғич А фазаси ✦ 15 % ҳолларда моноклеозсимон белгилар (ўткир ретровирус синдроми) ривожланиши: тана ҳарорати 38° – 39° С гача кўтарилади, тарқалган периферик лимфаденопатия кузатилади, фарингит ҳолати (томоқ оғриши, ютишда катарал ўзгаришлар), экзантема (эритематоз доғлар занжири юз ва танада, баъзида кафт ва товон соҳасидаги бармоқларда) ва қонда атипик моноклеарлар пайдо бўлади ✦ Бир вақтнинг ўзида оғиз бўшлиғи шикастланишлари – афтоз стоматит, эзофагит, жинсий аъзолар шиллик пардаларида яралар. Беморни бош оғриғи, миалгия ва артралгия, диспептик ҳолатлар (кўнгил айнаши, қайт қилиш, ич кетиши) безовта қилиши мумкин ✦ Айрим беморларда тил оқариши, гепатоспленомегалия аниқланади. Оз ҳолларда А фазада тана вазни камайиши қайд этилади, неврологик бузилишлар: асептик менингит, менингоэнцефалит, нейро- ёки радикулопатия, невритлар ва парез каби ўзгаришлар кузатилади. ОИВ сабабли ўткир ёки нимўткир энцефалит юзага келиши мумкин. А фаза бир неча кундан 3 – 4 ҳафтагача давом этади • Клиник белгилар камайиши ёки йўқолиши билан (латент) Б фаза бошланади. У бир неча ойдан бир неча йилгача давом этиши мумкин. Бу фазада ҳали кўзга кўринарли иммун танқислиги кузатилмайди, диагнозни фақат лаборатория текширувида специфик Аг ёки АТ вирусларини аниқлаб қўйиш мумкин • Тарқалган лимфаденопатия – В фаза, касалликнинг қолган барча босқичларида сақланиб қолади. Тананинг юқори қисм (диафрагмадан юқорида) аъзоларидан камида учтасида лимфатик тугунлар шикастланган ҳолдагина ОИВга гумон қилиш мумкин. Катта ёшли беморларда лимфатик тугунлар диаметри камида 1 см., лимфаденопатия пайдо бўлиш давомийлиги эса 2 ойдан ортиқ бўлиши керак • Кўпчиликда илк клиник белгилар кузатилмай, ОИВ – инфекцияси иккиламчи касалликлар қўшилган даврига қадар латент кечади. II босқичнинг умумий давомийлиги 2 – 3 ойдан 8 – 10 йилгачадир.

Иккиламчи касалликлар даври (III) иммун танқислигининг ошиши, натижада инфекциялар ривожланиши ва айрим онкологик касалликлар пайдо бўлиши билан характерланади • А фазаси – озиш (вазнинг 10% гача), тери устки қатламлари ва шиллик пардаларнинг замбуруғ, бактериал ва/ёки вирус таъсирида зарарланиши (оддий ва ўраб олувчи герпес, себореяли дерматит, терининг йирингли

шикастланиши, афтоз стоматит, кандидоз, тирноқларнинг замбуруғли шикастланиши ва бошқалар) кузатилиди • Б фазасида вазни йўқотиш 10% дан ошади, тери ва шиллиқ пардалардаги ўзгаришлар қайталанувчи ва барқарор бўлади. “Сабабсиз” ич кетиши кўшилиб, кунида 3 ва ундан кўпроқ марта ҳожатга чиқилади ва/ёки 1 ойдан ортиқ иситмалаш бўлади. Диарея этиологик жиҳатдан кўпроқ криптоспоридия ёки инсон учун унчалик патоген бўлмаган оддий микроблар билан боғлиқ. Бундан ташқари, беморда ўпка и, қайталанувчи ўраб оладиган темирлатки, чегараланган Капоши саркомаси аниқланиши мумкин • В фазаси: кахексия, онкологик жараёнлар ривожланиши (Капоши дессиминацияланган саркомаси, хавфли лимфомалар), марказий асаб тизими шикастланишлари (деменция, энцефалит, периферик полиневропатия ва бошқалар) кўшилади. Этиологияси бўйича ғоят турлича бўлган инфекциялар авж олиб кетади ва аксарият ҳолларда аралаш кўринишда кечади.

Терминал давр – бемор ўлимигача давом этади.

ОИВ – инфекция ва ОИТСга шубҳа бўлганда умумий амалиёт врачлари беморларни зудлик билан тегишли ихтисослаштирилган тиббиёт муассасасига юбориши лозим.

Ёндош касалликлар • Заҳм ОИВ инфицирланганларда оғирроқ кечади • касаллигига чалинган беморлар ОИВга текширилади ёки бундай имконият бўлмаганда ОИВ инфицирланган беморларда ни даволаш усули бўйича комплекс даволанади.

ТЕКШИРИШ УСУЛЛАРИ. Диагностика алгоритми: ИФА (ОИВга бирламчи АТ ажратиш мусбат) натижасида - иммуноблоттинг ташхисни тасдиқлаш учун. Иммуноблоттинг манфий натижасида қонни ПЗР усули бўйича реплицирланган вирусни аниқлаш мақсадга мувофиқ.

• Қаттиқ фазали ИФА ОИВга антителаларни аниқлайди.

✦ ИФА усулида АТ қонда зарарланган вақтдан тахминан 2 ойдан кейин аниқланади.

✦ Антигенемияни модифицирланган иммунофермент синамаси ёрдамида қон зардобидида р 24 А₂ аниқланади, кислота билан ишлов қилинганда иммунокомплекс парчаланиб Аг ажралиб чиқади.

• Вестерн – блоттинг (иммуноблоттинг) ОИВ – инфекциясини тасдиқлаш учун қўлланилади. Бу усул ёрдамида қон зардобидидаги специфик АТ аниқланади ва тасдиқловчи синама бўлиб ҳисобланади. Натижалар р 24, р 31, гр 41, гр 120 га АТ аниқлангандан сўнг мусбат саналади.

✦ Учта гуруҳдан 2 та антигенли реакция тавсия этилади. Р24, гр 41, гр 120/160 ноаниқ натижаларда тажриба 3 ва 6 ой ўтгач қайтарилади. р 24га қарши АТ юктирилгандан 6 хафта ўтгач пайдо бўлади (р 120 ва гр 41 га қарши АТ олдинроқ топилади). АТ инфекциянинг бирламчи кўринишларида одатда йўқ бўлганлиги сабабли хавфлилиги юқори бўлган гуруҳга мансуб серонегатив беморлар 6 хафта ўтгач синамадан қайта ўтишлари зарур. Камдан кам ҳолатларда сероковерсия 1 йил ва ундан кўпроқ вақт ўтгач ривожланиши мумкин. р24 Аг синамаси 4-6 ойлик касаллик юқган 85-95% болаларда мусбат бўлади. Камроқ ҳолларда 4 ойдан кичик болаларда ҳам Аг топилади.

- ✦ ОИВ инфекциясининг охириги босқичларида серологик текширув натижалари ёлгон манфий бўлиши мумкин, бу АТ титрининг пасайиши ва сезгир иммунокомпитент хужайраларнинг умумий камайиши сабабли кўзғатувчининг бир қанча кичик популяцияларини шаклланиш даражаси ҳисобига бўлиши мумкин.
- ✦ АТ аниқлаш усули янги туғилган чақалоқларда ОИВ инфекциясининг диагностикасида яроқсиз ҳисобланади чунки она IgGси бола зардобидида бир ёшгача ва ундан кўпроқ бўлади.
 - Муқобил текширув усуллари:
- ✦ Виремия хужайра култураси (экмасини) *in vitro* ва ПЗР усулида бемор қонида аниқланади.
- ✦ Вирусни *in vitro* ажратиш ва ПЗР генетик кўзғатувчиларини аниқлаш. Натижалар 35-55 % инфицирланган ёши бир хафталикдан кам бўлган чақалоқларда мусбат бўлади ва 90-100% 3-6 ойлик болаларда кузатилади.
- CD-4 лимфоцитлар миқдори камайишини аниқлаш.
- ✦ Лейкоцитлар фаоллик маркерини аниқлаш, масалан Т лимфоцитлар фаоллашганда ажраладиган (β_2 микроглобулин, ИЛ-2 эрийдиган рецептори, эрийдиган CD-8) ва моноцитлар фаоллашганда ажраладиган молекулалар (неоптерин).
- ✦ β_2 миоглобулин ва миоптерин миқдорини доимий ошиб бориши симптоматик инфекцияни кучсиз ривожланишига хосдир. CD-4 хужайраларини миқдорини ва β_2 микроглобулин ёки неоптерин миқдорининг ошиши ёки CD4⁺ хужайралари камайиши ва Ag p24 нинг аниқланиши ОИТС ривожланишини башорат қилишга ёрдам беради.
 - Токсоплазмозга серологик текшириш. 80% ҳолларда CD4⁺ хужайраларини 100/мкл. ва ундан кам миқдоригача камайгандан сўнг токсоплазмоз ривожланади.
 - ОИВ мусбат аёлларда анал тешиги атрофидаги териси биопсияси, чунки улар ОИВ инфекция ривожланишига кўпроқ мойилдирлар.

ДАВОЛАШ

Олиб бориш тамойили

- Имкон бориша олдин ўтказилган касалликлар ва уларни ривожланганлиги тўғрисида кўпроқ маълумот йиғиш.
- Беморнинг ҳар бир аъзо ва тизимларини чуқурроқ текшириш, бунда сабабсиз узок вақт иситмалаш, ич кетиш, тана вазнининг камайиши, аденопатия, оғиз бўшлиғида яралар, дисфагия, йўтал, нафас олиш сонининг кўпайиши, ҳаракатда ҳансираш, теридаги тошмалар, синуситлар мавжудлигига эътибор бериш.
- Текширишлар сони беморнинг клиник кўриниши, руҳий ҳолати ҳамда иммун тизим функцияси ва дори воситаларининг салбий таъсирларини назорат қилиш заруриятига кўра аниқланади.
- Беморнинг врачга кейинги ташрифи вақтида барча аъзолар тўлиқ ва синчиклаб физикал текширувдан ўтказилади.
- Т-хелперлар миқдори касаллик босқичига қараб ҳар 3-6 ойда кузатиб борилади.
- Кўзғатувчининг репродукция фаоллиги сифатли ПЗР орқали аниқланади.

● ОИВ инфицирланган аёлларда бачадон бўйни раки ривожланиш хавфи ошиши кузатилади. Ҳар 6 ойда ёки ундан тезроқ Папаниколау буйича суртмалар олиш зарур.

Этиотроп даволаш ● Тез ривожланувчи резистентликни олдини олиш учун бир вақтда иккитадан кам бўлмаган дори қўлланилади. Дори воситаларини кўплаб ножўя таъсирларини ҳисобга олиш лозим.

● ОИВ қайта транскриптаза ингибиторлари ♦ Зидовудин 500-1500 мг/кунда 4-6 марта. CD-4⁺ ҳужайраларини >500/мкл.; хомиладор ОИВ серопозитив аёлларга (хомиладорликнинг 14 ва 34 чи хафтаси орасида), ОИВ билан зарарланган одамларга (масалан игна билан укол қилинганда), ОИВ инфицирланган оналардан туғилган 6 хафтагача бўлган болаларга тавсия этилади. Кучли нейтропенияда, Нв концентрацияси пасайганда қарши кўрсатма ҳисобланади. Даволашнинг биринчи 3 ой давомида ҳар икки хафтада қонни текшириш тавсия этилади, сўнгра бир ойда бир марта текшириш лозим.

♦ Залцитабин бир кунда 3 марта 0,75 мг.дан; касалликнинг охириги босқичларида тавсия этилади. (Зидовудин самарасиз ёки кўтара олмаганда монотерапия ёхуд зидовудин билан биргаликда). Ножўя таъсири ривожланганда (анемия ва нейтропенияда) дори воситаси берилмайди ёки даволаш схемаси ўзгартирилади. Переферик невропатияда, панкреатит, сурункали юрак етишмовчилиги, кардиомиопатияларда ўта эҳтиёткорлик билан қўлланилади. Даволаш давомида қоннинг умумий таҳлили ва биохимик текширувлари тавсия этилади ♦ Диданозин ҳар 12 соатда овқатдан 30 минут олдин 125-200 мг.дан берилади. Азидотимидин билан биргаликда самарали. Ножўя таъсири: панкреатит, кўнгил айниши, қайд қилиш, қориндаги оғриқлар, диспепсия, переферик невропатия ва бошқалар. Панкреатит белгилари юзага келганда даволанишни тўхтатиш лозим. Анамнезида панкреатит бўлганда, спиртли ичимликлар суистеъмол қилинганда, буйрак функцияси бузилганда эҳтиётлик билан қўлланилади. Таркибида магний ёки алюминий бўлган антацидлар ножўя таъсирни кучайтиради. Тетрациклин билан бир вақтда бериш тавсия этилмайди.

● Протеаза ингибиторлари (қайта транскриптаза ингибиторлари билан қўлланилганда самарали) ♦ Саквинавир кунда 3 марта 600 мг.дан. 13 ёшгача бўлган болаларга тавсия этилмайди. Ножўя таъсирлари: бош оғриғи, миалгия, тошмалар, қичишиш, оғиз бушлиғи шиллик қавати яралари, кўнгил айниш, ич кетиш ва бошқалар. Жигар ва буйрак зарарланганда эҳтиётлик билан қўлланилади. Зардобда дори концентрациясини кетоконазол оширади, рифампицин эса пасайтиради ♦ Индинавир кунда 800 мг.дан 3 маҳал берилади. Жигар етишмовчилигида, нефролитиазда кетоконазол билан биргаликда кунда 600 мг.дан уч маҳал буюрилади, болаларга тавсия этилмайди. Дори воситаси ичилганда кунда 1,5 л.дан кам бўлмаган суюқлик ичиб туриш лозим. Нефролитиаз белгилари пайдо бўлишини текшириб туриш зарур.

Ко-тримоксазол, флукозанонол, изониазид, кларитромицин, перорал контрацептивлар билан бирга қўлланилиши мумкин. Рифампицин билан бирга тавсия этилмайди.

Оппортунистик инфекциялар профилактикаси

● Зотилжамлар, *Pneumocystis carinii* билан чақирилган, – анамнезда пневмоцистоз бўлган барча беморларга; $CD4^+$ хужайралар $< 200/мм.^3$ (катталарда) ёки ноаниқ генезли иситмалашда ва кандидозда ♦ Танлов воситаси – ко-тримоксазол (18,75 – 25 мг/кг. сульфаметоксазол, 3,75-5 мг/кг. триметопримлардан ҳар 6 соатда) зидовудин билан бирга қўлланганда доим қонни текшириш зарур ♦ Бемор ко-тримоксазолни кўтара олмаганда ёки резистентликда – дапсон, ичишга.

● Зотилжамлар *Streptococcus pneumoniae* билан чақирилганда – пневмококкли зардоб (пневмо 23) ҳар 5 йилда.

● Гриппли инфекцияда А ва В тур вируслар билан чақирилганлари – гриппга қарши ҳар йилги эмлаш.

● Криптококкли менингит – касалликнинг фаол турини даволаш учун амфотерицин В, бирламчи профилактикаси ёки рецидивларини олдини олиш учун флуконазол.

● Церебрал токсоплазмоз – пириметамин ва сульфадиазин натрий (ёки клиндамицин); бирламчи профилактика учун ко-тримоксазол.

● Микобактерияли инфекцияда ♦ *Mycobacterium tuberculosis* билан чақирилган инфекция, – изониазид бир йил давомида ҳар кун ♦ *Mycobacterium avium-intracellulare* билан чақирилган инфекцияда, – рифампицин (ОИТС белгилари бўлган ёки $CD4^+$ -хужайралар $< 200/мм.^3$ дан камайган беморларда).

● ЦМВ – хориоретинитда – ганцикловир.

● Болалардаги бактерияли ва вирусли суперинфекцияларда – ойига бир марта в/и иммуноглобулин (этиотроп терапия олмайдиган, инфицирланган болаларга).

Кечиши ва прогнози. Белгиларсиз давридан сўнг 80-100% беморларда симптоматик ОИВ инфекция ривожланади, 50-100% га яқин беморлар яққол клиник ОИТС ривожланишига маҳкумдирлар. ОИВ инфекцияни ОИТСга ўтгандан сўнг ҳаёт давомийлиги 2-3 йилдан ошмайди. $CD4^+$ - лимфоцитлар миқдори 200/мкл. дан камаймагунча ОИТС (оппортунистик инфекциялар ҳам) кўпинча ривожланмайди. ОИВ инфекцияда Т-хелперлар сони 50-80/мкл/йил тезлик билан камаяди, айниқса 200/мкл. га етганда улар сони жуда тез пасаяди.

Профилактикаси ● Жамиятни никоҳсиз жинсий алоқалар, фоҳишабозлик, гомосексуализмга бўлган муносабатини ўзгартириш ● Ёшларда ахлоқ, маъсулият ва гигиеник кўникмаларни шакллантирилиши ● Аҳолига тўғри жинсий муносабатларни ўргатиш: жинсий шериклар сонини чегаралаш ва презервативлардан фойдаланиш ● Тиббий муассасаларда шприцларни, игналарни ва қолган асбобларни ишлатиш қоидалари ва стерилизацияни тўғри бажариш ● Гиёҳвандликка қарши курашиш. Гиёҳвандлик воситаларини в/и қабул қилувчи наркоманлар қайта аниқланган ОИВ инфицирланганлар орасида асосий қисмни ташкил этади ● ОИВ – инфекцияси ва ОИТС олдини олишда умумий амалиёт варачи фаолияти алоҳида ўрин тутишини унутмаслигимиз лозим.

ХКК-10 ● **В20** ОИВ келтириб чиқарган, юқумли ва паразитар касалликлар кўринишида кечувчи касаллик ● **В21** ОИВ келтириб чиқарган, ёмон сифатли ўсмалар кўринишида кечувчи касаллик ● **В22** ОИВ келтириб чиқарган, бошқа аниқланган хасталиклар кўринишида кечувчи касаллик ● **В23** ОИВ келтириб

чиқарган, бошқа ҳолатлар кўринишида кечувчи касаллик • **B24** ОИВ келтириб чиқарган, аниқ бўлмаган касаллик.

ПУШТИ ТЕМИРАТКИ

Пушти темиратки – ўткир дерматоз гуруҳига мансуб бўлиб, баданда, бўйин ва оёқ-қўлларнинг юқори қисмларида кўп миқдорда, майда қипиқланувчи пушти ранг доғлар бўлиши билан характерланади. Аксарият ҳолларда куз-қиш вақтида пайдо бўлади. Кўп тарқалган тери касалликларидан бири; ўз – ўзидан тузалади. **Ҳавф омиллари**: юқумли касалликлар, узоқ муддат совуқ қотиш. **Учраши**. Дерматологга мурожаат қилувчи беморларнинг 5%. Асосан ўрта ёшли аёлларда, баъзан болалар ва кекса ёшдагиларда ҳам учрайди.

Клиник манзараси • Жараён бирламчи она доғ хо бўлиши билан бошланади, у ўзидан кейинги тошмаларга нисбатан катта ўлчамга эга (2 – 6 см.) ва кўпинча баданда, ўмров ва курак соҳаларида жойлашади. 7 – 10 кун, баъзан ундан кўпроқ вақт ўтгач, кўп миқдорда ўлчами 1 – 2 см. гача доғли ёки бир оз кўнғир тусли тошмалар пайдо бўлади, юзасида қипиқланиш яққол кўринади. Доғларнинг бўйлама ўқлари терининг чўзилувчанлик йўналишини кўрсатувчи Лангер чизиқлари бўйлаб жойлашади • Тошмалар қўлтиқ ости ва чов соҳаларида сонларнинг ички ва билакларнинг букилувчи юзаларида аниқланади. Катталарда одатда юз териси, бошнинг сочли қисми, қўл ва оёқ панжа териси шиллиқ қаватлар зарарланмайди • Қичишиш – енгил ёки умуман бўлмайди • Пушти темираткининг типик кўринишда кечадиган тури билан бир қаторда бошқа хиллари ҳам мавжуд ✦ Уртикар тури ✦ Пуфакчали (везикулёз) тури ✦ Тугунчали (папулёз) тури ✦ Видал гардишли ҳалқасимон темиратки ёки пушти бахайбат темиратки – темираткининг энг кам учрайдиган тури, оз миқдордаги қизил ёки пушти рангли, атрофи қипиқланиш ҳалқаси билан ўралган катта ўлчамли тошмалар (диаметри 8 см. гача), шунингдек узоқ муддат кечиши билан характерланади; мустақил равишда ёки тошмалар билан бирга пайдо бўлиши мумкин.

Текширув усуллари • Қон таҳлили: енгил лейкоцитоз ва эозинофилия • Серологик текширув, захми истисно қилиш мақсадида • Тери биопсияси: Лангерганс хужайраларига кўшни бўлган кератиноцитларнинг цитолитик дегенерацияси билан борадиган яллиғланиш.

Дифференциал диагностикаси • Токсидермия • Трихофития • Заҳм розеоласи • Псориаз • Парапсориаз • Экзема • Ясси темиратки • Бадан дерматомикози.

ДАВОСИ

Умумий тавсиялар • Сув муолажаларини олмаслик ва совуқ қотишни олдини олиш • Иккиламчи инфекция ривожланишидан сақланиш мақсадида тозалikka риоя қилиш • Тузланган овқатлар, зираворлар ва қуюқлашган шўрваларни чеклаш • Инсоляциялар • Дори терапияси – фақат симптоматик.

Дорилар билан даволаш • Яллиғланиш реакцияси ва қичишиш кузатилганда – маҳаллий: ялпизли малҳамлар (0,25 – 1%) • Кучли қичишишда – преднизолон 10 мг. кунда 4 марта қичишиш йўқолгунга қадар қабул қилинади (бекор

қилинаётганда миқдори аста-секин камайтириб борилади) • Антигистамин воситалар • Яллиғланишга қарши дорилар (салицилатлар, индометацин) • Кальций пантотенат.

Асоратлари • Даволаш нотўғри олиб борилганда экзема ривожланиши мумкин • Иккиламчи инфекция.

Прогнози. Одатда бемор 4 – 6 ҳафта мобайнида соғаяди. Камдан – кам ҳолларда, даволаш нотўғри ўтказилиши оқибатида тошмалар 3 ойдан ортиқ сақланиб туриши мумкин.

Синонимлари • Жибер пушти темираткиси • Жибер касаллиги • Қипиқланувчи розеола.

ХКК – 10 •L42 Пушти питириаз [Жибер питириази].

ЭШАКЕМ

Эшакем (лотинча *urtica* – газанда ўт, крапива) бир гуруҳ касалликларининг умумий номланиши. Асосий клиник белгиси – тери юзасидан кўтарилиб турувчи ва аниқ чегараланган, ўлчамлари бир неча миллиметрлардан бир неча сантиметрларгача катталиқдаги ва қичишувчи пўрдоқ эритемали, ўтиб кетувчи тошмалар.

ХКК – 10: L50 Эшакем (L50.0 – аллергик, L50.1 – идиопатик, L50.2 – паст ёки юқори ҳарорат таъсиридан юзага келган, L50.3 – дермографик, L50.4 – тебранишли, L50.5 – холинергик, L50.6 – контактли, L50.8 – бошқа сабаблар, L50.9 – аниқланмаган).

ЭПИДЕМИОЛОГИЯСИ

- Аллергик патологиялар тизимида эшакемнинг учраши 15,3 – 31% ташкил этади.
- **Ўткир эшакем** аҳолининг 10 – 20% да ҳаётида ҳеч бўлмаганда бир маротаба юзага келади (тезликда ва ўз – ўзидан йўқ бўлганида беморлар тиббий ёрдам сўраб мурожаат қилмайдилар). Ўткир эшакем кўп ҳолларда навқирон ёшдагиларда қайд этилади.
- **Сурункали қайталанувчи эшакем** кўпинча ўрта ёшли аёлларда учрайди. Болаларда кам учрайди, беморларнинг фақат 5% 16 ёшгача бўлганлардир.

ПРОФИЛАКТИКАСИ

- Аллергик эшакем зўрайиши олдини олиш – беморни ўргатиш (қуйига қаранг).
- Бемор мавжуд аллергия тўғрисида бошқа мутахассис – шифокорларга (уларга мурожаат қилганда) маълумот бериши лозим.
- Жисмоний эшакем билан ҳаста беморлар ушбу омиллар таъсиридан эҳтиёт бўлишлари керак.

КЛАССИФИКАЦИЯСИ

Эшакем кечиш давомийлиги, патогенетик ўзгаришлари бўйича классификацияланади. Шунингдек, ирсий ва бошқа шакллари ажратилади.

Кечиш муддати бўйича ўткир ва сурункали (6 ҳафтадан ортиқ) эшакем.

Патогенетик классификацияси

- Иммунологик – аллергик (озиқ – овқат маҳсулотлари, дори воситалари, трансфузия реакциялари оқибатида)

- Анафилактоидли – псевдоаллергик (озик – овқат маҳсулотлари, дори воситалари, шу жумладан аспирина қарамлик).
- Жисмоний ♦ Дермографик эшакем ♦ Босим, тебраниш, қуёш нури, иссиқ, совуқ таъсиридаги, холинергик эшакем ♦ Ирсий тебранишли шиш, доғли эшакем.

Ирсий шакллари • Ирсий ангионевротик шиш (*Ангиневротик шишига* қаранг) • Протопорфирин алмашинуви бузилиши • Шнитцлер синдроми (эшакем, амилоидоз, карлик) • Ирсий совуқ эшакем • Комплементнинг С3b – фаоллаштирувчи этишмовчилиги.

Эшакемнинг бошқа турлари: папулёзли, юқумли, васкулит, паронепластик, рухий, эндокрин.

ДИАГНОЗИ

АНАМНЕЗИ

- Бемордан сўраб – суриштириш.
 - ♦ Тошмаларни изохлаш - доимо бир хил, фақат ўлчам ва миқдори ўзгаради.
 - ♦ Ангионевротик шиш мавжудлиги.
 - ♦ Тошмалар пайдо бўлган соҳаларда қичишиш.
 - ♦ Мазкур эшакем ҳолатининг муддати (6 ҳафтадан кам ёки ортиқ).
 - ♦ Битта тошма “хаёти” нинг давомийлиги (24 – 36 соатдан кам ёки ортиқ).
 - ♦ Изсиз йўқолади ёки ўзидан сўнг доғ, томир сурати, қипиқланиш қолдиради.
 - ♦ Антигистамин ДВ самараси.
 - ♦ Тошмалар пайдо бўлиши даврийлиги (сутканинг қайси вақтида, ҳайз олдидан).
 - ♦ Қўзғалишнинг аспирин ва/ёки ЯҚНДВ қабул қилиш билан боғлиқлиги.
 - ♦ Касаллик тарихида аллергия ҳасталиклар мавжудлиги.
 - ♦ Эшакем қўзғалишида жисмоний таъсирларнинг аҳамияти.
 - ♦ Касаллик ривожланишига олиб келиши мумкин бўлган омилларни қайд этиш (ЎРК, ДВ қабул қилиш, рухий зўриқиш, овқатланиш, иқлим ўзгариши ва ҳ.к.).
 - ♦ Эшакем ёки уртикар дермографизмнинг оилавий тарихи.
 - ♦ Ўткир эшакем 6 ҳафтагача давом этади, кўп ҳолларда ҳаётда бир мартаба юзага келади.
 - ♦ Қайталанувчи ўткир эшакем кўпинча атопия билан боғлиқ (озик – овқат маҳсулотлари, дори воситалар ва ҳ.к.).
 - ♦ Сурункали эшакем (6 ҳафтадан ортиқ давом этади).
 - ♦ Сурункали эшакем сабаблари аниқланмаган ҳолларда, у идиопатик ҳисобланади.

ФИЗИКАЛ ТЕКШИРИШ

- Диагноз қўйиш учун кўрикнинг ўзи етарли. Лаборатор тасдиқ касаллик сабабини аниқлаш учунгина талаб қилинади.
- Асосий элемент – атроф теридан аниқ чегараланган, оз ёки кўпроқ қизарган эритемали пўрдоқ, ўлчамлари бир неча миллиметрдан бир неча ўн

сантиметрларгача (тарқоқ) бўлади. Дермографик эшакемда элемент шакли ва ўлчами шикаст етказувчи буюм (таёқча, боғлам ва ҳ.к.) изини такрорлайди.

- Барча тошмаларнинг 24 – 36 соатда сўрилиши хос.
- Асосий элемент ҳар қандай соҳада жойлашиши мумкин.
- Эшакем билан касалланган беморларнинг учтадан иккитасида ангиневротик шиш ривожланади (*Ангиневротик шишга* қаранг).
- Атопиянинг бошқа белгилари (бронхоспазм, ринит, конъюнктивит).
- Артериал босим ва юрак уриш тезлигини назорат қилиш.
- Тана ҳароратини ўлчаш.
- Периферик лимфа тугунлар, жигар, талоқ ўлчамларини аниқлаш.
- Ўпка, юрак аускультацияси.
- Қоринни пайпаслаш йўли билан текшириш.
- Анафилактик реакция белгиларини аниқлаш (*Анафилактик шокга* қаранг).

ЛАБОРАТОР ТЕКШИРУВЛАР

Лаборатор текширувлар касаллик сабабини аниқлаш учун зарур. Ўткир эшакем ҳолати лаборатор диагностика ўтказилишини талаб қилмайди.

СУРУНКАЛИ ВА ҚАЙТАЛАНИБ ТУРУВЧИ ЎТКИР ЭШАКЕМ ДИАГНОСТИКАСИ

- Аллергияни истисно қилиш.
- Жисмоний эшакемга шубҳа туғилганда ўтказиладиган синамалар жадвалда келтирилган.
- Сурункали эшакемни аниқлаш учун аутологик зардоб билан *in vivo* ва *in vitro* синамалар ўтказиш тавсия этилади.

ЭШАКЕМ БИЛАН КАСАЛЛАНГАН БЕМОРАЛНИ ТЕКШИРИШНИНГ ТАХМИНИЙ БОСҚИЧЛАРИ

Сурункали идиопатик эшакемда асосий лаборатор текширувлар

- Қоннинг клиник таҳлили.
- Сийдикнинг умумий таҳлили.
- Уртикар васкулитга гумон қилинганда тери биопсияси.
- Сурункали қайталанувчи идиопатик эшакемда куйидагиларнинг сабабчи эканлигини истисно қилиш учун катта ҳажмда текширувлар ўтказилади: сурункали инфекция ўчоқларини аниқлаш (бактериал, вирусли, замбуруғли), эндокрин патологияси аутоиммун касалликлар, гижжалар, ларанеоплазиялар, вегетатив фаолият бузилишлари. Куйидаги текширувларни ўтказилади: ♦ Қоннинг биокимёвий таҳлили (СРО, умумий оқ, умумий ва бевосита билирубин, АЛТ, АСТ, қон зардобиди глюкоза, ревмосинамалар) ♦ Нажасни бактериологик текшируви ♦ Оғиз ҳалқум шиллиқ қавати ва бошқа сурункали инфекция ўчоқларидан бактериологик экма олиш ♦ Паразитларга текшириш (копровоцистоскопия, токсокара, эхинококк, описторхос, трихинелла Аг га АТни аниқлаш) ♦ Вирусологик текширув: вирусли гепатит маркёрлари ♦ Қорин бўшлиғи аъзолари УТТ.

ДИФФЕРЕНЦИАЛ ДИАГНОСТИКАСИ

- **Уртикар васкулит:** ЭЧТ, СРО миқдори ортиши, тошмалар узоқ муддат (36 соатдан ортиқ) сақланиб туриши, тизимли белгилар (артралгия, миалгия) ва гипокомплементемия кузатилиши мумкин.

Клиник кўриниши ва биопсия уртикар васкулитни сурункали эшакемдан фарқлаш имконини беради.

- **Кўп шакли, тугунли ва мустахамланган эритема:** тошмалар узоқ муддат (36 соатдан ортиқ) сақланиб туради, қичишиш енгил ёки умуман бўлмайди. Тизимли патология, инфекция билан боғлиқ.
- **Анафилаксия реакциялари:** атопия белгилари (бронхоспазм, ринит, конъюнктивит в.х.к.). Касаллик тарихида аллерген таъсири ва ундан сўнг қисқа муддат ўтганлиги. Аллергенлар билан ўтказилган тери синамалари ижобий, аллерген – мос IgE – АТ лар аниқланади.
- **Алоқа таъсирдан келиб чиққан эшакем:** пуфак юзага келтирувчи омил таъсир этган соҳада пайдо бўлади. Аллерген таъсири остида ва беморда юқори таъсирчанлик бўлганда нафас йўллари ва кўз шиллиқ пардалари зарарланиши мумкин. Масалан, латексга аллергия хос.
- **Ҳомиладорларда қичишиб турувчи доғ ва уртикар тугунчалар** ҳомиладорликнинг III уч ойлигида учрайди, туғруқдан сўнг йўқолади.
- **Қичима:** пуфакларсиз эритема ва қирилишлар билан кечади. Холинергик эритема ва қичишиш келиб чиқиш сабаблари худди холинергик эшакем каби, аммо уртикарларсиз. Холинергик қичишиш ва эритема холинергик эшакемга айланиши мумкин.
- **Жисмоний эшакем** – жисмоний омиллар таъсирдан келиб чиқувчи сурункали эшакем тури. Босим таъсирдан сўнг пайдо бўлган эшакем кўпинча қичишиш билан эмас, балки оғриқ билан кечади, антигистамин ДВ таъсир этмайди.
- **Гижжаларда** эозинофилия кузатилади. Стронгилоидоз ва филяриатоз эшакем ангионевротик шиш билан давом этади. Тринхиниллёз кўз соққаси атрофи шиши билан бошланиши мумкин.
- **Думбоқчали бўлмаган ва думбоқчали пемфигоиднинг яширин даврида** қонда эозинофилия, базал мембранага қарши IgE, АТ лар миқдори ортиши аниқланади. Диагноз тери биопсияси орқали тасдиқланади.

МУТАХАССИС МАСЛАҲАТИГА КўРСАТМАЛАР

- Аллерголог: қайталанувчи ўткир ва сурункали зўрайиб борувчи эшакемда
- Дерматолог: тошма турини аниқлаш, уртикар васкулитга шубҳа туғилганида тери биопсияси ўтказиш учун
- Ревматолог: тизимли патологияга гумон қилинганда
- Онколог: онкологик жараён тахмин қилинган тақдирда
- Паразитолог: паразитларни аниқлаш ва аниқлангандан сўнг
- Эндокринолог: аутоиммун териоидит аниқланган холда
- Мавжуд касалликларнинг эшакемга сабаб – оқибат ва алоқаси бор йўқлигини аллерголог аниқлайди.

ДАВОЛАШ

Даво мақсади

- Эшакемни ўткир ва сурункали шакллариининг белгиларини бартараф этиш.
- Сурункали эшакемда дори – дармонли ремиссияга эришиш учун тўғри терапияни танлаш.

ШИФОХОНАГА ЁТКИЗИШГА КЎРСАТМАЛАР

- Ҳиқилдоқ соҳасида ўткир эшакем ва ангионевротик шишнинг оғир шакллари, асфиксия хавфи.
- Эшакем билан давом этаётган барча анафилаксия реакциялари.
- Сурункали эшакем ва ангионевротик шишнинг амбулатор даво таъсир этмаётган оғир шакллари.

ДОРИЛАРСИЗ ДАВОЛАШ

- Гипоаллерген парҳез – тахмин қилинувчида (касаллик тарихи ёки синамаларда тасдиқланган) ёки аниқ бўлганларда.
- Қатъий элеминация парҳези 1 ой мобайнида самара бермаганда уни бекор қилиш тавсия этилади.
- Озиқланиш кундалигини ёзиб бориш.
- Аспирин ва НЯҚДВ қабул қилиш тавсия этилмайди.

ЎТКИР ЭШАКЕМДА ЁКИ СУРУНКАЛИ ЭШАКЕМ ЗЎРАЙГАНИДА ДОРИЛАР БИЛАН ДАВОЛАШ

- Антигистамин ДВ – эшакемни даволашда асосий ҳисобланади.
- Сурункали эшакемни даволашда қўлланилади.
- Қисқа муддатли седатив таъсирга эга антигистамин дори воситаларини седатив бўлмаганлари билан биргаликда қўллаш мумкин.

Эшакем шакли	Синама
Дермографик	Билакни таёқча билан чизиқли таъсирлантириш
Холинерик	1. Жисмоний машқлар: тез – тез юриш – 30 минутгача; бир жойда югуриш – 5 – 15 минут. 2. Иссиқ ваннага (40 – 45 ⁰ С) 10 – 20 минутгача ўтириш. 3. Метахолин билан маҳаллий фармакологик синама
Чегараланган иссиқликка	Иссиқ сувли 50 – 55 ⁰ С идишда 5 минутга.
Совуққа**	1. Билак соҳасига муз бўлагини 10 – 15 минутга қўйиш. 2. Совуқли холинерик эшакемни аниқлаш учун совуқда (4 ⁰ С) 15 дақиқа мобайнида жисмоний машқлар бажариш. 3. Тизимли совуқли эшакемни аниқлаш учун совуқ хонада (4 ⁰ С) яланғоч ҳолда 10 – 20 минут мобайнида бўлиш.

Босимдан секинлашган	Елкага оган 6 – 7 кг. юк билан 20 минут мобайнида юриш.
Тебранишли	Ишлаб турган лаборатор вибраторини 4 минутга қўйиш.
Акваген	Сувли боғлам 35 ⁰ С 30 минутга қўйиш.
Қуёш нуридан	Терини турли узунликдаги тўлқин билан нурлантириш

Изоҳ: *Синама ўтқазилган 48 соат олдин антигистамин ДВ бекор қилинади
 **Дермографизм қўшилиб келганида махсус синама ўтқазилади: билакни 10 минутга совуқ сувга (4⁰ С) солиш керак.

Гистамин Н₁ – рецепторлари антагонистлари

- Фексофенадин – 60 – 240 мг. кунда 1 – 2 марта.
- Дезлоратадин – кунда 5 мг.
- Лоратадин – 10 мг. кунда 1 марта.
- Цетиризин – кунда 10 – 20 мг.
- Эбастин – кунда 10 мг.
- Акривастин – 8 мг. кунда 3 марта.
- Клемастин – 1мг. кунда 2 марта ичилади, 2 мг. кунда 2 марта парентерал.
- Хлоропирамин 25 – 50 мг. кунда, рег ос, 20 – 40 мг. (1 – 2 мл 2 % эритма) парентерал.
- Дифенгидрамин – 30 – 50 мг., кунига 1 – 3 марта (суткалик миқдори – 250 мг.) 20 – 50 мг. кунда 1 – 2 марта парентерал.
- Гидроксизин 25 – 50 мг. ҳар 6 соатда.
- Хлорфенирамин – 4 мг. ҳар 4 – 6 соатда.

Гистамин Н₂ – рецепторлари антагонистлари.

Н₁ – рецепторлар антагонистлари таъсир кўрсатмаган ёки кам таъсир этган беморларга тавсия этилади.

- Ранитидин 150 мг. кунда 2 марта.
- Циметидин 300 мг. кунда 4 марта.
- Фамотидин 20 мг. кунда 2 марта.

Глюкокортикостероидлар (қисқа курсда). Антигистамин ДВ таъсир этмаган беморларга, баъзи ҳолларда узоқ муддатга тавсия этилади.

- Преднизолон 40 – 60 мг., асосий терапия сифатида кунора 20 – 40 мг. дан буюрилади.
- Дексаметазон кунда 4 – 20 мг.

Лейкотриен рецепторлари антогонистлари. Антигистамин ДВ таъсир кўрсатмаган беморларга буюрилади (монтелукаст кунда 10 мг.).

Кальций каналлари блокаторлари – антигистамин ДВ ларга жавоб реакцияси бўлмаган беморларга қўллаш мумкин (нифедипин кунда 20 – 60 мг.).

Андрогенлар одатий терапия таъсир кўрсата олмаган оғир кечаётган эшакемда тавсия этилади (станозолол кунда 4 мг.).

Иммунодепрессантлар одатий терапия таъсир кўрсатмаган ва оғир кечаётган эшакемда буюрилади (циклоспорин 4 мг/кг/кунда).

Мураккаб таркибли, м – холиноблокатор ДВ, холинергик эшакемда буюрилади.

- Белладонна алкалоидлари + фенобарбитал + эрготамин 1 дражедан кунда 3 марта.
- Белласпон 1 таблеткадан 3 марта.

Ревматологияда қўлланилувчи воситалар, беморларнинг чекланган гуруҳида эшакем тизимли касалликлар билан кечаётганда ва одатий терапия самарасиз бўлганда қўлланилади.

- Гидроксихлорихин 400 – 200 мг/кунда, узоқ муддат мобайнида.
- Дапсон 0,1 – 0,2 г/кунда 4 – 6 ҳафта мобайнида.
- Колхицин кунда 1 – 3 мг. узоқ муддат мобайнида.
- Сульфасалазин 6 – 0,5 мг. узоқ муддат мобайнида.

Қўшимча

- Совуқдан эшакем юзага келганида кўп ҳолларда цеπροгептадин 2 – 4 мг.дан ҳар 6 – 8 соатда қўлланиши яхши самара беради.
- Антидепрессантлар буюрилади (масалан, пароксетин, флуоксетин, шунингдек бензодиазепинлар).

ХИРУРГИК УСУЛ БИЛАН ДАВОЛАШ

Ҳиқилдоқ шиши кузатилган беморларга трахеостомия операцияси амалга оширилади.

БЕМОРНИ ЎРГАТИШ

Беморни ўргатиш умумий амалиёт ва «аллергомактаб» гуруҳ машғулотлари орқали олиб борилади.

- Аллергик эшакемда – эллинация тадбирларини ўтказиш.
- Ҳаётга хавф солувчи ҳолатларда ўз – ўзига ёрдам кўрсата олиш (инсект аллергия ва қайталаниб турувчи ҳиқилдоқ шиши бўлган беморлар учун тиббий ёрдам кўрсатиш қутичаси). Қутичада парентерал юборишга мўлжалланган эпинефрин, ГКС ва антигистамин ДВ, шприц ва игналар бўлиши шарт.
- Сурункали қайталаниб турувчи идиопатик эшакем билан касалланган беморларга терапия ўтқазилиши зарурлигини тушунтириш лозим.
- Сурункали эшакем билан касалланган беморларга, касаллик кўп ҳолларда ўз – ўзидан тўхташи мумкинлиги тўғрисида маълумот бериш керак.

КЕЙИНГИ ОЛИБ БОРИШ

Сурункали эшакем билан касалланган беморларни назорат қилишда қуйидаги тадбирлар зарур.

Кузатув • Тери қичиши мавжудлиги ва кучи • Уртикар тошмалар мавжудлиги, уларнинг миқдори • Ангионевротик шиш борлиги • Тавсия этилган ДВ қабул қилиш тезлиги, мунтазамлиги • Янги – жумладан тизимли касаллик белгиларининг пайдо бўлиши.

Физикал кўрик • Тери қопламларини кўздан кечириш • Тизимли ёки бошқа касалликлар белгилари пайдо бўлганлигини аниқлаш учун беморни синчиклаб кўриқдан ўтказиш • Дермографизмни аниқлаш.

Лаборатор синамалар • Қон, сийдикнинг клиник таҳлиллари • СРО • Тиреоглобулин.

Даволаш • Парҳезга риоя қилиш • Тавсия этилган ДВ (қабул қилиш тартиби ва миқдори) режадагидек қабул қилиш.

ПРОГНОЗИ

- Анафилактик реакция вақтида ривожланган ўткир эшакемда ўз вақтида ёки умуман ёрдам кўрсатилмаслиги ўлимга олиб келади.
- Совуққа эшакеми бўлган бемор совуқ сувда чўмилганидан сўнг тизимли зарарланиш (АБ тушиши, бўғилиш) оқибатида ҳалок бўлиши мумкин.
- Хиқилдок шишида тез ёрдам кўрсатилмаса бемор ўлими билан тугайди.
- Эшакем 6 ой мобайнида давом этиши эҳтимоли 40% беморларда кузатилади.
- Сурункали эшакем учун касаллик авж олмасдан тўлқинсимон кечиши хос.
- Сурункали қайталаниб турувчи эшакем билан хаста беморларнинг 50% да ўз – ўзидан соғайиш кузатилади.

СУВЧЕЧАК

Сувчечак – юқори даражада юқумли бўлган ўткир вирусли касаллик, енгил интоксикация ва тери шиллик қаватларида ўзига хос полиморф тошмалар тошиши билан кечади.

Этиологияси. Кўзғатувчиси – Herpetoviridae оиласига мансуб ДНК – тутувчи вирус (*Varicella – zoster virus*). У шунингдек ўраб олувчи темираткини ҳам чақиради (*Herpes zoster*).

Эпидемиологияси • Инфекция манбаи – сувчечак ёки ўраб олувчи темиратки билан касалланган бемор • Юқиш йўллари – аэроген ва ҳаво – томчи • Сувчечак – учиб юрувчи инфекция (кўзғатувчи ҳаво оқими билан катта масофаларга тарқалади) • Инфекцияга мойиллик ўта юқори (бемор билан алоқада бўлгандан сўнг иммунитет бўлмаган деярли барча шахслар касалланади). Кўпинча касаллик мактабгача ёшдаги болаларда учрайди. Ҳомиладор аёл туғруқдан 5 кун олдин касалланган ҳолларда болага перинатал инфекция ўтиш эҳтимоли юқори.

КЛИНИК МАНЗАРАСИ

- Анамнез. Касаллик бошланишидан 11 – 21 кун аввал сувчечак ёки ўраб олувчи темиратки билан касалланган бемор билан алоқада бўлганлиги; бевосита алоқада бўлмаган ҳолда ҳам ривожланиши мумкин.
- Касаллик даврлари ✦ Яширин давр – давомийлиги 11 – 21 кун ✦ Белгилар юзага чиқишидан олдинги давр (шарт эмас) – 1 кунгача ✦ Тошма тошиш даври (асосий клиник белгилар) – 4 – 7 кун ✦ Соғайиш даври – 1 – 2 ҳафта.
- Клиник белгилар ✦ Интоксикация синдроми: продромал деб ҳисобланган вақтда тана ҳарорати илк бор кўтарилади ва одатда 3 – 5 кун давом этади, ҳамда ҳар куни янги тошмалар пайдо бўлиши билан бир вақтда яна кўтарилиб туради. Оғир кечганида гипертермия, ҳолсизлик, иштаҳанинг пасайиши ва бошқа ҳолатлар кузатилиши мумкин ✦ Тошма ✦ Майда нуқтали қизил скарлатинасимон кўринишдаги тошма, касалликнинг 1 – куни пайдо бўлади ва

2 – 3 кунни йўқолади ♦ Бир неча хил элементлардан: доғ, тугунча, пуфакча, пўстлоқдан иборат полиморф кўринишли. Барча тошмалар – дермадаги яллиғланиш жараёни ривожланишининг кетма – кет босқичларидир (ёлғон полиморфизм). Терида бир вақтнинг ўзида турли ёшдаги тошмалар мавжудлиги ҳар кунги янги тошмалар пайдо бўлиши билан ифодаланади; илк тошмалар 1 – 2 кунни, сўнгилари эса 3 – 6 кунларда пайдо бўлади. Асосий диагностик элемент – пуфакча (таркиби тиниқ суюқликдан иборат ва атрофи қизил тож билан ўралган). Тошма қичишиш билан давом этиши мумкин. Унинг кўзга кўринарли шиллиқ қаватларда (оғиз бўшлиғи, жинсий аъзолар, қовоқлар конъюнктивада) пайдо бўлиши хос; бундай ҳолларда пўстлоқ шаклланмайди, шиллиқ қаватдаги майда шилинишлар кўринишидаги кемтиклар кейинчалик эпителий тўқимаси билан қопланади. Асоратсиз кечганида пўстлоқ кўчганидан сўнг терида бириктирувчи тўқимали чандиклар қолмайди ♦ Иммуни танқислиги бўлган беморларда тери ва шиллиқ қаватларда шаффоф таркибли йирик пуфаклар, тугунли (пуфакча суюқлигининг йиринглаши) геморрагик элементлар пайдо бўлиши, пуфаклар суюқлиги қонга тўйиниб некротик элементлар юзага келиши мумкин. Улар терида чуқур кемтиклар шаклланишига сабаб бўлади (гангренали яллиғланиш) ♦ Сувчечакнинг оғир турлари: пуфакли, тугунчали, геморрагик, гангреноз. Бундай ҳолларда теридаги жароҳатлар кўпинча чандикли ўзгаришлар билан боради.

Текширув усуллари • Кўзгатувчи ёки унинг Аг аниқлаш ✦ Тошма суюқлигини эмбрионал хужайралар муҳитига экиш орқали бажариладиган вирусологик усул ёрдамида вирусни аниқлаш ✦ Тошмалар асосидан олинганда Тцанка бўйича бўялган суртмаларда кўп ядроли йирик хужайраларни қидириш ✦ Тошмадан олинган суюқликни кумуш рангга бўялган суртмаларда Арагао таначаларини аниқлаш • Вирус Аг қарши АТ аниқлаш: серологик реакцияларда АТ миқдорининг ортиши • Лаборатор текширувлар атипик кечганида, ички аъзоларнинг тарқоқ шикастланишида (иммуни танқислиги бўлган беморларда) ўтказилиши шарт.

Дифференциал диагностикаси • Оддий учуқ • Импетиго • Иккиламчи захм • Дорили тошма • Алоқали дерматит • Ҳашаротлар чақиши.

Даволаш • Енгил шаклларида – тошмаларга бўёвчи моддаларнинг спиртли эритмалари (бриллиант яшили ёки метил кўки) билан ишлов бериш, шахсий тозалик қоидаларига амал қилиш • Йирингли асоратларда – антибиотиклар • Оғир шаклларида, иммуни танқислиги ҳолатларида, тарқоқ шакллари ривожланган ҳолларда ацикловир, кунда 4 марта 20 мг/кг. 5 – 7 ёшдаги болалар, 15 мг/кг. (7 – 12 ёш), 10 мг/кг. (12 – 16 ёш), 5 – 7 кун давомида буюрилади • Иситма тушурувчи воситалар – кўрсатма бўйича, Рей синдроми ривожланиши хавфи борлиги сабабли ацетилсалицил кислота буюриш мумкин эмас.

Асоратлари • Энцефалит • Флегмона • Абсцесс • Лимфаденитлар • Стоматит • Кератит • Сарамасли яллиғланиш • Сепсис • Геморрагик нефрит • Пиодермия • Пуфакли импетиго • Зотилжам • Миокардит.

Профилактикаси. Сувчечак билан хаста беморлар сўнгги тошмалар пайдо бўлмаган вақтдан бошлаб 5 кун давомида алоҳида сақланади. Мактабгача болалар муассасаларининг кичик гуруҳларидаги бемор билан алоқада бўлган болаларга

беморни алоҳида чегараланган кундан бошлаб 21 кунга карантин эълон қилинади. Иммунтанқислиги бўлган беморларга алоқадан сўнг илк 3 кун мобайнида фаол бўлмаган иммунпрофилактикаси (бир маротаба 3 – 6 мл. иммуноглобулин юбориш) амалга оширилади. Чет элда сувчечакка қарши АТ микдори юқори бўлган иммун препаратлар (сувчечак ва ўраб олувчи темирлатки вирусига қарши иммуноглобулин) юборилади. Хавфли гуруҳни ташкил этувчи беморларга тирик аттенуирланган вакцина юбориш мумкин.

ХКК-10 • В01 Сувчечак (*varicella*).

Қўшимча. Сут соғувчи аёл тугунчалари паравакцина вируси билан юзага келтирувчи касаллик ва одамга сигир соғаётган вақтда ўтади. Хос белгилари – бармоқлар ва қўшни тўқималарда бинафша ранг тугунчалар. Улар емирилиб, пўстлоқ хо бўлади ва у чандиксиз битида. Одамдан касаллик соғлом сигирларга ўтиши мумкин. Одатда ўткир кечади, қайталаниш ҳоллари кузатилади. Давоси йўқ.

Синонимлари: • Сигир ёлғон чечаги • Паравакцина **ХКК – 10 • В08.0** ортопоксовируслар юзага келтирган бошқа инфекциялар.

ЎРАБ ОЛУВЧИ ТЕМИРАТКИ

Ўраб олувчи темирлатки – қўққисдан ривожланувчи касаллик бўлиб, яширин вирусли инфекциянинг қайта фаоллашуви натижасида юзага келади. Кўзгатувчи – *Herpetoviridae* оиласи *Alphaherpesviruses* турига мансуб *varicella-zoster* вируси (3 турдаги учуқ вируси). Ремиссия вақтида вирус орқа мия ганглиялари пўстлоғида жойлашган бўлади. Орқа мия ва умуртқалараро ганглийларнинг орқа пўстлоқлари зарарланиши, иситма, интоксикация ва сезувчи асаб толалари бўйлаб пуфакчали тошма тошиши билан кечади.

Эпидемиологияси • Вируснинг асосий тарқалиш йўли сувчечакдаги каби – ҳаво – томчи ва алоқа орқали (пуфакчалардан ажралиб чиққан суюқлик орқали) • Касаллик фаслий хусусиятга эга (совуқ ойларда касалланиш ҳолатлари ортади) • Болалар ўраб олувчи темирлаткига чалинган бемор билан алоқада бўлганда сувчечак ривожланиши мумкин.

Патогенези • Касаллик сувчечак билан оғриб ўтган шахсларнинг сезувчи ганглияларида сақланиб қолувчи вируснинг қайта фаоллашуви оқибатида ривожланади деб ҳисобланади; аммо унинг сабаблари охиригача ўрганилмаган, лекин иммунтанқислиги, хавфли ўсмалар билан хаста беморлар, турли жароҳат олганлар ва гиёҳвандлар хавфли гуруҳга кирадилар • Бирламчи инфекцияланган шахслар орасида умумий касалланиш ўртача 10% ни ташкил этади.

КЛИНИК МАНЗАРАСИ

• Касалликнинг ганглиотер шакли. Ўткир бошланиш, иситма, интоксикация белгилари, тошмалар тошадиган соҳаларда кескин куйдурувчи оғриқлар. Тошмалар алоҳида сезувчи асаб толалари бўйлаб, аниқ бўлмаган пушти доғлар (3 – 5 см.) кўринишида пайдо бўлади. Улар асосида 18 – 24 соат ўтгач оғриқли пуфаклар гуруҳи пайдо бўлади (терининг бошқа учуқли жароҳатларидан фаркли ўлароқ аниқ демаркацион чизик билан чегараланган). Жароҳатлар кўпроқ

кўкрак қафасида жойлашади, лекин ҳар бир сезувчи асаб толаси бўйлаб, одатда бир тарафлама жойлашиши мумкин. Улар 2 – 4 ҳафта мобайнида йўқолади, оғриқ эса ҳафта ва ойлар давомида сақланиб туриши мумкин.

- Кўз шакли. Ўта оғир кечиши хос, уч шохли (гассер) тугуни жароҳатланиши билан бирликда кузатилади. Тошмалар уч шохли нерв тармоқлари йўналиши бўйича – кўз, бурун, шиллиқ қаватида, юз терисида пайдо бўлади; кўп ҳолларда жараёнга кўз соққаси ҳам қўшилади.
- Хант синдроми (кулоқлар зарарланиши) – ғилдираксимон ганглий жароҳатланиши натижасида юзага келади. Жароҳат камдан – кам ҳолларда 10 ёшгача бўлган болаларда кузатилади, касалланиш ёшга мувофиқ ортиб боради (90 ёшга кирган шахсларнинг 20% касалланади).
- Ўраб олувчи темиратканинг гангрени (некротик) шакли терининг чуқур жароҳатлари, чандиқ ҳо бўлиши билан давом этади.
- Менингоэнцефалитик шакли (кам учрайди) – оғир кечиш ва юқори ўлим даражаси (60% дан ортиқ) хос, ганглиотери жароҳатлари билан бошланади. Кейин (2 – 3 ҳафта мобайнида) менингоэнцефалит белгилари ривожланади.
- Ушбу шакллардан ҳар бири вегетатив ганглийлар жароҳатланиши ва ўраб олувчи темираткига хос бўлмаган белгилар (вазомотор бузилишлар, Хорнер синдроми, сийдик тутилиши, кабзият ёки диарея) ривожланиши билан бирга келиши мумкин.
- Ўраб олувчи темиратки ОИТСнинг илк белгиларидан бири бўлиш эҳтимоли борлигини унутмаслик лозим. Бунда бир неча қўшни дерматомлар зарарланиши кузатилади.

Текширув усуллари • Тцанк ҳужайраларини аниқлаш учун ажралмалар микроскопияси (шунингдек зотилжам билан касалланган беморларда бронхоальвеоляр суюқлик). Диагноз қўйиш қийинчилик туғдирганда ёки тарқоқ жароҳатлар ривожланган ҳолларда ҳужайра муҳитларида кўзғатувчини аниқлаш амалга оширилади.

Дифференциал диагностикаси • Алоқавий дерматит • Юзаки пиодермия • Сарамас • Экзема • Оғриқлар (айниқса ўнг қовурғалараро соҳаларда) – холицестит, плеврит, миокард инфаркти).

ДАВОЛАШ

Дорилар билан даволаш

- Тошма пайдо бўлгач, 48 соат ичида вирусга қарши воситалар қўлланилиши унинг сўрилишини тезлаштиради ва касаллик белгиларини бартараф этади, ўткир босқичда постгерпетик невралгияни сусайтиради, ёндош оғир касалликлар бўлганида ва кўзлар жароҳатланганида буюриш қатъиян тавсия этилади ✦ Ацикловир 800 мг. дан кунда 5 марта ҳар 4 соатда (тунги вақт истисно) 7 – 10 кун мобайнида ёки ✦ Фамцикловир 500 – 750 мг. кунда 3 марта 7 кун давомида ичилади.
- Оғриқларда – парацетамол, кодеин, ЯҚНДВ.
- Тошма иккиламчи инфекцияланганида кумуш сульфадиазин маҳаллий қўлланилади.

Захира препаратлар • Кўз томчилари – индоксуридин.

Асоратлари • Учқудан сўнг невралгия • Учқуқ вируси юзни жароҳатлаганида жараёнга кўз тўқималарининг кўшилиши • Менингоэнцефалит • Тери қопламлари бўйлаб тарқалиши • Тери жароҳатлари орқали тушган суперинфекция ривожланиши • Гепатит • Зотилжам • Периферик асаб толалари зарарланганида мушак беҳоллиги • Бўлакчали миелит • Бош мия нервлари, айниқса кўрув ва юз нервлари жароҳатланиши (Рамсей – Хант синдроми) синдромлари • Шохдор пардада яра ривожланиши • Гийен – Барре синдроми.

Кечиши ва прогнози • Тошма 14 – 21 кун мобайнида сўрилади • Учқудан сўнгги невралгия – тошма йўқолганидан кейин ҳам камида бир ой мобайнида безовта қилувчи оғриқ. Ушбу ҳолат ёш улғайиб борган сари кескин ортади (30 – 50 ёшда – 4% ва 80 ёшдан кейин – 50% учрайди).

ХКК-10 • В02 Ўраб олувчи темиртки (*Herpes zoster*).

Илова. Тцанк синамаси – пуфакча асосидан олинган суртмада хужайра ичи кўшимчалари бўлган баҳайбат кўп ядроли (акантолитик) хужайраларни аниқлаш; сувчечак, ўраб олувчи темиртки ёки оддий учқуқли инфекциядан далолат беради.

ИМПЕТИГО

Импетиго – интраэпидермал жойлашган юзаки пуфакча – йирингчали тошмалар ривожланиши хос бўлган касаллик. Одатда оғриқли эритематоз тугунлар хо бўлиши билан бошланади, улар аввал пуфакка, сўнг миссимон пўстлоқли кўтирга айланади.

Этиологияси. Жароҳатлардан ажралувчи суюқликларда 80% ҳолларда тилларанг стафилококк ёки унинг сафдоши – А гуруҳига мансуб β – гемолитик стрептококк аниқланади.

Хавф омиллари • Тропик ёки субтропик иқлим (илиқ нам шароитлар) • Ёз ёки ёмғир кўп ёғадиган вақт • Тери қопламларининг катта бўлмаган жароҳатлари, ҳашаротлар чақиши • Қониқарсиз тозалик шароитлари, эпидемиялар, урушлар • Импетигонинг оилада мавжудлиги • Камқонлик ва етарлича овқат истеъмол қилмаслик оқибатида соғлиқни ёмонлашиши • Импетиго педикулёз, кўтир, сувчечак, экзема асорати сифатида ривожланиши мумкин • Алоқавий дерматит.

Клиник манзараси. Тошмалар аста – секинлик билан ёки жуда тез пайдо бўлиши мумкин • Бирламчи элементлар – оғриқли қизил доғли – тугунчали тошмалар. Сўнгилари пуфакчага ва ундан кейин одатда оғриқсиз пуфакка айланади. Пуфаклар ёпишгач, юза жойлашган намланиб турувчи қизил яралар пайдо бўлади, сўнг уларни мис рангли пўстлоқ қоплайди. Тошмалар кўпроқ юзда, оғиз ва бурун атрофида ёки тери қопламларининг жароҳатланган соҳаларида юзага келади • Пуфакли импетиго. Асосий кўзгатувчиси – тилларанг стафилококк. Жароҳатлар майда пуфакчадан то катта ўзаро бирикиб кетадиган пуфакларгача тез авж олиб боради. Лимфаденопатия кузатилмайди • Юзаки фолликулит – стафилококк импетигоси (Бокхарт импетигоси). Асосий кўзгатувчи – тилларанг стафилококк. Касаллик соч фолликулалари зарарланиши билан ифодаланади.

Текшириш усули. Кўзгатувчини аниқлаш. Текшириш учун модда бирламчи элемент тубидан олинади, бунинг учун унинг пўстлоғи олиб ташланади. Қонли *агарда* стафилококк ва А гуруҳидаги стрептококкларни ҳам аниқлаш мумкин.

Дифференциал диагностика • Сувчечак • Учқуқ • Эризипелоид • Ҳашоратлар чақиши • Оғир экземали дерматитлар • Кўтир • Куйиш • Оддий пўрдоқ яра • Пуфакли (буллёзли) пемфигоид • Стивенс – Жонсон синдроми.

ДАВОЛАШ

Олиб бориш тамойили • Кўпинча маҳаллий даво олиб борилади. Ювиниш таъқиқланади, соғлом тери салицил кислотанинг спиртли эритмаси билан тозаланади. Пўстлоқларни олиб ташлаш, анилин бўёғининг спиртли эритмаси, фукорцин, антибактериал ва яллиғланишга қарши малҳамлар (1% эритромицин малҳами, флуметазол + клиохинол ва ҳ.к.) суртиш. Жараён кенг тарқалганда ва узок муддат кечганида антибиотиклар қўлланилади • Пўстлоқларни олиб ташлаш, тери қопламлари тозалигини сақлаш учун кунига 2 – 3 марта эҳтиёткорлик билан ювиб туриш. Тошмалар тарқалиши олдини олиш учун шахсий тозалик қоидаларига амал қилиш • Даволаш муддати: пуфаксиз шаклида – 7 кун (тошмалар кам) ва/ёки 10 кун (тарқоқ тошмада); пуфакли (буллёзли) шаклида – 10 кун.

Танлов препарати • Маҳаллий – мупироцин (малҳам) кунда 3 марта (фақат *Staphylococcus aureus* ва *Staphylococcus pyogenes* билан чақирилган пуфаксиз шаклида). Самара бўлмаганда кўшимча 3 – 5 кун давомида антибиотиклар ичишга буюрилади • Биринчи авлод цефалоспоринлари, масалан цефалексин 25 – 50 мг/кунда 4 марта (болаларга), 250 мг. дан кунда 4 марта (катталарга) • Эритромицин (стрептококклар билан зарарланганда) – 0,5 г. дан ҳар 4 – 6 соатда (катталарга), 30 – 40 мг/кг/кунда 4 марта (14 ёшгача бўлган болаларга).

Заҳира препаратлари. Амоксициллин 500 мг дан кунда 3 марта (катталарга, 125 – 250 мг.дан кунда 3 марта (2 ёшдан катта болаларга) 20 – 40 мг/кг/кунда 3 марта 2 ёшгача бўлган болаларга).

Асоратлари • Эктима • Ўткир гломерулонефрит • Чуқур целлюлит • Сепсис.

Кечиши ва прогнози. Ўтказилаётган даво асосида 7 – 10 кун мобайнида тўлиқ соғайиш. Антибиотиклар билан даволаш гломерулонефрит ривожланиши олдини олмайди ёки жараёни тўхтатмайди.

Синонимлари • Пиодермия • Юқумли импетиго • Оддий импетиго • Тулки импетигоси.

ХКК-10 • L01 Импетиго.

ТУҒРУҚДАН КЕЙИНГИ ДАВРДАГИ ПАТОЛОГИК ҲОЛАТЛАР

АЁЛЛАРДА ГИНЕКОЛОГИК КАСАЛЛИКЛАР БИЛАН БОҒЛИҚ БЎЛГАН ҚОРИН ПАСТКИ СОҲАСИДАГИ ОҒРИҚЛАР

АСОСИЙ ҚОИДАЛАР

- Аёлларда қориннинг пастки қисмидаги оғриқлар аксарият ҳолларда гинекологик касалликлар билан эмас балки ичакнинг ўткир патологияси билан боғлиқ.
- Циклик оғриқлар, жинсий йўллардан қонли ёки ёқимсиз ҳидли ажралмалар ушбу тизим касалликлари борлиги ҳақида гувоҳлик беради.

КИЧИК ЧАНОҚ АЪЗОЛАРИНИ ТЕКШИРИШ

- Қоринни пайпаслаш.
- Кичик чанок аъзоларини текширганда қуйидаги белгиларга эътибор қилиш лозим.
 - ◆ Бачадон бўйнида йирингли ажралмалар борлиги.
 - ◆ Бачадон бўйни пайпасланганда оғриқ бўлиши.
 - ◆ Қин орқа гумбазининг таранглашиши.

ЛАБОРАТОР ТЕКШИРИШЛАР

- Ҳомиладорликка синама, сийдик анализи, қондаги лейкоцитлар ва С – реактив оқ миқдорини аниқлаш.

БОШҚА ТЕКШИРИШЛАР

- УТТ.

ФЕРТИЛ ЁШИДАГИ АЁЛЛАР

ИНФЕКЦИЯЛАР

- Кичик чанок аъзоларининг яллиғланиш касалликлари.
- Ўткир эндометрит.
 - ◆ Анамнезида яқинда туғруқни бошидан кечирганлиги, аборт ёки бачадон ичи спиралини қўйдирганлиги.
 - ◆ Қин нормал миклофлорасидаги касаллик қўзғатувчи микроблар.
 - ◆ Жинсий йўллардан анаэроб инфекцияга хос бадбўй ажралмалар чиқиши.
 - ◆ Эндометрит белгилари.
- Туғруқдан бир неча кун ўтгач ва тиббий асбоблар бачадон бўшлиғига киритилгандан сўнг ўткир бошланиши.
- Эт увишиши.
- Қориннинг пастки қисмида оғриқ.
- Чарчоқ ҳисси.
- Тана ҳароратининг 39 – 40⁰ С гача кўтарилиши.
- Лоҳаслик.
- Бош ёки мушак оғриғи бўлиши мумкин.
 - ◆ Физикал белгилар.
- Қориннинг катталашган бачадон соҳаси пайпасланганда оғриқ борлиги.
- Қин орқали текширувда бачадон сезувчанлиги ошган, зичлашган, ҳаракатчан.
- Тухумдонлар катталашмаган.
 - ◆ Диагностикаси.
- Диагноз қўйиш учун анамнез ва типик клиник манзара муҳим аҳамиятга эга.

- Гонококкли инфекциядан фарқли ўлароқ суст белгилар билан кечувчи хламидияли инфекцияда қориннинг пастки қисмида камдан – кам ҳолларда оғриқ кузатилади.
 - ◆ Давоси.
- Антибиотикотерапия (цефалоспоринлар, кўшимча метронидазол) – одатда стационарда ўтказилади.

БАЧАДОНДАН ТАШҚАРИДАГИ ҲОМИЛАДОРЛИК

- Оғриқ ва қон кетишининг юзага чиқиши ўзгариб туради.
- Анамнезида ҳайзнинг кечикишига ишора бор, бироқ цикл мунтазам эмас ёки қон кетиши мумкин.
- Агар ҳомиладорликка синама мусбат бўлиб, ҳомила тухуми бачадон бушлиғида аниқланмаса, бачадондан ташқари ҳомиладорликни инкор қилиш керак.

ПАТОЛОГИК ОВУЛЯЦИЯ

- Ҳайз цикли ўртасида пайдо бўладиган кўпинча бир томонлама кучли оғриқ.

ТУХУМДОН ЁКИ УНИНГ КИСТАСИНИ БУРАЛИБ ҚОЛИШИ ЁКИ ЁРИЛИШИ

- Анамнезида оғриқ умуртқа поғонаси эгилганда (масалан, пол ювиш вақтида, рақсга тушганда) пайдо бўлса.
- Тухумдон сариқ танасининг ёрилиши.
 - ◆ Бачадондан ташқари ҳомиладорликдаги каби белгилар.
 - ◆ Қорин бушлиғида қон бўлиши.
 - ◆ Кучли оғриқда хирургик йўл билан даволаш лозим.
- Эндометриал кистанинг ёрилиши.
 - ◆ Қорин парданинг яққол таъсирланиш белгилари.
 - ◆ Одатда зудлик билан хирургик даволаш керак.
- Дермоид кистанинг ёрилиши.
 - ◆ Камдан – кам кузатилади.
 - ◆ Киста маҳсулоти (ёғ) қорин пардани таъсирлантириб, жуда кучли оғриқ пайдо бўлади.
- Тухумдон ёки бачадон найининг буралиши.
 - ◆ Одатда тухумдон кистаси билан боғлиқ.
 - ◆ Қин текширувида сезгир, баъзан ҳаракатчан ҳомила аниқланади.

ТУХУМДОНЛАР ГИПЕРСТИМУЛЯЦИЯСИ СИНДРОМИ

- Тухумдонлар гиперстимуляцияси синдроми – уларни бепуштликни даволашда қўлланиладиган гормонларга бўлган реакциясидир.
- Тухумдонлар гиперстимуляцияси синдроми овуляция индукцияси учун қўлланиладиган дорилар, шунингдек, кломифен, гонадотропин рилизинг гормон ва унинг аналоглари чақириши мумкин.
- Одатда белгилар дори юборилгандан 3 – 10 кундан сўнг ривожланади.
- Характерли белгилар – қоринда оғриқ, шиш ва кўнгил айнаши.

- Тухумдонлар гиперстимуляцияси синдромининг учраш ёши 35 дан кичик, оғирлиги кам ва гонадотропин рилизинг гормони аналоги қўлланилган аёлларда кўпроқ учрайди.
- Тухумдонлар гиперстимуляцияси синдромига шубҳа бўлганда асосий лаборатор текширувлар – қоннинг умумий таҳлили, дифференциал диагностика мақсадида қон зардобиди С – реактив оқ миқдорини аниқлаш. УТТ ёрдамида тухумдонлар ўлчамига баҳо бериш.
- Юпқалашган тухумдон капсуласини шикастлантириш хавфи бўлганда қин орқали текшириш ўтказилмайди.
- Енгил кечганда амбулатор даволаш мумкин.
- Оғир даражадаги тухумдонлар гиперстимуляцияси белгилари:
 - ◆ Кучли кўнгил айниши, диарея ёки тана вазнининг ошиши.
 - ◆ Баъзан енгил ҳансираш.
 - ◆ Лейкоцитлар миқдори қонда $10 \times 10^9/\text{л}$. дан ошган ёки гематокрит 0,45 дан кўп.
 - ◆ Тухумдонлар ўлчами 10 см. дан катта (УТТ маълумотлари).
- Тухумдонлар гиперстимуляциясининг биронта белгиси аниқланса, аёлни шифохонага ётқизиш шарт.

ОЁҚЧАДАГИ МИОМАТОЗ БАЧАДОН ТУГУНИНИНГ УЗИЛИШИ ЁКИ НЕКРОЗИ

- Дардни эслатувчи циклик оғриқлар.
- Миома қин ичига ўсиб кириши ва уни тўлдириши мумкин.

ХАВФЛИ ЎСМАЛАР

- Ўсма ёрилганда ёки ундан қон кетганда қорин пастки қисмида кучли оғриқ.
- Кўпинча асцитнинг ўсма белгиси бўлиб хизмат қилиши.

ТУҒРУҚЛАР

- Қориннинг пастки қисмида тўсатдан ўткир кучли оғриқ кузатилиши туғруқ бошланганлик белгиси бўлиши мумкин. Агар аёл ҳомиладорлигини ўзи билмаса ёки яширса диагноз қўйиш қийин бўлади (масалан, ўсмирлик ёшида).

ҚИН ПЕРФОРАЦИЯСИ

- Жинсий алоқа вақтида пайдо бўлиши мумкин (бунда аёл кўпинча мастлик ҳолатида бўлади).

МЕНАРХЕГАЧА БЎЛГАН ЎСПИРИН ЁШДАГИ БЕМОР ҚОРИН БЎШЛИҒИГА ЎТКИР ҚОН КЕТИШИ

- Менструал қоннинг бачадон ичидан чиқишига қаршилик бўлганда пайдо бўлади.
- Белгилари.
 - ◆ Қорин пастки қисмида тўсатдан пайдо бўлган кучли оғриқ, қорин парданинг яққол таъсирланиши.
 - ◆ Оғриқдан олдин қориннинг пастки қисмида енгил оғриқнинг кузатилиши, баъзан вақти – вақти билан сийдик тутилиши.
- Сабаблари.
 - ◆ Қизлик пардаси атрезияси (энг кўп учрайдиган сабаби).

- ◆ Бачадоннинг турли нуқсонлари (икки шохли бачадон).

- Давоси – операция.

ТУХУМДОН КИСТАСИНИНГ БУРАЛИШИ ЁКИ ЁРИЛИШИ

- Тўсатдан оғриқ.
- Давоси оператив.

ПОСТМЕНОПАУЗАДАГИ АЁЛ

ЙИРИНГЛИ ЭНДОМЕТРИТ (ПИОМЕТРА)

- Белгилари.
 - ◆ Аста – секин бошланади.
 - ◆ Жинсий йўллардан йирингли ва қон аралаш ажралмалар келганда аҳвол мураккаб ҳисобланади. Оғриқ ва иситма бўлади.
- Давоси.
 - ◆ Мутахассис тавсиясига боғлиқ.

БАЧАДОН ТАНАСИНИНГ ХАВФЛИ ЎСМАСИ

- Белгилари: қон кетиш ва қориннинг пастки қисмида оғриқ

ТУХУМДОННИНГ ХАВФЛИ ЎСМАСИ

- Белгилари: қоринда оғриқ, жинсий йўллардан қонли ажралма, ички қон кетиши ва дизурик ҳодисалар.

ҚОРИННИНГ ПАСТКИ ҚИСМИДА СУРУНКАЛИ ОҒРИҚ

ЭНДОМЕТРИОЗ

- Белгилари.
 - ◆ Велосипед, машинада, яъни китиш ҳаракатларида оғриқнинг кучайиши.
 - ◆ Жинсий алоқа ва дефекация вақтида оғриқ.
 - ◆ Патологик жараёнга сийдик пуфаги ёки ичак қўшилганда юқоридаги белгилар кузатилади.

СУРУНКАЛИ ЦЕРВИЦИТ

- Қориннинг пастки қисмида номаълум тусдаги оғриқ пайдо бўлиши ва жинсий йўллардан оқимтир ажралмалар.
- Инфекция ва тано касалликларини истисно қилиш.

ТУХУМДОН ВЕНАЛАРИНИНГ ВАРИКОЗ КЕНГАЙИШИ

- Тик турганда ва кечаси кучаядиган номаълум тусдаги оғриқлар.

МЕНСТРУАЦИЯ ОЛДИ СИНДРОМИ

- Менструация олди синдром – ҳайз кўриш яқинлашганда пайдо бўладиган турли белгилар (таъсирчанлик, кўнгил айнаши, оғриқ ва қорин дам бўлиши) йиғиндиси.

ҚЎШИМЧА МАЪЛУМОТЛАР

- Прогестинларни қўлланилиши қорин пастки қисмидаги сурункали оғриқларни пасайтириши ва врачнинг шунга хос тавсиялари ҳамда УТТ қўллаш оғриқнинг камайишига ва кайфиятнинг кўтарилишига олиб (кичик чаноқ аъзоларининг яллиғланиш касалликлари, бирламчи дисменорея ва эндометриоз истисно қилинган ҳолларда) келади.

ТУҒРУҚДАН КЕЙИНГИ ПСИХОЗ ВА БОШҚА РУҲИЙ БУЗИЛИШЛАР

- Туғруқдан кейинги психоз бошланишини имкон қадар эрта аниқлаш лозим.

- Туғруқдан сўнги тушкунликни аниқлаш жуда муҳим.

СТАТИСТИК МАЪЛУМОТЛАР

Беморни касалхонага ётқизиш зарурияти билан давом этадиган туғруқдан сўнги психозлар 1000 туғруққа 1-2 ҳолда учрайди.

Туғруқдан сўнг аёлларнинг 50% да кайфиятнинг тушиши кузатилади.

Туғруқдан сўнг 10% аёлларда депрессия (тушкунлик) ҳолати мезонларига тўлиқ мос келувчи ҳолат аниқланади.

АСОСИЙ ҲОЛАТЛАР

- Руҳий бузилишлар ривожланиш хавфи асосан туғруқдан сўнг биринчи ой давомида кузатилади.
- Касаллик тарихида депрессия ҳолати мавжуд бўлса, туғруқдан сўнг уни ривожланиш хавфи 25 % ни ташкил этади.
- Туғруқдан сўнг руҳий бузилишлар ривожланишининг бошқа хавфли омиллари - биринчи туғруқ, ёлғизлик, кесар қирқиш ва яқин қариндошларида руҳий бузилишлар мавжудлиги.
- Касаллик тарихида кайфиятнинг биполяр бузилиши мавжудлиги туғруқдан сўнг психоз ривожланишининг ўта жиддий хавфли омилларидан биридир.

ТУҒРУҚДАН СЎНГИ ПСИХОЗ

Туғруқдан сўнги психоз - туғруқдан кейин вужудга келадиган камдан- кам ҳолларда учрайдиган лекин оғир руҳий бузилиш.

Кўп ҳолларда касаллик белгилари туғруқдан 3-14 кун ўтгач пайдо бўлади. Аксарият она ва бола ўз уйида бўлади ва оила аъзолари ёш она ҳулқида ғайритабиий ўзгаришлар сеза бошлайдилар.

Илк белгиларга безовталаниш, шошма-шошарлик, уйқусизлик ва кайфият ўзгаришлари киради, бу ҳолат ривожлана бориб эс - ҳуш бузилишлари ва кўпинча - маниакал психоз юзага келади.

Туғруқдан сўнг психоз – беморни касалхонага ётқизишни талаб этувчи шошилиш ҳолат. Уларда ўз жонига қасд қилиш хавфи юқори, шу билан бирга чақалоқ ҳам хавф остида бўлади.

Даволаш антипсихотик препаратлар қўллаш, психотерапия ва она ҳамда унинг оиласини ижтимоий қўллаб-қувватлаш тадбирларидан иборат. Бу ҳолат илк бор юзага келганида оқибати ижобий, лекин кейинги туғруқларда психоз қайталаниши мумкинлиги тўғрисида оила аъзоларини огоҳлантириб қўйиш лозим.

Қайта ҳомиладорликда бемор психиатр кўригига юборилади. Антидепрессантлар билан ўз вақтида бошланган даво руҳий бузилиш ривожланиши олдини олиши мумкин.

ТУҒРУҚДАН СЎНГ КАЙФИЯТНИНГ ТУШИШИ

Туғруқдан сўнг биринчи ҳафталар мобайнида оналарнинг ярми хафалик ҳиссини сезади. Бу ҳолат кўп ҳолларда учраб турганлиги сабабли одатда меъёрий ҳолат деб қаралади, шу билан бирга уни руҳий бузилишлар қаторига киритиш ҳам мумкин.

Бемор тез йиғлайдиган бўлиб қолади, кайфият ўзгариши, бош оғриши, асабийлик, тез чарчаш ва енгил тушкунлик ҳолати юзага келади.

Одатда аҳволи мустақил равишда яхшиланади оила аъзолари ва шифокор томонидан қўллаб-қувватлашдан бошқа даво талаб этилмайди.

ТУҒРУҚДАН СЎНГИ ДЕПРЕССИЯ (ТУШКУНЛИК)

Туғруқдан сўнги тушкунлик кўп ҳолларда 3 ой мобайнида пайдо бўлади, шу билан бирга бир йил давомида унинг ривожланиш хавфи юқори бўлади.

Ҳос белгилар - уйқусизлик, тез чарчаш, ноаниқлик, бола учун ўта безовталаниш ва кўрқув ҳисси. Беморлар ҳолати психоздаги каби бўлиши мумкин.

Тушкунлик ҳолати кўпроқ 1-туғруқдан сўнг ривожланади. Бошқа хавфли омилларга киради: Ҳомиладорликка турлича муносабат, илгари (касаллик тарихида) тушкунлик ҳолати бўлганлиги, оилада мавжуд бўлган ўзаро муносабатлардаги муаммолар.

Дифференциал диагностика ўтказилаётганида, туғруқдан сўнги тушкунлик қалқонсимон без касалликлари билан боғлиқ бўлиши мумкинлигини ҳам ҳисобга олиш лозим. Тушкунлик онанинг болани парвариш қилиш қобилиятига салбий таъсир этади, шунингдек она ва бола ўртасидаги муносабатларнинг бузилишига олиб келади. Туғруқдан сўнги тушкунлик болада ва оиланинг бошқа аъзоларида ҳам унинг ривожланиш хавфини оширади. Бундай оналарнинг болаларида кўққисдан ўлим ҳоллари кўп учрайди.

ДАВОСИ

Туғруқдан сўнги тушкунлик давоси оддий тушкунликни даволаш усуллари билан фарқ қилмайди. Кўп ҳолларда мутахассис маслаҳати зарур. Даволаш қуйидагиларни ўз ичига олади: фармакотерапия, психотерапия, болани парваришlash бўйича ижтимоий ёрдам. Баъзи ҳолларда шифохонага ётқизиш зарур бўлади. Туғруқдан сўнг тушкунлик белгилари юзага келганида бу ҳолатни меъёрий ҳолат деб баҳоламаслик лозим. Аёл оиласи ва боласи учун келиб чиқиш мумкин бўлган оғир асоратлар олдини олиш мақсадида ҳолатни тезда таҳлил қилиш ва даволаш ишларини бошлаш зарур.

ПАТОЛОГИК ҲОМИЛАДОРЛИК**ТУҒРУҚДАН КЕЙИН УЧРАЙДИГАН ЯЛЛИҒЛАНИШ КАСАЛЛИКЛАРИ**

Туғруқдан кейинги инфекция – туғруқдан сўнги даврда тана ҳароратини 38°C ва ундан юқори кўтариллиши (туғруқдан сўнг илк 10 кун ичида камида 2 маротаба, дастлабки 24 соат бундан мустасно) билан кечадиган туғруқ йўлларидаги ҳар қандай инфекцияси. Ҳомила пардаси йиртилгандан сўнг қин орқали текширувнинг кўп маротаба такрорланиши – туғруқдан кейинги инфекция ривожланишининг асосий сабабидир.

• Кўп ҳолларда кичик чанок аъзолари инфекциялари сабабчилари:

Staphylococcus pyogenes, A ва D гуруҳига мансуб β – гемолитик стрептококк, анаэроб стрептококклар, ичак таёқчасининг баъзи серотиплари, шунингдек абортдан сўнг A типидagi *Clastridium perfringens*.

ТАЯК (тос аъзолари яллиғланиш касалликлари) бир неча босқичдан иборат ✦
Биринчи босқич – инфекция туғруқ жароҳати соҳаси билан чегараланади:

туғруқдан сўнги эндометрит, туғруқдан сўнги яра ✦ Иккинчи босқич – инфекция туғруқ жароҳати соҳасидан ташқарига тарқалган, лекин чегараланган: метрит, параметрит, чегараланган тромбофлебит (метрофлебит, чанок тромбофлебети, оёқлар тромбофлебети), аднексит, пельвиоперитонит ✦ Учинчи босқич – инфекцияни кейинги тарқалиши: туғруқдан сўнги тарқоқ перитонит, инфекцион – токсик шок, авж олувчи тромбофлебит ✦ Тўртинчи босқич – инфекцияни тарқалиши: метастазларсиз ва метастазли сепсис.

Туғруқдан кейинги яра – туғруқ вақтида оралик, қинда, бачадон бўйнида пайдо бўлган жароҳатларга (ёриқча, йиртилишлар) инфекция тушиши оқибатида ривожланади • Жароҳат юзаси кул ранг ёки сарғиш кулранг караш билан қопланган бўлиб, қуйи тўқимадан қийинчилик билан ажралади. Жароҳат енгил қонаб кетаверади, атрофидаги тўқима шишган ва қизарган. Одатда умумий ахволи қониқарли; шикоятлар – вулва соҳасида оғриқ ва ачишишга • Тана ҳарорати кўтарилиш даври 4-5 кун давом этади, караш аста - секин кўчиб тушади ва жароҳат тозаланади. 10 – 12 – кунга келиб эпителий тўқимаси билан қопланади • Даволаш: натрий хлорнинг гипертоник эритмаси ва антибиотиклар билан боғлам қўйиш. Агар чоклар қўйилган бўлса уларни олиб ташлаш зарур.

Туғруқдан сўнги эндометрит («туғруқ иситмаси») – туғруқдан сўнги инфекциянинг энг кўп учрайдиган шакли. Биринчи навбатда эндометрий ва унинг остидаги миометрий шикастланади • Клиник белгилари туғруқдан 3 – 4 кун ўтгач намоён бўлади; тана ҳарорати 38 – 39⁰ С гача кўтарилади, тахикардия, қалтираш. Маҳаллий белгилари: бачадон субинволюцияси, пайпасланганда оғриқ; ажралмалар лойқасимон, қон-йиринг аралаш, баъзан бадбўй хидли бўлади. Кўп ҳолларда ажралмалар бачадон ичида тўпланиб қолиши – лохиометра кузатилади; бачадон бўйни бўшлиғида лахтақлар тўпланиши аниқланади. Бу ҳолат яққол интоксикация ва иккиламчи дардсимон оғриқлар билан кечади. Касаллик 8-10 кун давом этади • Даволаш: антибиотикотерапия, десенсибиловчи воситалар ва витаминлар.

Туғруқдан сўнги метрит – эндометрит билан бир вақтда ёки унинг асорати сифатида туғруқдан 7 кун ўтгач ривожланади • Касаллик қалтираш ва тана ҳароратининг 39 – 40⁰ С гача кўтарилиши билан бошланади. Бачадон ёмон қисқаради, пайпасланганда оғриқли, қин орқали текширувда бачадон бўйни туғруқдан 9 кун ўтгандан сўнг ҳам бармоқ ўтказида. Ажралмалар аввал оз миқдорда, тўқ қизил рангли, таркибида кўп миқдорда йиринг туттади, кўпинча хидли; кейин эса сероз – йирингли бўлади. Касаллик 3 – 4 ҳафта давом этади • Даволаш туғруқдан сўнги эндометриядаги каби.

Туғруқдан сўнги параметрит – кичик чанокнинг ретроперитониал фиброз – ёғ тўқимаси яллиғланиши.

- Қўзғатувчининг тарқалиш йўллари ✦ Лимфоген ✦ Гематоген (чанок тромбофлебитидан).
- **Клиник манзараси** ✦ Касаллик туғруқдан 10-12 кун ўтгач қалтираш ва тана ҳароратининг 39⁰ С, баъзан 40⁰ С гача, кўтарилиши билан бошланади ва аёл қорин пастки соҳасида симмилловчи кучсиз оғриқга шикоят қилади; қорин парда таъсирланганида оғриқ кучли бўлиши мумкин ✦ Маҳаллий белгилар

аввалига енгил инфодаланади: қин орқали текширувда яллиғланиш соҳасида керикиш (шишганлик) аниқланади. 2-3 кун ўтгач хамирсимон, сўнг эса зич хусусиятли бир оз оғриқли, ҳаракатсиз, одатда чанок девори ва бачадоннинг ён юзаси оралиғида жойлашган инфилтрат аниқланади. Қин ёнбош гумбази ликлашган, шиллиқ қават ҳаракатсиз. Бир томонлама параметритда бачадон қарама– қарши томонга, икки томонлама параметритда – эса юқори ва олдинга қараб жийди ✦ Инфилтрат параметритдан ташқарига тарқалиши мумкин. Олдинга қараб тарқганида чов боғлами устидан пайпасланади, ёнбош суяклар олд – юқори қирраси перкуссиясида бўғиқлашиш аниқланади (Гентер белгиси). Яллиғланиш пуфак атрофи тўқимасига ўтганида, инфилтрат қорин пардасининг орқа юзаси бўйлаб киндикка тарқалиши мумкин (қорин девори крахмалланган енгча ҳолатини туғдиради). Параметрийнинг юқори қисмидан инфилтрат буйрақларгача тарқалиши мумкин.

- Иситма 1 – 2 ҳафта кузатилиб инфилтрат аста – секин сўрилади. Баъзи ҳолларда инфилтрат йиринглайди ва тана ҳарорати ремиттирловчи бўлиб, қалтираш ҳуружлари пайдо бўлади.
- **Даволаш:** кўзғатувчи сезгирлигини ҳисобга олган ҳолда антибиотикотерапия; абсцесс ҳо бўлганида йирингли қопча кесиб очилади.

Туғруқдан кейинги пельвиоперитонит – чанок бўшлиғи билан чегараланган қорин парданинг яллиғланиши. Касалликнинг ўткир даврида серозли ёки сероз – фибринли ажралма; 3 – 4 кунга келиб, йиринг ҳо бўлади. Фибрин тўқима йирингли ўчоқни чегаралаб, чарви ва ичак ҳалқаларини чанок аъзолари билан бириктиради • Туғруқдан кейинги ўткир тарқоқ перитонитдан фарқли ўлароқ, пельвиоперитонитда маҳаллий белгилар устун туради. Касаллик бошланишида тарқоқ перитонит клиникасини беради: ўткир бошланади, иситма, қалтираш, қорин пастки қисмида кескин оғриқлар, кўнгил айниши, қайт қилиш, қорин шиши ва таранглашуви билан давом этади; Шёткин – Блюмберг белгиси мусбат. 1-2 кун ўтгач бемор умумий аҳволи яхшиланади, қорин шишганлиги пастки қисм билангина чекланади, деворидаги қорин бўшлиғи яллиғланган ва соғлом қисмлари чегарасида кўндаланг ариқча аниқланади. Қин орқали текширувда касалликнинг биринчи кунларида қин орқа гумбазини ярим ойсимон шаклда кўтариб турувчи суюқлик топилади, у аввал хамирсимон, сўнг эса зич – эластик хусусиятга эга бўлади. Ажралма бачадонни олдига ва юқорига житади. Касаллик 1 – 2 ой давом этади • Даволаш – кенг таъсирга эга антибиотиклар, инфузион ва десенсибиловчи терапия. Экссудат йиринглаганда кольпотомия амалга оширилади.

Туғруқдан кейинги тромбофлебит – туғруқдан сўнг инфекциянинг тос веналари бўйлаб тарқалиши оқибатида вужудга келади • **Метротромбофлебит** тахикардия, бачадон субинволюцияси, узоқ муддат давом этувчи кўп миқдорли қонли ажралмалар келиши билан давом этади. Қонда енгил лейкоцитоз, лейкоцитлар формуласи чапга жиган, ЭЧТ бир оз ортган. Қин орқали текширувда ёмон қисқарган бачадон аниқланади, шикастланган веналар бачадон сербар бойлами асосида ва чанок ёнбош деворида оғриқли зичлашган ва эгри – бугри битишма кўринишида пайпасланади. Тухумдон чигали веналари жароҳатини аниқлаш қийинчилик туғдиради. Қин орқали текширувда яллиғланишли ўзгарган ҳоаларни

эслатувчи катта бўлмаган инфилтрат аниқланади. Тухумдон чигали тромбофлебитда ички ёнбош вена тромбози ва ўпка артерияси тромбоэмболияси келиб чиқиш эҳтимоли юқори

- **Оёқлардаги чуқур веналар тромбофлебити** туғруқдан 2 – 3 ҳафта ўтгач ривожланади
- ★ Касаллик одатда оёқларда ўткир оғриқ, эт увишиши ва ҳароратнинг кўтарилиши билан бошланади. Оёқнинг совуқ қотиши ва қумурсқа юргандек ҳис кузатилади
- ★ Ёнбош – сон тромбофлебитда оралик ва ёнбош соҳаларда, қорин девори олд ва ён сатҳларида тери ости веналарининг кенгайганлиги аниқланади. Ёнбош соҳа пайпасланганда оғриқли инфилтрат топилади; одатда соннинг юқори учдан бир қисмида, томир – нерв боғлам бўйлаб оғриқ кузатилади. Ташқи ёнбош ва тўш ости веналари шикастланганида қорин пастки қисмида ва бел соҳасида, баъзида жинсий лабларда ҳам шиш бўлиши мумкин. Сон венаси тромбофлебитда илк белгилар – чов бурмаси ликлашуви, сон учбурчаги соҳаси пайпасланганда оғриқ; унинг чуқур қисмида қалинлашган томирлар пайпасланади, сонда тери ости веналари кенгайди. Кам ҳолларда болдирда шиш, болдир мушаклари оғриқли эканлиги аниқланади. Касаллик 4 – 6 ҳафта давом этади. Иситма бир неча кундан 2 – 3 ҳафтагача кузатилади
- **Даволаш:**
 - ★ Ётоқ режими, зарарланган оёқ кўтариб қўйилади
 - ★ Оёқ эластик бинт билан боғланади
 - ★ Кенг таъсир доирасига эга антибиотиклар
 - ★ Десенсибилловчи воситалар
 - ★ Спазмолитиклар
 - ★ Қон ивиш системаси кўрсаткичлари назорати остида гепарин этил бискумоцетал ёки фениндион билан биргаликда буюрилади
 - ★ Тромбофлебит бошланғич босқичида тромб ҳо бўлганидан сўнг 24 соат ўтгач – фибринолизин ва гепарин в/и томчилаб
 - ★ Оёқ чуқур веналари тромбофлебитдан сўнг оёқни эластик бинт билан боғлаб, доимий равишда махсус тиббий трикотаж кийиб юриш тавсия этилади.

Авж олувчи тромбофлебит. Жараён вена деворининг ўчоқли яллиғланиши ва тромб ҳо бўлиши билан чегараланмайди, балки вена бўйлаб тарқалади. Тромб кўчганида ЎАТЭ ва ўпка инфаркти ривожланади.

- **Клиник манзараси.** Ўпка артерияси шохи эмболиясида унинг бошқа шохларининг рефлектор спазми ва бронхлар спазми юзага келади; ўткир юрак қон – томир етишмовчилиги шаклланади. Ўпка артерияси катта шохлари эмболиясида кескин беҳоллик ва рангпарлик пайдо бўлади, АБ пасаяди, тахикардия ва кўкрак қафасида оғриқ юзага келади. Катта бўлмаган шохлар эмболиясида нафас етишмаслиги, нафас олганда оғриқ, тахикардия кузатилади. Ўпка инфарктига хос белгилар: бронхиал шовқин билан нафаснинг сусайиши, инфаркт ташқи чегараси бўйлаб майда пуфакчали нам хириллашлар, тана ҳарорати кўтарилиши, лейкоцитоз
- **Даволаш**
 - ★ Дарҳол в/и морфин ва спазмолитиклар юборилади
 - ★ Кислород ингаляцияси
 - ★ Фибринолизин ва гепарин в/и томчилаб, сўнг – гепарин ва билвосита таъсирли антикоагулянтлар юборилади
 - ★ Ўпка артериясининг бош шохлари эмболиясида шошилиш хирургик операция амалга оширилиши зарур.

Туғруқдан сўнгги тарқок перитонит кўп ҳолларда (90% дан ортиқ) кесер қирқиш операцияси асорати сифатида, баъзан бачадон ҳоалари яллиғланишининг зўрайиши ёки септикопиемия ривожланганлиги оқибатида юзага келади. Хавф омиллари: ҳомиладорлик вақтида ўткир ва сурункали юкумли касалликлар, сувсиз

оралиқнинг узок муддат давом этганлиги (12 соатдан ортик), туғруқ вақтида қин орқали текширувнинг бир неча маротаба қайталаниши, септик эндометрит.

- **Этиологияси.** Энг кўп учрайдиган кўзғатувчилари – ичак таёқчаси ва аралаш грамманфий флора, баъзан – стафилококк.
- **Патогенези.** Перитонит кечишида 3 фаза фарқланади ✦ Биринчи фаза (бошланғич, химоя фазаси). Қорин бўшлиғида аввал сероз – фибриноз, сўнг фибриноз – йирингли ёки йирингли – геморрагик хусусиятли экссудат вужудга келади. Микроциркуляция бузилишлари ривожланади: қорин парда томирлари аввал қисқаради, сўнг – кенгайди, қон билан тўлиб, димланиш ҳолати юз беради. Суюқликнинг қорин бўшлиғига ажралиши кучаяди. Экссудатдан чиққан фибрин сероз юзаларга ўтиради ва уларни ўзаро бириктириб қорин пардасининг суюқликни сўриб олишига тўсқинлик қилади. Яққол ифодаланган гиповолемиа вужудга келади. Натрий ва калий ионларининг йўқолиши ичак атониясига олиб келади ✦ Иккинчи фаза (токсик). Яққол гемодинамика ўзгаришлари, микроциркуляция, буйрак ва жигар фаолияти бузилишлари, гипоксия авж олади ва моддалар алмашинувининг барча турлари ўзгаради. Гемодинамик бузилишлар қорин бўшлиғи томирларининг кескин кенгайиши ва уларда кўп миқдорда қон тўпланишига олиб келади. Ичакнинг тўлиқ парези ривожланади. Тўхтовсиз қайт қилиш танани сувсизланишини кучайтиради. Интоксикация ва микроциркуляция бузилишлари авж олиши оқибатида ички аъзоларда дистрофик жараёнлар ривожланади. Ацидоз ва тўқима гипоксияси авж олади ✦ Учинчи фаза (терминал, сўнги) гиповолемик шок, септик шок, юрак фаолияти бузилишлари билан давом этиб, бемор ўлимига олиб келади.
- **Клиник манзараси.** Қоринда оғриқ, кўнгил айниши, қайт қилиш, қорин дам бўлиши, ичак парези авж олади, тил куруқлашади. Қорин девори мушаклари таранглиги ва Щёткин – Блюмберг белгиси етарлича аниқ ифодаланмаслиги мумкин. Аускультацияда ичак перистальтикаси шовқинлари эшитилмайди («қабр сукунати» белгиси). Қорин бўшлиғи перкуссиясида эркин суюқлик, флюктуация белгиси ижобий эканлиги аниқланади. Тана ҳарорати юқори, баъзан субфебрил, томир уриши тезлашган, АБ пасайган.
- **Даволаш.** Хирургик усул билан бир қаторда жадал консерватив терапия қўлланилади: антибиотиклар, дезинтоксикация воситалари (полиглюкин, гемодез ва ҳ.к.), КИМ (Кислота – Ишқорли Мувозанат) ва сув – электролит мувозанатини меъёрига келтириш.

Инфекцион – токсик шок – токсемия натижасида юзага келувчи оғир ҳолат. Хужайра ва тўқималарнинг токсинлар билан тўлиқ зарарланиши оқибатида микроциркуляция бузилишлари натижасида артериал гипотензия, олигурия, тахикардия, тахипноэ, иситма ривожланади. Асосий зарарланишлар эндотоксин таъсири (микротаначалар хужайраси иссиқликка чидамли липополи – сахаридли бирикма) билан боғлиқ. Баъзида граммусбат бактериялар токсинлари, вирус ва хамиртурушсимон замбуруғлар сабабчи бўлади.

- ✦ Этиотроп терапия ✦ Антибиотиклар (бактериостатик препаратлар қўлланиши мақсадга мувофиқ, чунки бактерицид препаратларни қўллаш

эндотоксемияни кучайтириб, бемор умумий аҳволини ёмонлашишига олиб келиши мумкин) ✦ Антистафилококк зардоб ва γ – глобулин (стафилококк инфекциясида) ёки янги музлатилган қон зардобини (қўзғатувчи аниқ бўлмаганида) юбориш.

- ✦ Патогенетик терапия ✦ Ҳажм тўлдирувчи эритмалар ёрдамида гиповолемияни бартараф этиш ✦ Микроциркуляцияни яхшилаш мақсадида реополиглюкин қуйиш ✦ Томирлар фаолиятини қўллаб – қувватлаш учун – допамин ✦ Интоксикацияни бартараф этиш учун – гемодез ✦ Зарурият бўлганда – диуретиклар ✦ Юқори миқдорларда ГК юбориш мақсадга мувофиқ эканлиги тўғрисидаги фикрлар турлича ✦ Юрак гликозидлари – кўрсатма бўйича ✦ Ҳозирги вақтда фаол бўлмаган иммунотерапия (липополисахаридларга қарши моноклонал АТ) имкониятлари ва таъсир доираси ўрганилмоқда.

Сепсис – бактеримияларнинг қон – томир ўзанида ҳаётга хавф солиш даражасида кўпайиши. Метастазсиз (септицемия) ва метастазли сепсис (септикопиемия) фарқланади.

- Септицемия – бактерияли ва яққол интоксикация билан кечувчи ўткир систем касалликдир. Кўп ҳолларда туғруқдан 2 – 3 кун ўтгач бошланади. **Клиник манзараси**; ремиттирловчи ёки интермиттирловчи турдаги иситма, қалтираш, кўп терлаш, томир уриши тезлашган, тўлишиши паст, тери қопламлари рангпар, тили қуруқ, қонда енгил лейкоцитоз ва улар формуласининг сезиларли чапга жиганлиги, ЭЧТ кескин кўтарилган, камқонлик, сариқлик, гепатоспленомегалия, бактериурия, протеинурия, цилиндрурия.
- **Даволаш** ✦ Антибактериал ва дезинтоксикациали терапия ✦ Ўпка ёки плевра эмпиемаси, буйрак ёки жигар абсцесси, йирингли менингит, септик эндокардит ривожланган ҳолларда махсус ёрдам зарур ✦ Сепсисда муҳими – қўзғатувчи турини аниқлаш ва микротаначанинг антибиотикларга сезгирлигини ҳисобга олган ҳолда даво ўтказиш. Препаратни текширув натижалари олингунга қадар юборилиш бошланади.

Анаэроб инфекция, одатда ноқонуний аборт оқибатида келиб чиқади. Энг кўп учрайдиган қўзғатувчиси – *clostridium perfringens*, некрозга учраган тўқималарда кўпаяди. Некроз тезлик билан тарқалади, юмшоқ тўқималар емирилиши натижасида газ ҳо бўлади. Токсемия катта хавф туғдириб, унинг натижасида оғир интоксикация вужудга келади. Жараён чегараланган бўлиши мумкин (бачадоннинг катта бўлмаган қисми билан чекланган). Бачадон гангреназида (сероз қаватгача тарқалган) қорин бўшлиғида сероз – геморрагик ажралма тўпланади.

- **Клиник манзараси**. Касаллик тез авж олади, беморнинг умумий аҳволи ёмонлашади, нафас етишмаслиги, цианоз, безовталиқ кучайиб боради. Уч белги хос: бронза тусдаги сариқлик, гемоглобинемия ва гемоглобинурия. Гиалинли цилиндрлар хо бўлиши, анурия билан нефрит ривожланади. Касалликнинг илк даври оғир интоксикация билан кечади: бу даврда бемор септик шокдан ҳалок бўлиши мумкин. Иккинчи даврида ЎБЕ белгилари кузатилади. Ўлим ацидоз оқибатида нафақат олигоурия, балки полиурия фазасида ҳам рўй бериши мумкин. Касаллик 1 – 2 кундан бир неча ҳафтагача давом этади.

- **Даволаш** ✦ Хирургик усул – бачадон бўшлиғини тозалаш (аспирация) ёки абдоминал гистэректомия ✦ Антибиотикларни катта миқдорларда қўллаш ✦ Таркибида юқори миқдорда махсус АТ тутган зардоб юбориш ✦ Қон алмаштириб қуйиш ✦ Оксигенотерапия.

ХКК – 10 • O85 Туғруқдан сўнги сепсис • **O86** Туғруқдан кейинги бошқа инфекциялар

Сийдик чиқариш йўллари инфекциялари туғруқдан кейинги даврда кўп учрайди.

- **Сабаблари** ✦ Туғруқ вақтида сийдик қопчаси жароҳати ✦ Сийдик қопи гипотонияси, айниқса ўтказувчи анестезия бажарилганда ✦ Катетеризация қилиш.
- **Даволаш** ✦ Антибиотиклар – қўзғатувчисини сезгирлигини ҳисобга олган ҳолда. Микротанача турини аниқлаш имкони бўлмаганида кенг таъсир доирасига эга антибиотиклар қўлланилади ✦ Нитрофуран унумлари (фуразолидон, нитрофурантоин), сульфаниламидлар ✦ Ўсимлик препаратлари (толокнян барги дамламаси) ✦ Сийдик ҳайдовчи воситалар. **ХКК – 10 • O86** Туғруқдан сўнги бошқа инфекциялар.

ПИЕЛОНЕФРИТ

Пиелонефрит – буйракларнинг оралик тўқимаси, косача – жомча тизимининг жароҳатланиши билан кечадиган носпецифик инфекцион касаллик.

ХКК – 10: • N10 Ўткир тубуло - интерстициал нефрит • **N11** Сурункали тубуло – интерстициал нефрит.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯСИ

Касалланиш: 1000 аҳолига 18 киши.

Тарқалганлиги: аҳолининг 6 – 30% да учрайди (аутопсия маълумотлари бўйича), нефрологик касалликларнинг ярмини ташкил этади. Белгиларсиз кечадиган бактериурия эркакларда 0,5%, қизларда 1 – 4%, аёлларда 5 – 10%, ҳомиладорларнинг 4 – 7% да учрайди.

Ўлим: маълумотлар турлича, касаллик септик, йирингли пиелонефрит билан асоратланганида, сийдик йўллари обструкцияси даволанмаган ҳолларда ўлим билан тугаши мумкин.

Жинси, ёшига боғлиқ хусусиятлари. Аёлларга ёшидан қатъий назар, эркакларга нисбатан 2-5 мартаба кўпроқ, 2-15 ёшли қизлар, ўғил болаларга нисбатан 6 марта кўпроқ касалланадилар, навқирон ва ўрта ёшдаги эркак ва аёллар ўртасида ҳам деярли шундай нисбат кузатилади. Навқирон ёшдагиларга нисбатан кекса ёшдаги эркакларда пиелонефрит простата безининг хавфсиз гиперплазияси оқибатида кўпроқ учрайди ва ушбу ёшдаги аёлларга нисбатан кенг тарқалган.

ПРОФИЛАКТИКАСИ

- Умумий тавсиялар (самарадорлиги текширувлар орқали исбот этилмаган): Кундалик сийдик миқдорини кўпайтириш – қарши кўрсатмалар бўлмаганда, кам қувватли суяқлик кунига 2 литрдан ортиқ қабул қилиниши, сийдик қопчасини

ўз вақтида бўшатиб туриш, шахсий тозалик қоидаларига риоя қилиш, совук қотишни бартараф этиш.

- Бирламчи профилактика – пиелонефритга олиб келувчи хавфли омилларни бартараф этиш ♦ Сийдик тизими аномалиялари, сийдик-тош касаллиги оқибатида юзага келган уродинамика бузилишларини меъёрига келтириш ♦ Простата беши (хавфсиз дисплазия, простатит) ва гинекологик касалликларни даволаш ♦ Имкон қадар сийдик қопчасига катетер ўрнатмасликка ҳаракат қилиш ♦ ҚД ни тўғри даволаш ♦ ЯҚНДВ тез – тез қабул қилишни тўхтатиш ♦ Ўчоқли инфекция ва умумий юқумли касалликларни даволаш.
- Пиелонефрит қайталанишини олдини олишда «клюква» шарбати ёрдам бермайди.

СКРИНИНГ

Фаол пиелонефрит

- Клиник учлик: белда оғриқ, иситма, сийдик синдроми (дизурия – сийдик ажралиши тезлашган ва оғриқли) ва сийдикдаги (лейкоцитурия ва бактериурия) ўзгаришлар.
- Синама қаламчалари (тест - полосок) ёрдамида экспресс – диагностика ўтказиш юқори маълумот беради: 1) лейкоцитурия – кўриш майдонида 3 та лейкоцит ва 1-2 та эритроцит, емирилган хужайраларни аниқлаш имконини беради; 2) бактериурия (нитритли синама). Нитритли синаманинг мусбат бўлиши сийдик йўллари инфекциясини тасдиқлайди, манфий бўлиши эса уни инкор этиш имконини бермайди (усул сезгирлиги 40%), чунки коккли флорада (*Staphylococcus saprophyticus*, энтерококк) нитритли синама доим манфий бўлади.
- Экспресс – диагностика ўтказиш имкони бўлмаганда сийдик чўкмаси микроскопияси кўрув майдонида (сийдикнинг умумий таҳлили) ёки 1 мл. сийдикнинг ўрта қисмида (Нечипоренко бўйича таҳлил) лейкоцитлар сони саналади. Меъёрда эрталабки сийдикда аёлларда 3 – 4 ва эркекларда 1 – 2 лейкоцит (нейтрофил), эритроцит 0 – 1, эпителий хужайралари 1 – 2 дона бўлади.
- Аёлларда асоратланган пиелонефритда умумий аҳволи қониқарли бўлганда ва антибиотиклар билан ўтказилган қисқа муддатли давога ижобий жавоб олинганида сийдикнинг қайта бактериологик текшируви (бактериологик экма) талаб қилинмайди.

Фаол бўлмаган пиелонефрит (ремиссия, латент кечиши).

- Пиелонефрит фаоллик белгилари кузатилмаган ҳолларда, экстрауренал клиник белгилари юзага келиши мумкин (барча беморларда эмас), буларга АГ, камқонлик киради.
- Сийдик зичлиги пасайган, полиурия, никтурия, сийдик рН ортиши (доим эмас), бактериурия (ҳаммада эмас), лейкоцитурия.
- Буйракларнинг анатомик ўзгаришлари, УТТ да аниқланади (тўқимасининг зичлашуви ва кичиклашуви, косача – жомча системасининг деформацияси ва кенгайиши, буйрак чегаралари деформацияси, буйрак ўлчамларининг кичиклашуви).

Белгиларсиз кечадиган бактериурия

- Пиелонефритнинг клиник – лаборатор белгилари бўлмаганида диагностика қилинади ва одатда тасодифан аниқланади.
- Белгиларсиз кечувчи бактерия асоратлар хавфи юқори бўлган беморларда фаол аниқланиши лозим ♦ Ҳомиладорларда: энг мақбул муддат– ҳомиладорликнинг 16 ҳафтаси ♦ Аъзо ичи урологик муолажалар ўтказилган аёллар ♦ Иммунотанқисликларида (иммуносупрессив терапия, ОИВ – инфекцияси) ♦ 6 ёшдан кичик болада келиб чиқиши номаълум иситма ёки сийдик йўллари инфекцияси клиник белгилари кузатилганда.

КЛАССИФИКАЦИЯСИ

- Ўткир – сероз ёки йирингли, сурункали – яширин ва қайталанувчи.
- Бирламчи – уродинамика бузилишлари бўлмаган соғлом буйракда, иккиламчи – буйрак касаллиги, ривожланиш нуқсони ва уродинамика бузилишлари асосида (сийдик чиқариш йўли торайиши, простата беши хавфсиз гиперплазияси, сийдик-тош касаллиги, сийдик чиқариш йўллари атонияси, рефлюксли дискинезиялар) ривожланади.
- Касалхонадан ташқарида (амбулатор) ва касалхона ичи (нозокомиал) – шифохонада 48 соат ичида ривожланувчи.
- Сурункали қайталанувчи пиелонефрит фазалари: зўрайиш (фаол пиелонефрит), ремиссия (фаол бўлмаган пиелонефрит).
- Жойлашиши: бир томонлама (камдан – кам ҳолларда) икки томонлама.
- АГ билан ёки у сиз.
- Асоратланмаган (одатда амбулатор беморларда), буйрак абсцесси, карбункул, паранефрит, сепсис (кўпроқ шифохонадаги беморларда) билан асоратланган, катетер ўрнатиш, уродинамика бузилишлари (сийдик – тош касаллиги, буйрак поликистози, простата безининг хавфсиз гиперплазияси) иммунотанқислиги ҳолатлари (ҚД, нейтропения).
- Буйраклар фаолияти – сақланган, бузилган, СБЕ.

Алоҳида клиник шакллари • Янги туғилган чақалоқлар ва болаларда учрайдиган пиелонефрит • Кекса ва қари ёшда учрайдиган пиелонефрит • Гестацион пиелонефрит – ҳомиладорларда, туғруқ вақтида, туғруқдан сўнг • Тошли пиелонефрит • ҚД билан касалланган беморларда пиелонефрит • Орқа мия жароҳати бўлган беморларда пиелонефрит • Бошқа (кам учрайдиган) шакллари.

ЭТИОЛОГИЯСИ

- Ўткир кўтарилувчи пиелонефритнинг энг кўп учрайдиган сабаби – *E. coli* ва *Staphylococcus saprophyticus*, баъзан уропатоген грамманфий ичак бактериялари, энтерококк ва *S. aureus*, ўткир гематоген пиелонефрит сабаби – *S. aureus* ва *Candida albicans*.
- Асоратланган пиелонефритнинг асосий сабаблари *E. coli*, *Klebsiella*, *Proteus*, *Enterobacter* турлари. Бошқа грамманфий бактериялар, энтерококклар – *Candida albicans*, *Candida* турлари, микротаначаларни бирга қўшилиб келиши.

ДИАГНОЗ

Диагноз қўйишнинг энг мақбул усули – касаллик тарихини ўрганиш ва объектив кўрик, бактериурия ва лейкоцитурияни аниқлаш.

АНАМНЕЗ ВА ФИЗИКАЛ ТЕКШИРИШЛАР

Ўткир асоратланмаган пиелонефрит (ёки ўткир асоратланмаган пиелонефрит қайталаниши)

- Деярли соғлом беморда кўкқисдан тана ҳарорати кўтарилиши, белда оғриқ ва бу ҳолатнинг совуқ қотганлик билан боғлиқлиги.
- Буйракдан ташқари жойлашган қайталаниб турувчи инфекция мавжудлиги.
- Касаллик тарихида обструкция, тош бўлганлиги нейроген сийдик қопчаси, яқин орада сийдик йўллари катетер ўрнатилганлиги ёки сабабсиз иситма ва оғриқ кузатилмаганлигини аниқлаш.
- Касаллик тарихида ёки ҳозирги вақтда ҳам ҚД касаллиги белгилари мавжудлиги. Ўткир пиелонефрит ҚД билан касалланмаган беморларга нисбатан ҚД лиларда 5 марта кўп учрайди. ҚД сийдик йўллари инфекциясининг клиник белгилари яққол ифодаланган ҳолда кечиши хавфини оширади.

Ўткир асоратланган пиелонефрит (ёки ўткир асоратланган пиелонефрит қайталаниши).

- Фебрил иситма, совуқ қотиш кўп миқдорда тер босиши.
- Бел соҳасида оғриқ.
- Кўнгил айнаши, қайт қилиш.
- Антибактериал терапия таъсир кўрсатмаслиги.
- Обструкция, тошлар, нейроген сийдик пуфаги белгилари ёки катетер ўрнатилгандан кейинги ҳолат (цистоскопия).
- Асоратланган пиелонефрит (абсцесс, карбункул, эмфиземали пиелонефрит, буйрак атрофи абсцесси кўпроқ ҚД билан касалланган беморларда аниқланади) беморларнинг бошқа гуруҳларига нисбатан ҚД билан оғриган шахсларда кўп кузатилади.

Фаол бўлмаган сурункали пиелонефрит (яширин кечиши ёки тинч даври).

- Клиник белгилари бўлмаслиги мумкин (50 – 60% ҳолларда).
- Субфебрилитет, терлаш, совуқ қотиш, интоксикациянинг бошқа белгилари.
- Бел соҳасида оғриқ.
- Полиурия, никтурия, баъзан дизурия.
- АГ (70% дан ортиқ беморларда).
- Объектив кўрик маълумотлари.
 - ◆ Фаол пиелонефритда буйрақлар пайпасланганда оғриқли, қорин девори мушаклари ва/ёки қовурға диафрагма бурчагида мушаклар таранглиги, Пастернацкий белгиси мусбат, фаол бўлмаган пиелонефритда клиник белгилар одатда бўлмайди.
 - ◆ Инфекцион (сепсис, зотилжам) ва умумий (ҚД) касалликларни, иммунтанқис ҳолатларини (цитостатиклар ва/ёки преднизолон қабул қилиш хужайра ва гуморал иммунитет нуқсонлари), гормонал мувозонат бузилиши (хомиладорлик, ҳайз тўхташ даври, хомиладорликка қарши воситаларни узок муддат қабул қилиш), инфекция гематоген йўл билан тарқалганда кўшни

тўқималарда инфекция ўчоқлари (панариций, фурункул, ангина, зотилжам) мавжудлигини аниқлаш.

ЛАБОРАТОР ТЕКШИРУВЛАР

- Қон таҳлили: ЭЧТ ортиши, нейтрофил лейкоцитоз, баъзида лейкопения, лейкоцитлар формуласи чапга жиган (ўткир асоратланган пиелонефритда), камқонлик (сурункали пиелонефритда бир қисм беморларда).
- Сийдик таҳлили (нейтрофил) – белгининг сезгирлиги 91%, хусусийлиги 50%.
 - ◆ Бактериурия (1 мл. сийдикда микроблар миқдори 10^5 дан ортиқ бўлганида аниқланади); бу ҳолат бактериялар қиндан, ташқи жинсий аъзолардан, ичакдан тушганида ҳам юзага келиши мумкин (ёлғон мусбат натижа). Синаманинг сезгирлиги 61 – 88%, хусусийлиги 65 – 94%; бу кўрсаткичлар сийдик центрифугада айлантирилганда ортади, ижобий натижа мезонлари билан аниқланади, пешоб йўллари инфекцияси шаклига боғлиқ.
 - ◆ 1 мл. сийдикдаги бактериялар сонини ҳисоблаш ★ Фаол пиелонефрит кўрсаткичи – 100 000 КХБ/мл. аниқлаш ★ Грамманфий микрофлоралар чақирган фаол пиелонефритнинг кўрсаткичи бўлиб бактериялар сонининг 10^{5C} дан кўп бўлиши, шунингдек 10^3 КХБ/мл.дан кам бўлиши (пиелонефритнинг бошланғич даври, обструкция, кўп диурез, иммунсупрессив даво, *S. aureus*, *S. saprophyticus* ва *Enterococcus* билан инфицирланиш; сезувчанлик 51 %, спецификлик 99 %).
 - ◆ Протеинурия жуда кам ёки енгил ифодаланган.
 - ◆ Гипостенурия (олигурияда гиперстинурия бўлиши мумкин).
 - ◆ Микрогематурия (баъзан макрогематурия – буйрак сўрғичлари некрозида).
 - ◆ Сийдикнинг ишқорий реакцияси (*Proteus*, *Klebsiella* ва *Pseudomonas* турлари билан инфекцияланганда).
- Қўзғатувчини бир хиллигини ва уни антибиотикларга сезгирлигини аниқлаш мақсадида қуйидаги ҳолларда сийдикни албатта бактериологик текшириш (бактериологик экиш) зарур.
 - ◆ Пиелонефритга гумон бўлганда, аммо экспресс – диагностика натижаси манфий.
 - ◆ Ўткир асоратланмаган пиелонефритда – амбулатор беморларда эмпирик терапиядан сўнг даволаш бошлангандан 5 - 7 кундан кейин динамикада мусбат ўзгаришлар бўлмаганда.
 - ◆ Сурункали пиелонефрит қайталанганда – ҳар доим.
 - ◆ Шифохонадаги беморларда (қабул қилинаётганда).
 - ◆ Пиелонефритнинг асоратланиш хавфи юқори бўлган беморларда: ҚДли беморларда, сийдик чиқарув йўллари касалликлари ва аномалиялари мавжуд бўлганда, ҳомиладорларда, қарияларда, простатит ва простата безининг яхши сифатли гиперплазияси бўлган эркакларда, олти ёшгача бўлган болаларда, иммунтанқислик ҳолатдаги беморларда.
- Беморларнинг учдан бирида қонни гемокультурага экиш пиелонефрит қўзғатувчисини аниқлаш имконини беради. Ушбу текшириш усули иситмалаш,

лейкопения, инфекция ўчоқлари мавжудлигига шўбха бўлган беморларда ва иммунтанқислик ҳолатларида ўтказилади.

- Қонда мочевина ва креатинин миқдорини аниқлаш (асоратланган пиелонефритда ортиши мумкин).
- СРО (иситма ва лейкоцитоз мавжудлигида аниқланмаса ҳам бўлади).
- Ҳомиладорликни аниқлаш синамаси.
- Қонда глюкоза миқдорини аниқлаш.
- Қондаги электролитлар (оғир кечаётган пиелонефритда, буйрак етишмовчилигида, сувсизланиш, ҚД, ҳомиладорликда).

МАХСУС ТЕКШИРУВЛАР

- Буйракларни УТТ унинг бошқа касалликлари билан дифференциал диагнозни ўтказиш (ўсма, , қон қуйилиши), обструкция, йирингли ўчоқларни (абсцесс, карбункул) аниқлаш имконини беради.
 - ◆ Ўткир пиелонефритда – ўлчамлари катталашган, товуш ўтказиши сустлашган, буйрак чегаралари аниқ, равон.
 - ◆ Сурункали пиелонефритда – ўлчамлари кичиклашган, товуш ўтказувчанлиги ортган, косача – жомча тизимининг деформацияси ва кенгайиши, буйрак чегаралари ғадир – будир, ўлчам ва чегарасининг ассиметрияси.
 - ◆ Сийдик йўллари обструкциясида – гидронефроз тошлар.
- Ҳомиладорларда хромоцистоскопия ўтказиш зарарланган буйрак (ёки икки буйракнинг) хиралашган, сийдик ажралиши жароҳатланган томонда индигокармин ажралиши секинлашган ёки сустлашган.
- Кўрсатма бўйича нур ёрдамида текширув ўтказиш (умумий рентгенография, экскретор урография радиоизотопли ренография, КТ, МРТ) буйрак ва сийдик ажратиш йўлларида тўқима ўзгаришларини аниқлаш имконини беради.
 - ◆ Кенг ҳажмли рентгенография: буйраклардан бири катталашган ёки кичиклашган, чегаралари нотекис, баъзида тош сояси.
 - ◆ Экскретор урография – (асосан фаол бўлмаган даврда ўтказилади, фаол даврда эса фақат ҳаётининг кўрсатмалар бўйича урологик операцияларни амалга оширилиши заруриятида; СБЕ қатъий монелик – тош борлиги гумон қилинган ҳолларда)
 - ◆ Ўткир пиелонефритда – зарарланган томондан контраст модда кеч ажрала бошлаши, кучи ва тезлиги сустлашганлиги аниқланади
 - ◆ Сурункали пиелонефритда – косача ва жомчаларнинг кенгайиши ва деформацияси.
 - ◆ Радиоизотопли ренография ва сцинтиграфия: буйрак ўлчамлари меъёрда ёки кичиклашган, изотоп тўпланиши сустлашган, ренографик кўрсаткичларнинг секретор ва экскретор босқичлари узайган.
 - ◆ КТ ва МРТ – УТТ маълумотлари бўйича буйракда ўзгаришлар мавжудлигида ёки қайталаниб турувчи пиелонефрит ва УТТ маълумотлари қониқтирмаган ҳолларда амалга оширилади.

ДИФФЕРЕНЦИАЛ ДИАГНОСТИКАСИ

- Иситма билан давом этувчи юқумли касалликлар (қорин тифи, безгак, сепсис).
- Пионефроз.

- Гидронефроз: УТТ – зарарланган томонда буйрак катталашган ва косача – жомча тизими кенгайган, экскретор урографияда – сийдик йўллари тўсиғи.
- Буйрак инфаркти: гематурия, олигурия, септицемия, ҳилпилловчи аритмия, атеросклероз, аортоартерит билан касалланган беморда.
- Зотилжам.
- Холецистит ёки ўт – тош касаллиги: ўрта ёшли аёллар кўп касалланади, белгиларсиз бактериурия ва пиурия эҳтимоли мавжуд, УТТ да ўт пуфагида ўзига хос ўзгаришлар аниқланади.
- Ўткир панкреатит: қондаги липаза ва амилаза фаоллигини аниқлаш, эркин мой кислоталарининг зардобдаги миқдори. Қорин бўшлиғини УТТ ёки КТ ёрдамида текшириш.
- Ўткир аппендицит.
- Талоқ инфаркти.
- Аортанинг кўчаётган аневризмаси: атеросклероз, хавфли АГ билан касалланган кекса ёшли беморларда ривожланади, аускультацияда систолик шовқин кўшимча – УТТ ва аортографияда ўзгаришлар.
- Гломерулонефрит: оғриқ ва иситма хос эмас, бактериурия йўқ, эритроцитурия лейкоцитурияга нисбатан устун туради, лейкоцитар формулада лимфоцитлар миқдори ортган, буйракларда сўрилиш фаолияти кеч босқичларда бузилади, УТТда косача – жомча тизими деформацияси, буйрак чегаралари ва ўлчамларида ўзгаришлар йўқ.
- Тубоовариал абсцесс: белгиларсиз кечадиган бактериурия ва пиурия навқирон ёшдаги аёлларда, кичик тос аъзолари УТТ, КТ, эндоскоп ёрдамида текширув.
- Буйрак и: «стериль» пиурия, Манту синамаси ва сийдикнинг таёқчасида текширув тахлили мусбат; УТТда ўзига хос ўзгаришлар – гидронефроз, буйракда кальцификат, каверналар, чандиқли деформациялар; эндоскопик урография-гидронефроз, косача – жомча тизимининг «моргаритка» кўринишидаги деформацияси, каверналар, стриктуралар, ярали нуксонлар, «тасбеҳсимон» сийдик чиқариш найи, «тортилган камон» белгиси; КТ маълумотлари.

МУТАХАССИС МАСЛАҲАТИГА КЎРСАТМАЛАР

- Уролог: асоратланган пиелонефрит (хирургик даволаш амалга оширилиши), уродинамика бузилишлари.
- Хирург: асоратланган пиелонефрит (хирургик даволаш ўтказилиши мумкин). Хирургик касалликка гумон қилинганда (холецистит, ўткир аппендецит, дивертикулит, ўткир панкреатит).
- Гинеколог: тубоовариал абсцесс шубҳа қилинганда (хирургик даволаш).
- Эндокринолог: ҚД билан касалланган беморларда пиелонефрит (қонда глюкоза миқдорини меъёрига келтириш).

ДАВОЛАШ

Даволашдан мақсад

- Клиник – лаборатор соғайиш.

- Қўзғатувчини эрадикацияси (абактериурия, сийдик бактериологик экмасининг натижалари манфий), зўрайишлар йўқлиги. Ўткир пиелонефритда эрадикацияга 99% ҳолларда эришиш мумкин.
- Эрадикация имконияти бўлмаганда (асоратланган сурункали пиелонефрит) – яллиғланиш жараёни фаоллигининг клиник – лаборатор кўрсаткичларини меъёрга келтириш.
- Асоратларни олдини олиш ва уларни бартараф этиш.

ШИФОХОНАГА ЁТКИЗИШГА КЎРСАТМАЛАР

Даволаш тартиби (амбулатор, касалхонада) қуйидагилар бўйича танланади • Дори воситаларни оғиз орқали қабул қилиш имконияти • Асоратлар мавжудлиги • Урологик аралашув зарурияти.

Бемор ДВ оғиз орқали қабул қила олмаса, (кўнгил айнаш, қайт қилиш), асоратлар мавжудлиги (артериал гипотензия, шок ёки сепсис), йирингли пиелонефрит ёки сийдик йўллари обструкциясида, урологик муолажалар ёки хирургик операция ўтказиш зарурияти бўлганида шифохонада даволаш тавсия этилади.

Ҳомиладор ва ҳомиладор бўлмаган аёлларда ўткир пиелонефритни амбулатор шароитда даволаш юқори самара бериши тасдиқланган. Бемор умумий ҳолати турғун эканлиги ва антибиотикларни оғиз орқали қабул қила олиши амбулатор даволаш мезони бўлиб хизмат қилади.

ДОРИЛАРСИЗ ДАВОЛАШ

Парҳез. Ўткир даврида 7а, сўнг 7 – парҳез столи. Кунлик ичиладиган суюқлик миқдорини 2 – 2,5 литргача кўпайтирилади, олигурия ва АГ да эса диурезни ҳисобга олган ҳолда суюқлик қабули чегараланади. Калькулёзли пиелонефритда парҳез конкрементнинг таркибига боғлиқ бўлади: фосфатурияда - сийдик кислоталилигини оширувчи, уратурияда эса унинг ишқорли муҳитини яратувчи парҳез буюрилади.

Физиотерапевтик даво (касалликнинг ижобий кечиши, қайталанишларни олдини олиш, буйрак фаолиятига таъсир қилинмаганда, ҳаёт сифатини яхшилади – оғриқни камайтиради, қон айланишини яхшилади) – сурункали пиелонефритда тана ҳарорати пасайтирилган ва кўзғатувчи эрадикациясидан сўнг тавсия этилади. Спазмолитиклар билан электрофорез ва индуктотермия қўлланилади. Сурункали пиелонефритнинг тинч даврида курортда даволаниш кўрсатилган.

ДОРИЛАР БИЛАН ДАВОЛАШ

Ўткир ёки сурункали пиелонефритнинг оқибати – қайталаниши (зўрайиши) антибактериал терапиянинг самарадорлигига билан белгиланади. Даволашнинг самарасизлиги эса бактерияларнинг антибиотикка турғунлиги билан боғлиқ. Бу ҳолат терапиянинг бактериологик ва клиник жиҳатдан ноҳуш яқун топаётгани билан ифодаланади.

Доимий қўлланиладиган антибиотикларга турғунлик географик ўринга ҳам боғлиқ. 2000 йиллардаги турғунлик таҳлили қуйидагича: ампициллинга – 97,8%, котримаксазолга – 92%, цефалотинга – 86,6%. ципрофлоксацинга – 38,8%, нитрофурантонга – 7,7%.

- Эмпирик антибактериал терапия (кўзғатувчи тури аниқланмасидан аввал) амбулатор шароитда 5 – 7 кун мобайнида ўтказилади. Антибактериал ДВ

уропатоген микроб таначалар учраш даражаси ва антибиотикка сезгирликнинг статистика маълумотлари асосида танланади. Даволаш 5 – 7 кун давомида самара бермаганида, сийдикнинг бактериологик экмасы ўтказилади.

- Сийдик бактериологик экмасы натижалари бўйича кўзгатувчи тури ва антибиотикларга сезгирлиги аниқлангандан сўнг мақсадга йўналтирилган терапия буюрилади.

ЎТКИР АСОРАТЛАНМАГАН ПИЕЛОНЕФРИТ

Антибактериал терапия буюришда пиелонефрит қайталаниши эътиборга олинади.

- Беморлар амбулатор шароитда даволанадилар.
- Тавсия этиладиган антибактериал ДВ ♦ Цефалоспоринлар 3 – авлоди (битта инъекцияни оғиз орқали қабул қилиш билан бирга қўшиш эҳтимоли) ёки фторхинолонлар (ҳомиладорлар мустасно) ♦ Ярим синтетик пенициллинлар ва аминопенициллинлар: амоксициллин (биринчи миқдори – 2 г., сўнг 1 г. дан кунда 2 марта 9 кун; ёки 750 мг. дан кунда 3 марта^B 12 кун мобайнида), амоксициллин нетилмицин билан бирга, пиперациллин 25 – 200 мг/кг/кунда, тикарциллин ♦ Ҳимояланган пенициллинлар: амоксициллин/клавулан кислотаси 500 мл. кунда 3 марта ёки 875 мг. кунда 2 марта ичилади, тикарциллин/клавулан кислотаси ♦ Аминогликозидлар: гентамицин 1,5 мг/кг. в/и ёки м/о, гентамицин цефокситин билан биргаликда.
- Ампициллин, ко-тримоксазол ва цефалоспоринларнинг биринчи авлодига микробларнинг турғунлигини ҳисобга олиб, улар эмпирик терапия учун қўлланилмайди.
- Микроблар турғунлиги юқори даражада бўлганида, кўп сонли дори аллергияси ва даволашга салбий клиник жавобда бир нечта препарат ёрдамида антибактериал терапия ўтказилади. Ижобий таъсирга эга қўшилмалар: пенициллин + аминогликозидлар, фторхинолон + пенициллин, фторхинолон + цефалоспоринлар.
- Ўткир асоратланган пиелонефритда антибактериал терапия ўртача 7 – 14 кун (яқин вақтларгача даволаш муддати 14 кун эди) олиб борилади. Ўткир пиелонефритда антибактериал терапиянинг энг қисқа муддати аниқланмаган, лекин камида 5 кун мобайнида ўтказилиши шарт ♦ Асоратланмаган ўткир пиелонефрит билан касалланган беморларда 7 кунлик терапия яхши самара бериши текширувларда исботланган ♦ Эмпирик терапия узоқ муддат буюрилиши – микроблар турғунлигининг юқори хавфи асосидир, жумладан, энтерококкларнинг ванкомицинга ва *E. coli* ва *K. pneumoniae* – фторхинолонга турғунлигини юзага келтиради. Ўтказилган текширувларда ципрофлоксацин билан 7 кунлик терапия-99% ҳолларда, ко – тримаксозол билан 14 кунлик терапия эса турғунлик оқибатида бор йўғи 18% ҳоллардагина бактериологик соғайишга олиб келиши яққол исботланган.
- Пиелонефрит билан касалланган беморларда қон ва сийдикнинг бактериологик текширувида одатда доим бир турдаги микроблар аниқланади шу сабабдан даволаш жараёнида антибиотик турини ўзгартириш талаб этилмайди, шунга қарамасдан зарурият бўлганда бошқаларини ҳам қўллаш мумкин.

ЎТКИР КАСАЛХОНА ИЧИ ЁКИ АСОРАТЛАНГАН ПИЕЛОНЕФРИТ

Эмпирик терапия бошланишида антибиотик в/и юборилади, кейин эса жараён турғунлашиб борган сари ва оғиз орқали қабул қилиш имконияти пайдо бўлгач, антибиотик ичишга буюрилади. Терапия муддати 14 кундан кам бўлмаслиги шарт.

- Аввал фторхинолон парентерал юборилади: ципрофлоксацин 200 – 400 мг. в/и, левофлоксацин 250 мг/кунда в/и; аҳволи турғунлашгач ва тана ҳарорати пасайгандан сўнг – ципрофлоксацин 250 – 500 мг/кунда, норфлоксацин 400 мг/кунда, офлоксацин 200 мг/кунда, левофлоксацин 250 мг/кунда.
- Оғир пиелонефрит, жумладан бактериемия (сепсис, сийдик йўллари обструкцияси ёки йирингли пиелонефритдан ташқари) билан касалланган беморларда циплофлоксациннинг в/и юборилиш ва ўткир пиелонефритда эса оғиз орқали қабул қилиниш самарадорлиги бир хил эканлиги исботланган.
- Муқобил ДВ (асосий препарат, яъни танлов препарати сифатида буюрилиши мумкин) ♦ Химояланган пеницилинлар (ампициллин – сульфактам кунда 1,5 – 3 г. в/и) ♦ Цефалоспоринлар 3 – авлоди: цефиксим, цефутоксим (кунда 2 – 4 г., м/о) цефтриаксон, цефотаксим, цефтазидин парентерал ёки цефутоксим, оғиз орқали қабул қилинади ♦ Аминогликозидлар: гентамицин оғир қўшма инфекцияларда 5 мг/кг. в/и кунда 1 марта, гентамицин + ампициллин, оксациллин ёки тобрамицин в/и, цефозалин ёки ампициллин билан биргаликда қўлланиши мумкин, амикацин 10 – 15 мг/кг/кунда 2 – 3 марта м/о, в/и (балки 1 – 2 кунда 1 марта қўлланилади) ♦ Стафилококкли инфекцияда ванкомицин 0,5 г. кунда 4 марта ёки 1 г. кунда 2 марта в/и томчилаб юборилади ♦ Замбуруғли инфекция шубҳа қилинганда флуконазол 0,2 – 0,4 мг/кунда ёки амфотерицин В – бошланғич дозаси 100 мкг/кг., ўртача миқдори 250 мг/кг. кун ора ёки ҳафтасига 2 марта в/и юборилади ёки ичишга буюрилади, бактериологик экма натижалари олингач эса мақсадли йўналтирилган терапия бошланади.
- Пиелонефрит асоратлар билан кечганида даволаш 14 кун ва ундан кўп муддат олиб борилади ҳамда обструкция ва нуқсонлар ҳам даволанади. Бу клиник соғайиш натижалари ижобий бўлишига олиб келади. Асоратланган пиелонефритда узокроқ вақт антибактериал терапия ўтказилиши ижобий натижаларга олиб келиши исбот этилмаган. Антибиотикларнинг қисқа муддат буюрилиши микробларнинг турғунлиги шаклланишига тўсқинлик қилади, самарасиз ДВ узок муддат қабул қилиниши эса даволаш кўрсаткичларини яхшиламайди, турғунлик эҳтимолини орттиради.

ҲОМИЛАДОРЛАРДА ПИЕЛОНЕФРИТНИ ДАВОЛАШ

- Ҳомиладорларда енгил ва ўрта оғир кечаётган пиелонефритда дори воситаларининг оғиз орқали қабул қилиниши самарадорлиги клиник текширувларда исбот қилинган: амоксициллинга ярим сунбий пенициллинларга, цефалоспоринларга (цефутоксим 750 мг. кунда 3 марта в/и) ва нитрофурантоинга (160 мг. кунда 2 марта в/и) сезгирлик тасдиқланган бўлса камида 5 кун мобайнида буюрилади.
- Ҳомиладорликда парентерал терапия фақат қуйидаги ҳолларда буюрилади: сепсис, нафас етишмовчилиги, тана ҳарорати юқори, артериал гипотензия, кўнгил айнаши, қайт қилиш, ўроқсимон хужайрали камқонлик, касаллик

тарихида буйракнинг сурункали касаллиги мавжудлиги, бемор билан алоқа етарлича эмаслиги.

- Гентамицин ҳомиладорларда сийдик чиқариш йўллари инфекцияларида якка ўзи ёки цефазолин ёки ампициллин билан биргаликда буюрилиши мумкин; ко-тримаксозол ва фторхинолонлар ҳомилага хавф туғдириши фақатгина ижобий натижа олинишига қатъий ишонч бўлгандагина, тетрациклин эса фақат ҳаётга хавф солувчи ҳолатдагина буюрилиши мумкин.
- Касаллик зўрайганида микробга қарши ДВ антибиотикка сезгирлик синамалари натижаларини ҳисобга олган ҳолда қисқа муддатга (3 кун) буюрилади.

БЕЛГИЛАРСИЗ БАКТЕРИУРИЯНИ ДАВОЛАШ

Юқори хавф гуруҳларида тавсия этилади • Буйрак кўчириб ўтказилган аёлларга • Ҳомиладорларга (пиелонефрит хавфи 20 – 40% ташкил этади) • Аёлларга, аъзо ичи урологик муолажалари ёки катетер ўрнатиш олдидан • ҚД ли аёлларда антибактериал терапия ўтказилмайди, чунки у сийдик йўллари инфекцияси клиник хавфини пасайтирмайди.

Белгиларсиз бактериурияда танлов препаратлари (ҳомиладор бўлмаган аёлларда) – ко-тримаксозол 160/800 мг. миқдорда кунига 2 марта 5 кун мобайнида (ёки бир мартаба 320/1600 мг., шу билан бирга ДВ ларни бир мартаба қабул қилиш муаммоси маълумотлар етарли эмаслиги туфайли ҳал этилмаган), фторхинолонлар – ципрофлоксацин 250 мг/кунда; офлоксацин 200 мг/кунда ёки левофлоксацин 250 мг/кунда.

Ҳомиладорларда бактериурияни даволаш. Ҳомиладорларда белгиларсиз бактериурияни аниқлаш ва антибактериал даволаш самарадорлиги кўпгина тадқиқотлар орқали исбот этилган (белгиларсиз бактериурияни аниқлаш дастури йўлга қўйилгандан сўнг ҳомиладорларда пиелонефрит учраш тезлиги 1,8 дан 0,6% гача камайди); даволаш амбулатор шароитда оғиз орқали қабул қилинадиган ДВ ёрдамида амалга оширилади. Ҳомиладорларда белгиларсиз бактериурия терапияси 4 – 7 кун мобайнида ўтказилиши препаратнинг бир мартабалик қабул қилинишига нисбатан яхши самара беради. Аниқланган микробларнинг антибиотикларга сезгирлигини ҳисобга олган ҳолда препаратлар ичишга буюрилади.

- Нитрофурантоин – ҳомиладорликнинг илк уч ойлигида хавфсиз ва тератоген таъсирга эга эмас.
- Метенамин 0,1 – 1 г. дан кунда 2 марта, сийдик йўллари юқори қисми нуқсонлари бўлмаганида сийдик йўллари инфекциялари зўрайишини олдини олишда фойда бериши мумкин.

БОЛАЛАРДА ҚАЙТАЛАНИШЛАРНИ ОЛДИНИ ОЛИШ

Болаларда сийдик йўллари инфекцияси қайталанишини олдини олишда антибиотикларнинг узок муддат қўлланиши ижобий самара беради. Нитрофурантоин энг самарали препарат. Шунингдек ўткир инфекция даволанганидан сўнг ко-тримоксозол (самараси нитрофуранга нисбатан паст) 20 – 40/100 – 200 мг. кунига 2 марта 10 кун мобайнида; 6 – 12 ойлик чақалоқларга ДВ 2/10 мг/кг. миқдорда буюрилади.

СИМПТОМАТИК ДАВОЛАШ

- Гиповолемиа ва сувсизланишда (полиурия, иситма, қайт қилиш) суюқлик юбориш.
- Спазмолитиклар (платифиллин, папаверин гидрохлорид, белладонна экстракти).
- Олигурияда – сийдик ҳайдовчилар • Шок, электролит бузилишлари, ЎБЕ билан кураш • Метаболик ацидозда – натрий гидрокарбонат ичилади ёки в/и юборилади • Антигипертензив терапия • Камқонликда – темир препаратлари, эритроцитлар трансфузияси.

ХИРУРГИК ДАВОЛАШ

- Йирингли перитонитда дори воситалари самара бермаган ҳолларда буйрак қобиғини очиш, пиелонефростома ва буйрак жомчасига дренаж ўрнатиш. Хирургик амалиёт ҳажми катта бўлмаслиги шарти бажарилган ҳолдагина тошлар олиниши мумкин.
- Сийдик чиқарув найининг тос қисмидаги тошлар бемор аҳволи турғунлашгандан сўнггина олиб ташланади.
- Буйрак карбункулида яллиғланишли – йирингли инфильтрат кесиб олинади ёки буйракнинг жароҳатланган қисми резекцияси амалга оширилади.
- Обструктив пиелонефритда сийдик чиқишига ҳалақит бераётган тўсиқни бартараф этиш зарур (масалан, тошни олиб ташлаш).
- Ксантогранулематозли пиелонефритда буйрак қисман кеади.

БЕМОРНИ ЎРГАТИШ

- Умумий тавсиялар, (юқорига *профилактика* бўлимига қаранг), бирламчи профилактика тадбирлари, парҳез ва тозалик қоидаларига амал қилиш • АБ мустақил назорат қилиш, кундаликка ёзиб бориш • Аёллар сийдик йўллари инфекцияси зўрайишининг илк белгиларини ўзлари аниқлай олишлари (клиник ва синов – қаламчалари билан) ва даволаниш: триметоприм 300 мг. дан, ко-тримаксазол ёки нитрофурантоин кунда 75 мг. дан 2 – 5 кун мобайнида, шунингдек профилактика мақсадида ҳар бир жинсий алоқадан сўнг қабул қилинади.

МУТАХАССИС МАСЛАҲАТИГА КўРСАТМАЛАР

- Нефролог – шифохонага ётқизиш масаласини ҳал этиш, антибактериал терапиядан самара бўлмаганида, даво йўналишини қайта кўриб чиқиш • Уролог – уродинамика бузилишларини (обструктив, йирингли пиелонефрит) хирургик усулида даволаш • Фтизиатр – даволаш самара бермаганида ни истисно қилиш.

КЕЙИНГИ КУЗАТУВ

Қайталанишга қарши терапия амбулатория шароитида олиб борилади, биринчи ўринда пиелонефрит тез – тез зўрайиб турганида тавсия этилади.

- Аёлларга ҳайз тўхтаган даврда эстрогенларни маҳаллий ва/ёки тизимли буюриш заруриятини баҳолаш лозим.
- Жинсий алоқадан сўнг ко-тримоксазол кунда 160 мг. дан уйку олдидан бир маротаба.
- Ўткир пиелонефрит ёки сурункали пиелонефрит зўрайишидан сўнг узоқ муддат 3 – 6 – 12 ой мобайнида дорилар билан профилактика ўтказилади (сийдик чиқарув йўллари уродинамикаси бузилганида, хомиладорлик, иммунтанқислиги ҳолатларида тавсия этилади): нитрофурантоин 75 мг/кунда,

ко-тримоксазол 100 мг/кунда, норфлоксацин 200 мг/кунда ёки амоксицилин 750 мг/кунда, амоксициллин нетилмицин билан биргаликда, пиперамицин 25 – 200 мг/кг/кунда, тикарциллин; химояланган пенициллинлар: амоксицилин/клавулан кислотаси 500 мг. кунда 3 марта ёки 875 мг. кунда 2 марта ичишга буюрилади; тикарциллин/клавулан кислота ҳар ойда 7 – 10 кун мобайнида буюрилади. Шунингдек, уроантисептикларни уйку олдидан бир мартаба қабул қилиш ижобий самара беради: ко-тримоксазол ёки нитрофурантоин 100 мг. уйку олдидан ёки ҳафтасига 3 марта (профилактик мақсадда), нитрофурантоин.

- Иммуно тизимидаги ўзгаришларни даволаш (иммунокоррекция).
- Физиотерапия (умумий аҳвол яхшиланади, оғриқ камаяди) новокаин билан электрофорез, индуктотерапия, диатермия, парафинли (апликациялар) қопламалар, синусоид тоқлари терапияси, санаторий – курортларда даволаш амалга оширилади. Пиелонефритда физиотерапия ёки санатор – курортда даволаш усуллари самарадорлиги тўғрисида текширувлар ўтказилмаган.

ПРОГНОЗИ

Пиелонефрит касаллиги узок давом этган сари, шифохона ичи инфекциялари ёки йирингли асоратлар мавжуд бўлганида, микробларнинг антибактериал препаратларга турғунлигида, сийдик йўллари обструкциясида, иммунтанқислиги ҳолатларида, ҳуружлар тез – тез такрорланиб турганида касаллик оқибати нохуш бўлади. Ўткир пиелонефритга эрта диагноз қўйилиши, муқобил антибиотикотерапия ўтказилиши, асоратларга олиб келувчи омилларнинг йўқлиги тўлиқ соғайишга эришиш имконини беради. Сурункали пиелонефрит билан касалланган беморларнинг 10 – 20% да СБЕ ривожланади, АГ бўлганларнинг 10% да унинг хавfli кечиши шаклланади.

ҲОМИЛАДОРЛИК ВА АРТЕРИАЛ БОСИМ АСОСИЙ ҲОЛАТЛАР

- Ҳомиладор аёлни кузатиб боришдан асосий мақсад – преэклампсияни имкон қадар эрта аниқлаш.
- Ҳомиладорлик вақтида юзага келган АГ кечишини диққат билан кузатиб бориш.
- Ҳомиладорлик вақтидаги гипертензия – оналар касаллиги, перинатал касалликлар ва ўлимнинг асосий сабабчисидир.
- Касаллик тарихини суриштирганда АГ билан ҳасталанган бўлса, аёлни ҳомиладорлик вақтида алоҳида синчковлик билан назорат қилиш лозим.
- Касаллик тарихи суриштирилганда АГ билан касалланган ва преэклампсиянинг аралаш тури ривожланган аёлларда, АГ преэклампсия ривожланган биринчи ҳомиладорликка нисбатан, иккинчи ва ундан кейинги ҳомиладорликлар вақтида перинатал ўлим хавфи юқори бўлади.
- Ҳомиладорлик вақтида 140/90 мм.сим.уст. дан юқори АБ ёки унинг ҳомиладорликгача бўлган систолик АБ 30 мм.сим.уст.дан юқори ёки диастолик АБ 15 мм.сим.уст.дан юқори бўлиши босим кўтарилиши деб баҳоланади.

- Ҳомиладорликдан аввал ёки ҳомиладорликнинг 20 - ҳафтасигача бўлган даврда АБ нинг кўтарилиши аниқланса, бу ҳолат сурункали АГ деб ҳисобланади.

- Гестацион АГ ҳомиладорликнинг 20 – ҳафтасидан сўнг ривожланади.

- Ҳомиладорликнинг 20 – ҳафтасидан кейин юқори АБ ва протеинурия юзага келиши преэклампсияни тушунчасини ўз ичига олади.

- Ҳомиладорлик меъёрида кечганида бир кеча кундузда 0,3 г. протеинурия кузатилиши мумкин; преэклампсия диагнозини тасдиқлаш учун протеинурия бир кеча кундузда 0,5 г.ни ташкил этиши лозим.

- Преэклампсиянинг илк босқичларида буйракларда ўзгаришлар бўлмаслиги ва АГ протеинуриясиз кечиши мумкин.

- Ҳомиладорликнинг 20 – ҳафтасидан сўнг АГ протеинуриянинг кўшилиши преэклампсиянинг аралаш шакли ривожланишига олиб келади.

ҲОМИЛАДОРЛИК ВАҚТИДА АРТЕРИАЛ БОСИМ

- Ҳомиладорлик меъёрида кечганида систолик АБ ҳомиладорликдан илгариги кўрсаткичига нисбатан бир оз пасайган ҳолда туради.

- Диастолик АБ кўрсаткичи ҳомиладорликнинг I ва II уч ойликларида ҳомиладорликдан илгариги кўрсаткичига нисбатан пасайган III уч ойликдан бошлаб эса бошланғич кўрсаткичгача кўтарилган ҳолда бўлади.

- Ҳомиладорларнинг деярли ярмида АБ II – уч ойликда бир оз пасаяди.

- АБ нинг ҳомиладорликка хос бундай ўзгаришларини аёллар маслаҳатхонаси ва умумий амалиёт врачлари нотўғри талқин қилмасликлари керак.

ҲОМИЛАДОРЛИК ВАҚТИДА АРТЕРИАЛ БОСИМ НАЗОРАТИ

- АБ кўрсаткичи ва унинг ўзгаришларини ҳомиладорлик бошланишидан назорат қилиб бориш зарур.

- Аёл ҳар гал шифокор хузурига ташриф буюрганида АБ ўлчаниши керак, чунки у қисқа вақт ичида кўтарилиб кетиши мумкин.

- Бемор камида 15 минут дам олгандан сўнг, АБ ўнг қўлда ўлчаниши, (устки кийим орқали эмас), семиз аёллар учун етарлича узунлик ва кенгликдаги қўлбоғ танланиши лозим.

- Ҳомиладор ва хавфли гуруҳга кирувчи аёлларга уй шароитида АБ ўлчаш асбобини сақлаш маслаҳат берилади: бу АБ 140/90 мм.сим.уст. кўрсаткичидан юқори бўлганида уни фаол назорат қилиш имконини беради.

- Ҳомиладорликнинг II - уч ойлигида диастолик босимнинг 85 мм.сим.уст.дан юқори кўтарилиши хавфли омил ҳисобланади.

- АБ тунда кўтарилиши хавф даражасини оширади.

- Ҳомиладорликнинг илк даврларида юқори АБ ва преэклампсия ривожланиши эҳтимоли борлигини аниқлай билиш лозим.

- Юқори даражада хавф мавжуд бўлган ҳомиладорлар ҳомиладорликнинг 20 - ҳафтасидан сўнг доимий фаол назоратда бўлишлари шарт.

ПРЕЭКЛАМПСИЯ РИВОЖЛАНИШИДА ХАВФ ОМИЛЛАРИ

- Биринчи ҳомиладорлик.

- Касаллик тарихида бир неча марта ҳомиладор бўлганлиги.

- Оила тарихида преэклампсия мавжудлиги.

- Аёл ёши – 20 ёшдан кичик ёки 40 ёшдан юқорилиги.
- Семизлик.
- Сурункали артериал гипертензия.
- Сурункали нефропатия.

СИЙДИКДА ОҚ ПАЙДО БЎЛИШНИ НАЗОРАТИ

- Аёл ҳар гал врач хузурига келганида сийдикдаги оқ миқдори аниқланади.
- Ҳомиладорликнинг 24 - ҳафтасидан сўнг АБ кўтарилган аёлни уй шароитида махсус синов - тизимлари ёрдамида сийдикдаги оқ миқдорини аниқлашга (ҳолатдан келиб чиқиб, ҳафтада 1-3 марта) ўргатиш лозим.

БОШҚА ЛАБОРАТОР ТЕКШИРИШЛАР (АЁЛЛАР МАСЛАҲАТХОНАСИДА ЎТКАЗИЛАДИ)

- Қонда гематокрит кўрсаткичи.
- Қонда гемоглобин кўрсаткичи.
- Қон зардобиди АСТ.
- Қондаги тромбоцитлар миқдори.
- Қондаги мочевино, қолдиқ азот ва креатинин миқдори.
- Презклампсияда қон қуюқлашганлиги сабабли гематокрит кўрсаткичи ортиши мумкин.
- Қон зардобиди трансаминазалар фаоллиги ортиши қонда тромбоцитлар сони камайиши ва мочевино, креатинин миқдори кўпайиши касаллик борлигидан далолат беради.

ҲОМИЛАДОРЛИК ВАҚТИДА КЎТАРИЛГАН АРТЕРИАЛ БОСИМНИ ДАВОЛАШ

- Ош тузи истеъмол қилишни чеклаш ва етарлича ҳордиқ чиқариш тартибига риоя қилиш.
- Дори воситалари диастолик АБ 100 мм.сим.уст. ва ундан юқори кўтарилганда буюрилади.
- ҚД ва буйрак касалликларида АБ анча паст кўрсаткичларда бўлганда ҳам дори воситалари буюрилади.
- Мутахассис маслаҳатидан сўнг даво чоралари кўрилади.
- Даволаш усулларида ҳеч бири ҳомилада қон айланиши кучайишига олиб келмайди.

АБ яққол пасайиши бачадонда қон айланишининг бузилишига олиб келиши мумкин. Буюрилаётган дори воситаси ҳомила учун хавфсиз бўлиши зарур.

- Лабеталол (α , β – адреноблокатор) одатда 100 – 400 мг.дан кунда 3 марта қўлланилади.
- Ички адреномиметик фаоллиги бўлган β – адреноблокаторлар шунингдек нифедипин, клонидин, верапамил ёки празозин буюриш мумкин.
- ААФ – ингибиторлари, сийдик хайдовчи воситалар, резерпин ва diazoxid буюриш тавсия этилмайди.
- Гестацион артериал гипертензия ривожланиш хавфи юқори ҳомиладорларга қўшимча кальций препаратларини буюриш фойдали бўлиши мумкин.

Презклампсия профилактикаси

- Хавфли гуруҳдаги ҳомиладорларга унинг I уч ойлиги охиригидан бошлаб кичик дозаларда ацетилсалицил кислота (50-75 мг.) буюрилиши ҳомила прогнозига ижобий таъсир этади.

АЁЛЛАР МАСЛАҲАТХОНАСИГА ЮБОРИШ

- Сурункали буйрак касалликларига, артериал гипертензиянинг оғир кўринишида ёки буйраклардаги ўзгариш натижасида келиб чиққан артериал гипертензияга чалинган беморлар ҳомиладорликни режалаштириш мақсадида;

- Артериал гипертензияга чалинган ҳомиладор аёллар дорилар билан даволаниш заруриятини аниқлаш мақсадида эрта даврларда;

- Қон босими ҳомиладорликнинг 24 ҳафтасидан олдин кўтарилган беморлар эссенциал ва иккиламчи артериал гипертензиянинг дифференциал диагностикаси учун;

- Артериал гипертензия ва преэклампсиянинг ўткир белгилари пайдо бўлганда беморлар фавқулотдаги кўрсатмалар билан аёллар маслаҳатхонасига юбориладилар.

ҚЎШИМЧА МАЪЛУМОТЛАР

- Преэклампсияда магnezий сульфат буюриш фенитоин буюришга нисбатан анча самаралидир.

ПРЕЭКЛАМПСИЯ

Преэклампсия – мия қон айланиши бузилишининг клиник белгилари (бош оғриғи, бош айланиши, кўз олди хиралашуви ва қора нуқталар кўриниши, кўнгил айланиши, тўш ости соҳасида оғриқлар) билан кечадиган гестоз, ҳомиладорликнинг II ярмида ривожланади.

Этиологияси ва патогенези. Преэклампсиянинг асосий сабаби – периферик томирлар торайиши. Ҳомиладорлик меъёрида кечганида маҳаллий вазоконстрикторлар йўлдош ферментлари таъсирида парчланади. Преэклампсияси бўлган ҳомиладорларда уларнинг етишмовчилиги юзага келади. Маҳаллий вазоконстрикторлар томирларнинг торайиши ва йўлдошда қон айланишининг камайишини юзага келтиради, натижада ҳомиланинг қон билан таъминланиши ва ривожланиши сусаяди ва аёл қон-томир тизимида вазоконстрикторлар доим сақланиб туради.

Бу ҳолат АГ ривожланиши ва буйракда қон айланиши сусайиши натижасида коптокчаларнинг ишемик зарарланиши (протеинурия, суюқлик ушланиб қолиши, шишлар кузатилади) билан давом этади.

Ирсий мойиллик • АГТ ангиотензин гени нуқсони (*106150, Iq 42 – q 43) • Гидроксиацил КоА дегидрогеназа етишмовчилиги • Ҳомиладорлик гипертензион токсемияси (189800) HLA –DR4 экспрессияси билан биргаликда кечади.

Хавф омиллари • Ҳомиладор аёлнинг ёши. Преэклампсия эҳтимоли ёшга боғлиқ тарзда ортиб боради: 25 ёшда – 6%, 35 ёшда – 9% ва 40 ҳамда ундан катта ёшлиларда 15% ҳомиладорларда учрайди • Биринчи марта туғайганлар. Преэклампсия асосан биринчи туғайганлар учун хос, айниқса экстремал туғиш

ёшидаги аёллар учун (яъни ўсмирлар ва ёши 35 дан ошган аёллар) • Бошқа хавф омиллари (биринчи марта ва қайта туғувчилар учун) ✦ Кўп ҳомилали ҳомиладорлик ✦ Ҳомила истисқоси (водянка) ✦ Артериал гипертензия (айниқса эссенциал) ✦ ҚД ✦ Буйрак касалликлари ✦ Елбўғоз ✦ Кўпсувлик ✦ Қон ивиши V омили етишмовчилиги (Оврен парагемофилияси) ✦ Цистиноз (кечки ювинил форма) ✦ Метилентетрагидрофолат редуктаза етишмовчилиги ✦ Туғма микроангиопатик гемолитик камқонлик ✦ Азот 3 оксид синтази (эндотелиал) етишмовчилиги.

Клиник манзараси • АБ кўтарилиши – энг муҳим белгиси бўлиб, патологик ҳолат ривожланаётганлигидан дарак беради: ✦ Диастолик АБ 90 мм.сим.уст. ва ундан юқори турғун кўтарилиши ✦ 6 соатлик оралик муддатда АБнинг >140/90 мм.сим.уст. кўтарилиши ёки систолик АБнинг 30 мм.сим.уст. ёки диастолик АБнинг 15 мм.сим.уст.га кўтарилишининг икки мартаба қайд этилиши • Тана вазни ортиши. Тана вазнининг ўта тез ортиб бориши (хафтасига 900 г.дан ортиқ) преэклампсиянинг илк белгиси бўлиши мумкин; унинг ортиши одатда тўсатдан бошланади ва суюқликнинг организмда ушланиб қолиши билан боғлиқ. Шишлар эҳтимоли • Преэклампсияда протеинурия энгил даражада бўлиши мумкин ва унда одатда АГ кечроқ ривожланади • Бош оғриғи. Преэклампсия оғир кечганида тутқаноқ хуружи бошланиши олдидан кучли бош оғриғи кузатилади. Оғриқ пешона соҳасида бўлиши хос. Аксарият ҳолларда наркотик бўлмаган анальгетиклар бемор ҳолатини яхшиламайди • Пай рефлекслари кучайиши талвасалар ривожланишидан дарак беради • Эпигастрал соҳада оғриқ – оғир преэклампсия белгиси; оғриқ пайдо бўлгандан сўнг жуда қисқа муддатда талвасалар юзага келиши (эклампсия) кузатилади • Кўришнинг бузилиши турлича: энгил хиралашувдан то кўрлик ҳолатигача бўлиши мумкин; бу артериолалар торайиши, тўр парда ишемияси ва шиши, баъзан унинг кўчиши билан боғлиқ.

Лаборатор текширувлар • Протеинурия • Сийдик кислотаси миқдори ортиши (бир оз ортиши >5,5 мг% [0,32 моль/л.]; сезиларли ортиши > 9,5 мг% [0,56 ммоль/л.] • Креатинин клиренси <90 мл/мин/1,73 м² (0,87 мл/с/м²) • Қонда мочевина миқдори ортиши (>16 мг% [5,7 ммоль/л.]) • Креатинин миқдори ортиши (>1,0 мг% [88 ммоль/л.]) • Жигар фаолиятини акс эттирувчи синамаларнинг патологик ўзгариши • Фибрин деградацияси маҳсулотлари миқдори ортиши • ПТК кўтарилиши • Фибриноген миқдори камайиши • Сийдикда цилиндрлар (донадор, эритроцитар, лейкоцитар) • Сийдик нисбий зичлиги кўтарилиши • Т – хелперлар сони ортиши • Тромбоцитопения • Гипербилирубинемия.

ДАВОЛАШ

Олиб бориш – АБ турғун кўрсаткичга келтирилгач, туғруқни амалга ошириш • Дори воситаларидан танлов препарати – магний сульфат (туғруқдан сўнг 24 соат мобайнида давом эттириш) • АБ пасайтириш, лекин 130/80 мм.сим.уст.дан пастга туширмаслик зарур • Диурезни соатига >25мл. миқдорда тутиб туриш • Овқатда ош тузини чеклаш зарурияти йўқ • Ҳолати турғунлашган заҳоти туғруқни амалга ошириш (одатда 6-8 соат мобайнида) • Туғруқдан сўнг қон кетишини олдини олиш учун – окситоцин (5% 20 мл. глюкозада 5 ТБ окситоцин, в/и).

Дори воситалари • Магний сульфат ✦ Қўллаш усулларидан бири: 5 минут мобайнида 3 г. в/и (масалан, 20% эритмасидан 15 мл., ёки 25% эритмасидан 12 мл.); бир вақтни ўзида ва зарурият бўйича ҳар 4 - 6 соатда 4-5 г. м/о ✦ Юрак гликозидлари қабул қилган ва буйрак фаолияти бузилган беморларда уни эҳтиёткорлик билан қўллаш лозим. Нефедипин билан биргаликда қўлланилганда АБ кескин пасайиб кетиши мумкин ✦ Интоксикация белгилари: юз териси қизариши, кўп терлаш, гипорефлексия, периферик паралич, олигурия, коллапс ✦ Миқдор кўпайиб кетганида - 10% кальций глюконат 10 – 20 мл. 2-3 минут давомида в/и; кислород ингаляцияси ✦ Магний сульфат самара бермаганда – гидралазин 5-10 мг. ҳар 20-30 минутда, лабеталол 100-200 мг. 5% 100-200 мл. глюкозада в/и томчилаб, нифедипин 10-20 мг. кунда 3-4 марта в/и ёки аминофиллин 2,4%-10 мл. в/и ✦ Инфузион терапия ✦ Диурез кўпаймаганида – фуросемид ✦ Дроперидол 0,25% 4 – 6 мл., диазепам 10 мг. м/о, в/и, антигистамин дорилар.

Асоратлари • Эклампсия • Гипертоник криз • Жигарнинг ўткир некрози • Ўпканинг ўткир шиши • Йўлдошни вақтидан олдин кўчиши • Ҳомилани нобуд бўлиши.

ХКК-10 • О14 Ҳомиладорлик юзага келтирган сезиларли протеинурия билан гипертензия.

Қон босими юқори бўлган барча ҳомиладор аёлларни мунтазам равишда умумий амалиёт врачлари кузатиб боришлари лозим. Заруратдан келиб чиқиб умумий амалиёт врачлари тавсияси билан улар мутахассис маслаҳатида бўладилар ва шифохоналарда ётқизиб даволанадилар. Шошинч ҳолатларда улар туғруқхонанинг патологик ҳомиладорлик бўлимларига ётқизирилиши керак.

ЖИНСИЙ ОЛАТ БОШЧАСИ ВА ЧЕККА КЕРТМАСИ ПАТОЛОГИЯСИ

ФИМОЗ

Фимоз – чекка кертма тешигининг торайиши, жинсий олат бошчасини тўлиқ яланғочлаш имконининг чегараланишига олиб келади. **Классификацияси:** Туғма, орттирилган – баланопостит асорати. **Учраши:** 2 – 3% эркаларда. **Клиник манзараси** – чекка кертмаси ҳалқаси шунчалик торайганки, оқибатда жинсий олат бошчаси умуман очилмайди. **Асоратлари:** парафимоз, баланопостит. **Олиб бориш тамойили:** имкон қадар эрта хирургик даволаш амалга оширилиши; баланопостит ривожланган ҳолларда - яллиғланиш бартараф этилгач, хирургик амалиёти; парафимоз ривожланган ҳолларда - қисиб турувчи ҳалқани қайта киритиш (самара бермаганда – қисиб турувчи ҳалқани кесиш; кечки муддатларда чекка кертма суннати). **Хирургик даво:** чекка кертмани айланасига қисиб олиш - чекка кертма суннати; чекка кертмани сақлаб қолувчи - Розер, Шлоффер, Вельш ва бошқа хирургик усуллари. **Прогнози:** ижобий.

ХКК-10 • N 47 Ортиқча чекка кертма, фимоз, парафимоз.

ПАРАФИМОЗ

Парафимоз-жинсий олат бошчасининг чекка кертма билан қисиб олиними, одатда фимоз асорати сифатида ривожланади; камдан-кам ҳолларда кузатилади.

Патогенези • Фимозда чекка кертма ҳалқаси торайган • Чекка кертма ҳалқасини жинсий олат бошчаси ортига куч билан сурилганда (жинсий алоқа, мастурбация вақтида) бошчани қииб қолиши юзага келади • Трофикаси бузилиши, шиш, гангрена.

Клиник манзараси • Жинсий олат бошчаси қизил - кўкимтир рангда, шишган, оғриқли • Чекка кертма ҳалқаси жинсий олат бошчасининг тож ариқчаси ортида жойлашган.

Дифференциал диагностикаси – бирламчи захм.

Олиб бориш тамойили. Парафимоз – шошилинич тиббий ёрдам талаб қилинадиган ҳолат • Жинсий олат бошчасини қайта жонлантириш • Самара бермаганда қисиб турган ҳалқа дорзал сатҳи бўйича қирқилади • Яллиғланиш жараёни бартараф этилгач, чекка кертмани суннат қилиш тавсия этилади.

Прогнози ўз вақтида ёрдам кўрсатилганда – ижобий. Вақтида даволаш амалга оширилмаса – жинсий олат бошчаси некрозига олиб келади.

Профилактикаси – чекка кертма суннати.

ХКК-10 • N 47 Ортиқча чекка кертма, фимоз ва парафимоз.

БАЛАНИТ, БАЛАНОПОСТИТ ВА ПАРАФИМОЗ

АСОСИЙ ҲОЛАТЛАР

- Кичик ёшли болада баланит одатда физиологик фимоз оқибатида келиб чиқади. Даволашда кўз хлорамфениколли малҳамини маҳаллий қўллаш етарли бўлади. Касаллик тез-тез қайталаниб турса, ёки сийдик тизими инфекцияси вужудга келганда чекка кертма суннатини ўтказиш эҳтимоли кўриб чиқилади.
- Келиб чиқиш сабабларини аниқлашга танқидий нуқтаи назардан қараш лозим (бу ҳолатларда одатда кандидоз тахмин қилинади).
- Даволаш асосан белгилар асосида, фақат баъзи ҳолларда келиб чиқиш сабаблари бўйича олиб борилади.
- Парафимоз жинсий олат бошчаси некрози ривожланмаси олдидан, тезкорлик билан даволаниши шарт.
- Жиддий ҳолатларда чекка кертма суннатини ўтказилиш масаласи кўриб чиқилади.
- Баланит ўз ичига жинсий олат бошчасининг барча яллиғланишли дерматозларини қамраб олган кенг миқёсли тушунча. Бу қисмда қуйидаги иборалар қўлланилган.
 - ◆ Баланит – жинсий олат бошчаси эпителийсининг яллиғланиши.

- ◆ Баланопостит – жинсий олат бошчаси ва чекка кертма ички юзасининг яллиғланиши.
- Парафимоз (“испан ёқаси”) чекка кертмасининг ингичка тешиги билан ортга жишида вужудга келиши натижасида жинсий олат бошчасининг чекка кертмадан қуйи қисмининг эзилиши ва шиши ривожланиши.

ЭТИОЛОГИЯСИ

- Баланитга қуйидаги омиллар сабаб бўлиши мумкин.
 - ◆ Таъсирлантирувчи воситалар, шахсий тозалик қоидаларига риоя қилмаслик, чекка кертма торлиги, сперма билан таъсирланиши.
 - ◆ Себореяли дерматит. Бош териси, кулоқ орқаси, шунингдек терининг букилувчи қисмларини кўздан кечириш лозим.
 - ◆ *Candida* оиласига мансуб замбуруғлар. Микологик текширув ижобий натижа олиниши сабаб бўлишига алоқадорликни исбот этмайди. Кандидозни нотўғри аниқлаш ҳоллари тез - тез учраб туради.
 - ◆ Алоқавий аллергия:
 - ✦ Резина ишлаб чиқаришда қўлланиладиган латекс ва турли қўшимчалар;
 - ✦ Терини парваришлаш воситаларининг таркибий қўшимчалари (бемор ва унинг ҳамкори фойдаланадиган).
 - ◆ Ксеротик облитерловчи баланит.
 - ◆ Ҳалқасимон баланит - Райтер касаллигини бошқа белгилари йўқлигини аниқлаш лозим.
- Шунингдек баланит жойлашган соҳани аниқлаш:
 - ◆ Қизил ясси темиртки – жинсий олат бошчаси зарарланиши биз ўйлагандан кўра кўпроқ юзага келади;
 - ◆ Псориаз – псориаз ўзгаришларига хос бўлган белгиларни аниқлаш учун бошқа соҳаларни кўздан кечириш шарт;
 - ◆ Маҳаллий эритема (айниқса, тетрациклин таъсирида ривожланган);
 - ◆ Кейр эритроплазияси (Боуэн касаллигининг жинсий олат бошчаси жароҳати билан кечадиган шакли) – *in situ* раки.

ТЕКШИРИШ

- Бактериологик текширув (бактериялар, *candida* оиласига мансуб замбуруғлар) инфекция мавжудлиги тахмин қилинганда бажарилади, лекин унинг натижаларига танқидий қараш лозим.
- Тери синамалари (аллергия тахмин қилинганда): беморни дерматологга юбориш зарур.
- Биопсия (хавфли ўсмага гумон туғилганда): бемор уролог ёки дерматологга юборилади.

ДАВОЛАШ

- Сабаб бўлган кўзғатувчини даволаш (бактериялар, *Candida* оиласига мансуб замбуруғлар).
- Калий перманганат (1:10000 нисбатли эритмаси) деярли доим ижобий самара беради.
- Экземада – глюкокортикоидли малҳам.

- Ксеротик облитерловчи баланитда бемор мутахассисга юборилади (дерматолог ёки уролог).
- Фимоз чекка кертмани суннат қилиш йўли билан даволанади. Катта ёшли беморларда чекка кертмани жинсий олат бошчаси тожли ариқчасини торайиши билан житиб бўлмаган ҳолларда, баланит даволанганидан сўнг, чекка кертма суннати амалга оширилади.
- Парафимозда шошилиш равишда қайта тўғрилаш амалга оширилиши шарт. Лидокаинли гель суртилгандан сўнг, жинсий олат бошчасининг учи шиш камайгунга қадар сиқиб турилади, кейин чекка кертма очилади. Муолажа самара бермаган ҳолларда чекка кертма кесмаси бажарилади.

ОРҚА ЧИҚАРУВ ТЕШИГИ АТРОФ СОҲАСИНИНГ ЎТКИР УЧЛИ КОНДИЛОМАЛАРИ

Орқа чиқарув тешиги атроф соҳасининг ўткир учли кондилломалари - «гул карам» кўринишидаги сўгалсимон ўсмалар, тахминан, вирус сабабли келиб чиқади. Ўткир учли кондилломада патологик ўзгаришлар эпидермис юза қаватларидан ичкарига тарқалмайди. Перианал соҳа кондилломатозининг алоҳида шакли - Бушке-Лёвенштайн касаллиги – перианал соҳанинг баҳайбат кондилломалари, инфилтратив ўсишига қарамасдан, хавфлилик белгилари бўлмаслиги хос.

Дифференциал диагностика. Ўткир учли кондилломаси бўлган барча беморларга кенг кондилломани истисно қилиш учун фон Вассерман реакциясини ўтказиш ва венеролог кўриги зарур.

Даволаш • Маҳаллий консерватив даво (подофиллин, бромнафтохинон) кўп ҳолларда самара бермайди • Коагуляция даво усуллари яхши самарали: электр ёки радиоэксцизия, фото – ёки лазерли коагуляция. Бунда фақат кондилломаларнинг ўзигагина таъсир этиш, улар орасидаги тери “кўприкчаларини” сақлаб қолиш заруриятини ёдда тутиш лозим • Бушке – Лёвенштайн касаллигида тери ости ёғ қаватигача эксцизия талаб этилади, зарурат бўлганда юзага келган нуқсонларни тери билан беркитиш амалиёти бажарилади.

ХКК-10 • А63.0 Аногенитал (венерик) сўгаллар.

ЖИНСИЙ ОЛАТ РАКИ

Жинсий олат раки жуда кам учрайди ва асосан ясси хужайрали рак кўринишида бўлади. Жинсий олат териси ва бошчасида пайдо бўлади. Шунингдек жинсий олат меланомаси кузатилади. **Касалланиш:** 2001 йилда 100000 аҳолига 0,6 ҳолат.

Хавфли омиллар • Фимоз ва шахсий тозалик қоидаларига риоя қилмаслик оқибатида келиб чиққан сурункали яллиғланиш • Жинсий олат карциномаси 50% ҳолларда 16 ва 18 турдаги одам папилломаси вирусини билан боғлиқ деб ҳисобланади.

Классификацияси • Морфологияси бўйича ✦ Ракдан олдинги жароҳатланиш: облитерловчи ксеротик баланопостит, жинсий олат териси мугузланиши, жинсий олат эпителий ичи неоплазияси (Боуэн касаллиги) ✦ Жинсий олат неоплазияси: сквомоз рак (95% ҳолларда), меланома, базал хужайрали рак ✦ Мезенхима ўсмалари: Капоша саркомаси, ангиосаркома, гемангиома – эндотелиома ✦ Жинсий олатга метастазлар камдан – кам ҳолларда учрайди, бирламчи ўчоқ простата бези, тўғри ичак ва сийдик пуфагида жойлашганда юзага келиши мумкин • TNM – тасниф фақат рак учун қўлланилади ✦ Бирламчи ўчоқ: T_x – бирламчи ўчоқни аниқлаш имкони йўқ; T₀ – бирламчи ўчоқ мавжудлиги исбот этилмаган, T_{is} – *in situ* раки, T_a – тўқима ичига ўсиб кирмаган сўгалли карцинома, T₁ – эпителий ости бириктирувчи тўқимасига ўсиб кирган ўсма, T₂ – бўшлиқли ёки ғовак танага ўсиб кирган ўсма, T₃ – сийдик чиқарув йўли ёки простата безига ўсиб кирган ўсма, T₄ – қўшни аъзоларга ўсиб кирган ўсма ✦ Лимфа тугунлари: N_x – регонар лимфа тугунларини баҳолаш имкони йўқ, N₀ – регонар лимфа тугунларида исбот этилган метастазлар йўқ, N₁ – оралик юза лимфа тугунида яқка метастаз, N₂ – бир неча юза оралик лимфа тугунларида ёки икки томонлама метастазлар, N₃ – оралик чуқур ёки тос лимфа тугунларида метастазлар ✦ Бошқа аъзоларда метастазлар M₀ – исбот этилган метастазлар йўқ, M₁ – метастазлар бор • Босқичлар бўйича гуруҳлаш • 0 босқич: T_{is}N₀M₀ • I босқич: T₁N₀M₀ • II босқич: ✦ T₁N₁M₀ ✦ T₂N₀ – 1M₀ • III босқич: ✦ T₁ – 2N₂M₀ ✦ T₃N₀ – 2M₀ • IV босқич: ✦ T₄N₀ – 3M₀ ✦ T₀ – 4N₃M₀ ✦ T₀ – 4N₀ – 3M₁ • Жексон тизими ✦ I(A) босқич бошча ёки чекка кертма билан чегараланган ўсма ✦ II (B) босқич жинсий олат танасига ўсиб кирган ўсма ✦ III (C) босқич – чов лимфа тугуни метастази билан хирургик операция бажарилиши мумкин бўлган ўсма ✦ IV (D) босқич қўшни аъзоларга ўсиб кирган ва чов лимфа тугунлари ёки қўшни аъзоларга метастазлар берган хирургик амалиёти бажариш мумкин бўлмаган ўсма.

Диагностикаси • Бирламчи ўчоқ ✦ Ўчоқ ёки шубҳали соҳанинг ўлчами, жинсий олатда жойлашганлиги, ўчоқлар сони, морфологик хусусиятлари (папилляр ўчоқ, яра ва ҳ.к.), атроф тўқималарга алоқаси (шиллик ости кавати, бўшлиқли тана, ғоваксимон тана, сийдик ажратиш йўли), ранги ва чегаралари ✦ Цитологик ёки хужайравий текширув ✦ Ўсиб кирганлик чуқурлигини аниқлаш учун УТТ ёки МРТ • Регионар лимфа тугунлари ✦ Пайпаслаш имкони бўлмаган лимфа тугунларини кўз билан кўриш ёки гистологик текширув ўтказиш шарт эмас, лекин УТТ зарур ✦ Пайпаслаш мумкин бўлган лимфа тугунлари: ўлчами, бир ёки икки томонлама зарарланиши, ҳар томонда тугунлар сони, ҳаракатчанлиги, атроф тўқималарга муносабати (Купер боғлами, тери ва ҳ.к.) мойкнинг шишганлиги ва/ёки оёқларда шиш. Аспирация усулида ёки очик биопсия, тос ва қорин бўшлиғи КТ, УТТ ўтказиш лозим • Қўшни аъзоларда метастазлар. Регионар лимфа тугунлари биопсиясида ижобий жавоб олинганда кўкрак қафаси аъзолари рентгенографияси, скелет суяклари сцинтиграфияси амалга оширилади.

Даволаш • Бирламчи ўчоқ ✦ Жинсий олат эпителий ичи неоплазияси – лазер терапияси, криотерапия ёки цинк хлорид билан хемодеструкция ✦ T_a – 1 – лазер терапияси, маҳаллий кесиш (жароҳат қирра хужайравий баҳоланади), нуқсонни тиклаш, брахитерапия. Кузатув олиб бориш муаммоли бўлган беморларда жинсий

олатнинг қисман ампутацияси бажарилади ✦ T 1 – 2 – жинсий олатнинг қисман ёки тўлиқ ампутацияси (фақат нур терапияси самара бермаган ҳолларда). Ўлчами 4 см.дан катта бўлмаган инфилтратив ўсмаларда ташқи нур терапияси ёки брахитерапия яхши натижа беради • Регионар лимфа тугунлар ✦ Tis, Ta G1 – 2 – кузатув олиб бориш ёки такомиллаштирилган лимфаденэктомия ✦ T1G2 – такомиллашган лимфаденэктомия T2 ёки G3 – такомиллашган ёки радикал чов лимфаденэктомияси. Таккомиллашган лимфаденэктомия ўтказилаётган вақтда метастазли лимфа тугунлари аниқланса, хирургик даво радикалгача кенгайтирилиши лозим ✦ Пайпасланадиган лимфа тугунлари – икки томонлама радикал чов лимфаденэктомияси. Иккита чов лимфа тугунли метастази ёки қобикдан ташқари ўсиш аниқланганда тос лимфаденэктомияси бажарилади. Амалиёт олдида кимётерапия ёки нур терапияси ўтказилиши мумкин • Қўшни аъзоларда метастазлар: цисплатин ёки флорурацил ёрдамида кимётерапия самараси паст.

Прогнози. Лимфа тугунлари зарарланиши бўлмаганда прогноз нисбатан ижобий, 5 йиллик умр кўриш 70% га яқин.

ХКК-10 • С60 Жинсий олат хавfli ўсмаси • **D07.4** Жинсий олат *in situ* карциномаси.

ПРОСТАТА БЕЗИ ПАТОЛОГИЯСИ

СУРУНКАЛИ ПРОСТАТИТ

Сурункали простатит – простата безининг яллиғланиши. Асосий белгилари – эркакларда 3 ой мобайнида тос соҳасида оғриқ ва нохушлик хисси.

ХКК – 10: • N 41.1 Сурункали простатит.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯСИ

Сурункали простатит билан касалланиш кенг тарқалган деган фикрга қарамасдан уролог – шифокорлар томонидан аниқланган кўрсаткич 9% ташкил этади. Кўпроқ навқирон ёшдаги эркаклар касалланадилар (ўртача 43 ёш).

КЛАССИФИКАЦИЯСИ

АҚШ Миллий Соғлиқ институти томонидан таклиф этилган классификация кенг тарқалган.

- Сурункали бактериал простатит – 5 – 10%.
- Сурункали бактериал бўлмаган простатит (сурункали тос оғриғи синдроми) – 90%.
 - ◆ А тури – простата бези суяқлигида лейкоцитлар миқдори ортган.
 - ◆ Б тури – простата бези суяқлигида лейкоцитлар миқдори ортмаган.
- Простата безининг белгиларсиз кечадиган яллиғланиши – бошқа касалликар сабабли текширув ўтказилганда тасодифан аниқланади.

ДИАГНОСТИКАСИ

Клиник белгилари

- Бемор томонидан тўлдириладиган ва АҚШ Миллий Соғлиқ институтининг сурункали простатит белгилари тўпламида берилган 9 саволдан иборат сўров варақаси (қуйига қаралсин) (NIH – CPSI) – сурункали простатит белгилари ва унинг ҳаёт сифатига таъсирини аниқлашнинг ишончли усули ҳисобланади.

Оғриқ ёки нохушлик

1. Сўнгги ҳафта мобайнида Сиз қуйидаги соҳаларда оғриқ сездингизми?
 А Чов соҳасида (ҳа – 1, йўқ – 0).
 Б Ёрғоқ соҳасида (ҳа – 1, йўқ – 0).
 В Сийдик ажралаётган вақтда жинсий олат соҳасида (ҳа – 1, йўқ – 0).
 Г Қорин пастки соҳасида (ҳа – 1, йўқ – 0).
2. Сўнгги ҳафта мобайнида сездингизми?
 А Сийдик ажралаётган вақтда оғриқ ёки ачишиш (ҳа – 1, йўқ – 0).
 Б Ёрғоқ соҳасида (ҳа – 1, йўқ – 0).
3. Сиз сўнгги ҳафта мобайнида юқорида санаб ўтилган ҳолатларнинг қай бирида оғриқ ёки нохушлик хиссини қай даражада сездингиз:
 ҳеч қачон – 0, камдан кам – 1, баъзан – 2, тез – тез – 3, одатий ҳол – 4, доимо – 5.
4. Оғриқ ва/ёки нохушлик хисси даражасини кўрсатинг:
 0 (оғриқ йўқ), 1,2,3,4,5,6,7,8,9,10 (оғриқ чидаб бўлмайдиган даражада).

Сийдик ажралиши

5. Сўнгги ҳафта мобайнида Сиз неча марта сийдик пуфагининг тўлиқ бўшамаган хиссини сездингиз:
 ҳеч қачон – 0, $1/5$ қисмидан кам – 1, $1/2$ қисмидан кам – 2, $1/2$ қисмига яқин – 3, $1/2$ қисмидан ортиғи – 4, деярли доимо – 5.
6. Сийдик ажралишлари орасидаги муддат 2 соатдан кўп эмасми?
 ҳеч қачон – 0, $1/5$ қисмидан кам – 1, $1/2$ қисмидан кам – 2, $1/2$ қисмига яқин – 3, $1/2$ қисмидан ортиқ – 4, деярли доимо – 5.

Ҳаёт сифатига таъсири

7. Сизда касалликнинг қандайдир белгилари мавжудлиги сабабли, доимий иш тартибингизни ўзгартиришга тўғри келганми:
 йўқ – 0, камдан – кам ҳолларда – 1, баъзан – 2, кўп ҳолларда – 3.
8. Сўнгги ҳафта мобайнида касаллик белгилари тўғрисида Сиз қанчалик кўп ўйладингиз:
 ҳеч қачон – 0, камдан – кам ҳолларда – 1, баъзан – 2, тез – тез – 3.

Ҳаёт сифати

9. Мавжуд бўлган урологик муаммолар билан ҳаётингиз охиригача яшашингизга тўғри келишига Сиз қандай муносабатда бўлар эдингиз:
 аъло – 0, яхши – 1, қониқарли – 2, ишонч комил эмас – 3, қониқарсиз – 4, ёмон – 5, дахшат билан – 6.
- Асосий белгиси – тос соҳасида оғриқ ва/ёки нохушлик хисси, камида 3 ой мобайнида давом этади. Оғриқ кўпроқ оралик соҳасида жойлашади, нохушлик хисси эса тоснинг ҳар қандай қисмида юзага келиши мумкин.
 - Белгилар тўлқинсимон кечади (баъзан кучаяди, баъзан сусаяди).
 - Ёрғоқда бир томонлама оғриқ простатит белгиси ҳисобланмайди.

- Обструктив белгиларга нисбатан, сийдик ажралиши таъсирланиши белгилари кўпроқ хос.
- Жинсий қобиляят зарарланади, аммо кўпчилик эркакларда эректил фаолиятнинг тўлиқ бузилиши кузатилмайди.
- Эякуляциядан сўнг оғриқ бўлиши сурункали простатитга хос.
- Ҳаёт сифатини баҳолаш умумлаштирилган жадвалига мувофиқ сурункали простатитнинг ҳаёт тарзига таъсири ўткир миокард инфаркти, стенокардия ва Крон касаллиги таъсири билан тенглаштирилади.

ФИЗИКАЛ ТЕКШИРУВ

- Тўғри ичак орқали бармоқ билан текшириш: простата беzi шишган, оғриқли. Дифференциал диагностика ўтказиш учун тос туби мушаклари ҳолатини баҳолаш лозим.

ЛАБОРАТОР ТЕКШИРУВЛАР

- Ишончли бўлиши учун лаборатор текширувлар антибиотиклар билан даволашдан сўнг 2 ҳафта ўтгач амалга оширилади.
- Простата беzi суяқлиги: лейкоцитлар саналади.
- Простата беzi ўқалангандан сўнг ажралган сийдик қисми, 2 стаканли синама: лейкоцитлар саналади. Натижалар бўйича бактериал ва бактериал бўлмаган простатитлар фарқланади.
- Ўқалашдан сўнг ажралган сийдикнинг бактериологик текшируви. Бактериал простатитнинг 68% ҳолларида стафилококклар аниқланади.
- Простатит, айниқса бактериал турида стафилококка қарши антиген миқдори ортиши мумкин. Шу билан бирга унинг миқдори 4,0 нг/мл.дан ортиқ бўлганида, ракни истисно қилиш учун простата беzi биопсияси ўтказилади.

АСБОБЛАР ЁРДАМИДА ТЕКШИРИШ

- Кўриш усуллари кўп маълумот бермайди.
- Қорин КТ дифференциал диагностика ўтказиш учун бажарилади.
- УТТ тўғри ичак орқали бажарилганда сезгирлиги юқори аммо хусусийлиги паст.
- Касаллик тарихида жинсий тизим аъзоларида хирургик амалиёти ёки асбоблар ёрдамида текширишлар ўтказилганлиги аниқланса цистоскопия бажарилади.

ДИФФЕРЕНЦИАЛ ДИАГНОСТИКА

Дифференциал диагностика уретра стриктураси, сийдик қопчаси раки, интерстициал цистит, простата беzi раки, сийдик чиқарув найи тошлари, сурункали эпидидимит, тўғри ичак касалликлари ва чов чурралари билан ўтказилади.

ДАВОЛАШ

Дориларсиз даволаш

- Сурункали бактериал бўлмаган простатитда простата безини иситиш яхши самара беради.
 - ✦ Иссиқ ваннага ўтириш.

✦ Трансуретрал микротўлқинли иссиқлик билан даволаш.

- Касаллик тўхтовсиз давом этган ҳолларда простата безини ўқалаш.

ДОРИЛАР БИЛАН ДАВОЛАШ

Антибиотиклар

- Бошланғич антибактериал даво простатитнинг барча турларида тавсия этилади. Турли маълумотларга кўра 90% ҳолларгача антибиотиклар қўзғатувчининг элиминациясига олиб келади.
- Профилактик мақсадда антибиотиклар бактериал простатит зўрайганда буюрилади.
- Фторхинолонлар – без тўқимасига яхши кириб бориши, биологик сўрилувчанлиги юқорилиги сабабли сурункали простатитда танлов препарати ҳисобланади. Улардан қайси бири ишлатилиши даволаш натижаларига таъсир этмайди.
 - ✦ Норфлоксацин 400 мг. кунига 2 марта 10 – 17 кун мобайнида.
 - ✦ Ципрофлоксацин 250 – 500 мг. кунига 2 марта, 14 – 25 кун мобайнида.
- Фторхинолонлар самара бермаганида бир неча антибиотиклар биргаликда буюрилади: амоксициллин + клавулан кислота ва клиндамицин.
- Сўнгги текширувлар кларитромициннинг простата беги тўқималарига юқори даражада киришини кўрсатади, у шунингдек ҳужайра ичи қўзғатувчилари, жумладан уреоплазма ва хламидияларда яхши самара беради.
- Бактериал бўлмаган простатитда 2 – 4 ҳафталик антибактериал терапия курси ўтказилади.

α – АДРЕНОБЛОКАТОРЛАР

- Антибактериал терапиядан сўнг касалликнинг клиник белгилари сақланиб турганда давонинг 2 – қатор препаратлари бўлган α – адреноблокаторлар буюрилади.
- α – адреноблокаторлар буюриш учун қуйидагилар асос бўлиб хизмат қилади: ✦ Кўтарилган уретра ичи босимини пасайтириш ✦ Сийдик қопчаси ва унинг бўйинчаси ҳамда простата безининг лиқ мушаклари таранглигини сусайтириш ✦ Сийдик ажралишини марказий сабаблар натижасида бузилиши.
- Ижобий самара α – адреноблокаторлар селективлигидан катъий назар 50% ҳолларда кузатилади.
- Селектив α – адреноблокаторлар афзалликлари (тамсулозин): ҳар бир беморга алоҳида миқдор танланиши талаб этилмайди, ножўя таъсирлари (гипотензия) кам, лекин кўп ҳолларда ретроград эякуляцияни юзага келтиради. Селектив бўлмаган α – адреноблокаторлар сийдик қопчаси ва марказий асаб тизимига кучлироқ таъсир этади деб тахмин қилинади.
 - ✦ Теразозин 1 – 2 ёки 2,5 мг. кунига 1 марта, ёки альфузозин 2,5 мг. кунига 1 – 2 марта 2 – 3 ой мобайнида буюрилади.

ЯЛЛИҒЛАНИШГА ҚАРШИ ДАВО

- НЯҚДВ – антибактериал терапия самара бермаганида, иккинчи қатор препаратлари ҳисобланади.
- НЯҚДВ – циклооксигеназа блокаторларидир.
 - ✦ Диклофенак 50 мг. кунига 2 марта, ижобий самарага эришгунга қадар.

- Циклооксигеназа – 2 блокаторлари ошқозон шиллик қавати ишемиясини юзага келтирмасдан оғриқ ва яллиғланишни тўхтатади.

ОҒРИҚ СИНДРОМИНИ ДАВОЛАШ

- Уч циклик антидепрессантлар. Таъсир механизми: гистамин H₁ – рецепторларини блоклаш, антихолинэстераз таъсир. Амитриптилин 25 – 75 мг. дан кунига 2 марта. Ножўя таъсирлари: уйқучанлиқ, оғиз қуриши.
- Финастерид тестостероннинг дегидротестостеронга айланишини секинлаштиради. Шишни ва простата безининг яллиғланган тўқимасини камайтиради.
- Аллопуринол: кунига 300 – 600 мг. 8 ой мобайнида.
- Шунингдек наркотик анальгетикларни қўллаш мумкин.

ДИЗУРИЯНИ ДАВОЛАШ

- Уродинамик текширув, имкон қадар – видеоуродинамик текширувларни амалга ошириш зарур. Олинган маълумотлар асосида даволаш олиб борилади.
- Юқори сезгирликда даволаш интерстициал циститдаги каби ўтказилади: сийдик қопчасига антисептик эритмалар пуркалади, амитриптилин ва антигистамин препаратлари буюрилади.
- Детрузор гиперрефлексиясида антихолинергик воситалар қўлланилади.
- Ташқи сфинктер бўшашиши бузилганда бензодиазепинлар (диазепам), бўшаштирувчи физиотерапия (*Biofeedback*) дори – воситалари самара бермаганида нейромодуляция (қуймич соҳасида) буюрилади.

ХИРУРГИК ДАВОЛАШ

Сийдик қопчаси сфинктери ва/ёки унинг бўйни бўшашиши бузилганида сийдик қопчаси бўйни трансуретрал кеиши амалга оширилади.

МУТАХАССИС МАСЛАҲАТИ

Уролог маслаҳатига кўрсатмалар: хос бўлмаган кечиши, простата беги тошлари аниқланиши.

ПРОСТАТА БЕЗИНИНГ ХАВФСИЗ ГИПЕРПЛАЗИЯСИ

Простата безининг хавфсиз гиперплазияси – простата беги периуретрал қисмида битишмалар ҳо бўлиши оқибатида келиб чиқадиган касаллик бўлиб қуйи сийдик йўллари обструкциясига олиб келади.

ХКК – 10 • N40. Простата беги гиперплазияси.

Қисқартмалар: ПБХГ – простата безининг хавфсиз гиперплазияси, ПХАг – простатага хос антиген, IPSS – International Prostate Symptom Score.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯСИ

ПБХГ белгилари ўртача 60 ёшларда пайдо бўлади. АҚШ да 50 – 59 ёшларда бўлган эркакларнинг 17% да ПБХГ белгилари аниқланган. Отасида ПБХГ мавжуд бўлган эркакларда касалланиш даражаси юқори.

СКРИНИНГ

Эркаларда 50 ёшдан бошлаб текширувлар ўтказиб турилади, бунда ирритатив ва обструктив белгилар мавжудлиги аниқланади. Шунингдек ПБХГ оилавий анамнезида бор бўлган эркалар текширувдан ўтказилиши лозим. Сийдик оқими кучи ва миқдори томчилаб чиқаётганлиги, сийдик қопчаси тўлиқ бўшалмаганлиги ҳисси, сийдик ажралиши тезлашган, никтурия, сийдик тута олмаслик мавжудлиги тўғрисида саволлар берилади.

КЛАССИФИКАЦИЯСИ

- Касаллик тарихини йиғиш давомида простата беги касалликларида IPSS белгилар тўпламини баҳолаш тизими ёрдамида шикоятларни миқдорий баҳолаш ✦ <7 – енгил ✦ 8 – 18 – ўрта ✦ >18 – оғир.
- Қуйидаги нисбат асосида баҳолаш балларда ифодаланади: саволномада кўрсатилган белгилар кузатилган кунлар сонининг клиник белгилар юзага чиқмаган ва кузатилмаган кунларнинг ўзаро нисбати (1 ой ёки маълум муддат мобайнида): 0 – йўқ; 1 – 1/5 қисмидан кам; 2 – 1/2 қисмидан кам; 3 – 1/2 қисмига яқин; 4 – 1/2 қисмидан ортиқ; 5 – ҳар куни.
- Сўровнома саволлари.
 1. Сизда сийдик ажралгандан сўнг унинг қопчаси тўлиқ бўшаманлиги ҳисси тез – тез юзага келадими?
 2. Сизда сийдик ажралгандан сўнг 2 соатга етмасдан яна ҳошиш туғиладими?
 3. Сизда сийдик ажралаётган вақтда унинг тўхтаб - тўхтаб келиши тез – тез кузатиладими?
 4. Сийдик ажралишига ҳошиш туғилганида Сиз уни қанча муддатга тўхтатишингиз мумкин?
 5. Сизда сийдик оқими сустлиги тез – тез кузатиладими?
 6. Сийдик ажралаётган вақтда Сиз қўшимча усуллардан (кучли кучаниш, қорин пастки соҳасига босим ва ҳ.к.) фойдаланасизми?
 7. Сиз тунда неча марта ҳожатга чиқасиз?
- Қўшимча равишда мавжуд сийдик ажралиши бузилишларининг ҳаёт сифатига таъсир кўрсаткичи – QOL (инглиз тилидан – Quality of Life) аниқланади.
 - ✦ Қуйидаги савол жавоблари баҳоланади: «Хозирги вақтда мавжуд бўлган ҳолат билан қолган бутун умрингизни ўтказишга тўғри келганда, Сиз ўзингизни қандай ҳис қилган бўлар эдингиз?».
 - ✦ Баҳолаш тизими: 0 – аъло; 1 – яхши; 2 – асосан қониқарли; 3 – қониқарли, шунингдек йўқ; 4 – умуман қониқарсиз; 5 – ёмон; 6 – даҳшатли ҳолат.

ДИАГНОСТИКАСИ

Бемор шикояти ва анамнези ПБХГга диагноз қўйишга асосий омил ҳисобланади. ПБХГга шубҳа бўлган бемор шикоятларини объективлаштириш юқори спецификлик (79%) ва сезувчанликка (83%) эга бўлган IPSS ёрдамида амалга ошириш лозим.

ФИЗИКАЛ ТЕКШИРУВ

- Простата беги ўлчамларини аниқлаш, простата беги рақини истисно қилиш (без рақи Т3 босқичидан бошлаб тўғри ичак орқали бармоқ билан текширилганда аниқланади), неврологик касалликларни истисно қилиши учун тўғри ичак

сфинктери таранглигини баҳолаш мақсадида тўғри ичак орқали бармоқ билан текшириш.

- Тўғри ичак орқали бармоқ билан текшириш обструктив белгиларга нисбатан кам маълумот беради.
- ПБХГ асоратлари – парадоксал ишурия, гематурия ва сийдик қопада тошлар шаклланиши.

ЛАБОРАТОР ВА АСБОБ УСКУНАЛАР БИЛАН ТЕКШИРУВЛАР

- Бошқа касалликларни истисно қилиш учун сийдикни умумий тахлили ўтказилади.
- Қон зардобдаги креатинин миқдори буйраклар фаолиятини баҳолаш ва буйрак етишмовчилигини истисно қилиш учун аниқланади.
- ПБХГ билан касалланган беморларда простата беши рақини диагностикаси учун ПХА миқдорини аниқлаш синамаси ўтказилиши шарт эмас, чунки 50% ПБХГ беморларда ПХА миқдори 4 нг/мл. юқори бўлади.
- Эрақларда ирритатив ва обструктив ўзгаришлар одатда ПБХГ билан боғлиқ. Факат дифференциал диагноз ўтказиш зарурияти туғилгандагина урофлоуметрия, цистометрия, уродинамик текширув усуллари хирургик даволанишга тайёргарлик кўраётган беморларга ўтказилиши мумкин.
- Қолдиқ сийдикни аниқлаш. Мазкур текширув усули касаллик оқибатига таъсир этиши мумкинлиги тўғрисида маълумотлар йўқ.

ДИФФЕРЕНЦИАЛ ДИАГНОСТИКАСИ

ПБХГ қуйидаги касалликлардан фарқланиши лозим.

- **Фимоз.** Жинсий олат тери қиррасининг унинг бошчаси ортига ўтмаслиги.
- **Уретра ташқи тешиги торайиши.** Дилатация ёки хирургик аралашув талаб қилинади. ПБХГ вужудга келтирган сийдик қопчаси ости обструкциясини уретра ташқи тешиги дилатацияси ўтказиш билан бартараф этиб бўлмайди.
- **Уретра стриктураси.** Касаллик тарихи аниқланганда уретра жароҳати бўлганлиги ва тўсатдан бошланиши.
- **Уретра тошлари.** Бўлиши мумкин: бирламчи – сийдикни туриб қолиши ва сийдик йўллари инфекцияси натижасида; иккиламчи – буйракдан уретра жиб ўтганда. Дизурия, сийдик оқими сустлигини ва сийдик тутилишини чақиради.
- **Уретра тавақалари.** Одатда болалик даврда аниқланади.
- **Уретрит.** Уретрадан ажралмалар, дизурия.
- **Простата беши рақи, ўткир простатит (простата абсцесси).** Ирритатив белгилар, орқа тешик соҳасида нохушлик ҳисси, бел пастки соҳаларида оғрик, иситма. Тўғри ичак орқали бармоқ билан текширилганда простата беши зичлашган.
- **Нейроген сийдик қопа:** орқа мия жароҳатлари, ҚД, тарқоқ склероз, бош мияга қон қуйилиши, Паркинсон касаллиги. Сийдик қопчаси иннервацияси қайси даражада бузилишидан катъий назар ПБХГ белгиларига ўхшаш клиник белгилар билан кечади.

- **Сийдик қопчаси бўйинчасининг қисқарувчанлигини бузилиши.** Сийдик ажралиши вақтида сийдик қопи бўйинчасининг тўлиқ очилмаслиги сабабли узоқ муддат обструктив ва ирритатив белгилар кузатилади.
- **Сийдик қопчаси тошлари.** Одатда сийдик қопчаси ости обструкцияси бор эркакларда учрайди. Дизурия қовуқ устида оғриқ бўлиши, унинг жинсий олат бошчасига тарқалиши, сийдик оқими тўхтаб тушиши хос.
- **Сийдик қопчаси раки.** Доимий бўлмаган оғриқсиз гематурия мавжудлиги. Беморларнинг 1/3 қисмида императив хошиш ва дизурия бўлиши мумкин.
- **Бактериал ва интерстициал циститлар.** Эркакларда камдан – кам ҳолларда учрайди ва дизурия, қовуқ усти оғриқлари хос. Оқрикни сийдик ажралганидан сўнг камайиши кузатилади.
- **ДВ ножўя таъсири.** Антихолинергик воситалар сийдик қопчаси қисқарувчанлигини сусайтиради, симпатомиметиклар эса унинг бўйинчаси қаршилигини кучайтиради.

Умумий клиник амалиётда диагностик усул. Беморга даволашнинг барча турлари тўғрисида сўзлаб бериш лозим. Касаллик белгилари енгил ва ўрта кечаётган беморларга дори воситалари билан, оғир даражали белгилари бўлганларга эса хирургик йўл билан даволанишни тавсия этиш зарур.

ДАВОЛАШ

КАСАЛХОНАГА ЁТҚИЗИШГА КЎРСАТМАЛАР.

- Сийдик ўткир тутилишини ривожланиши.
- УБЕ белгиларини ривожланиши.

Бемор сийдик ўткир тутилиши ҳолатидан чиқариб олингач, ҳаётга хавф солувчи ўзгаришлар (масалан, сув – электролит мувозонати бузилиши) юзага келиши эҳтимолини ҳисобга олиб АБ, электролитлар, айланиб юрувчи қон ҳажмини назорат қилиш лозим. Шунингдек, гематурия ривожланиши ҳам мумкин.

ДОРИЛАРСИЗ ДАВОЛАШ

Касаллик енгил кечаётган беморларга тавсия этилади.

- Уйқу олдидан суюқлик қабул қилишни камайтириш (одатда уйқудан 3 – 4 соат олдин суюқлик қабул қилишни тўхтатиш);
- Уйқу олдидан албатта ҳожатга бориш;
- Фаоллиги тунда кучаядиган сийдик ҳайдовчи воситаларни қабул қилмаслик;
- Антихолинергик воситаларни қўлламаслик.

ДОРИЛАР БИЛАН ДАВОЛАШ

- ПБХГ белгилари мавжуд бўлиб, аммо сийдик тутилиши белгилари бўлмаган беморларда даво α – адреноблокаторлар буюришдан бошланади:
 - ✦ Теразозин, уйқунинг 1 соатига 1 мг. дан бошлаб буюрилади, кунига 20 мг. гача кўтарилади;
 - ✦ Альфузозин 5 мг. дан кунига 2 марта;
 - ✦ Доксазозин кунига 1 мг. дан бошлаб 8 мг. гача кўтариб борилади;
 - ✦ Тамсулозин, бошланиш дозаси кунига 0,4 мг., кунига 0,8 мг. гача кўтариб борилади. Агар 0,4 мг. самара бермаса 0,8 мг. буюрилади.

- Простата беги ўлчамлари катта (40 см³ – катта) бўлган беморларга α – адреноблокаторлар самара бермаганида, 5 – α – редуктаза ингибиторлари кўшимча буюрилиши лозим.
 - ✦ Финастерид 5 мг/кунига; яхши самара берса, бемор бутун умр мобайнида қабул қилиши керак.
- Фитопрепаратлар самарадорлиги яхши исбот этилмаган. Уларни енгил белгилар билан кечаётган ва қабул қилиш истаги бўлган беморларга буюриш мумкин ✦ Судралувчи пальма мевалари экстракти 80 мгдан кунига 2 марта ✦ Африка олхўриси пустлоғи экстракти ✦ Тиквеол 1 чой қошиқдан кунига 3 марта.

ХИРУРГИК УСУЛДА ДАВОЛАШ

ПБХГ да хирургик даволаш асоси – уретранинг простата қисми бўшлиғини кенгайтириш.

- ПБХГ оғир даражада кечаётган беморларга имкон қадар эрта хирургик даволаш тавсия этилиши шарт.
- Белгилари ўрта оғир ва оғир даражада бўлган беморларни кузатувга нисбатан, хирургик даволаш ўтказилиш яхши самара беради.
- Илк даврида катта амалиётлар қаторида кам шикаст етказувчи усуллар (простата безининг лазерли ёки уретра орқали инцизияси, уретра орқали иссиқлик терапияси, вапорезация) ижобий самара беради. Бунда асоратлар хавфи сезиларли даражада камаяди.

Асосий хирургик усулларни хусусиятлари.

- Простата безининг уретра орқали резекцияси – ПБХГ хирургик даволашнинг энг мақбули. Самарадорлиги – 80%. Хирургик операциясидан сўнг 30 кун ичида ўлим 65 – 69 ёшли беморларда – 0,4%, 80 – 84 ёшли беморларда 1,9% ташкил этади. Асоратлар ривожланиши беморнинг ёшига, ёндош касалликлар ва простата беги ўлчамларига боғлиқ ✦ Гемотрансфузия талаб этиладиган қон кетишлар – 3 – 5% ✦ Сийдик йўллари инфекциялари ✦ ТУР – синдром (ювиб чиқарилаётган суюқликнинг сўрилиши натижасида юзага келган дилуцион гипонатриемия) ✦ Эректил фаолият бузилиши – 14% ✦ Ретроград эякуляция – 74% ✦ Уретра, сийдик қопчаси стриктуралари, сийдик тута олмаслик – 5%.
- Очиқ простатэктомия. Асоратлари 6,9 – 42,7% ташкил этади.
- Простата беги уретра орқали инцизияси безнинг ўлчамлари кичик (30 см³ дан) бўлганида тавсия этилади. Самарадорлик 78 – 83%, асоратлар ТУР га нисбатан анча кам учрайди. Ретроград эякуляция кўпи билан 25% ҳолларда юзага келади.
- Простата безини уретра орқали электровапоризациялаш. Уретра орқали резекцияга нисбатан самарадорлиги паст. Афзалликлари: шифохонага ётқизиш ва анестезия ўтказиш зарурияти йўқ. Асоратлар (сийдик тута олмаслик ва эректил фаолият бузилиши) даражаси паст.
- Интерстициал лазерли коагуляция – антикоагулянтлар қабул қилувчи беморларда танлов усули.
- Уретра орқали кичик тўлқинли иссиқлик терапияси. Анестезия ва эхтимол, узок муддатга катетер ўрнатилиши талаб этилади. Самарадорлиги исбот этилмаган.

БЕМОРНИ ЎРГАТИШ

Беморга ПБХГ билан боғлиқ белгилар, турли даволаш усулларининг мақсади, даволашдан кутиладиган натижалар айтилиши лозим.

- Беморга касалликдан истихола қилмаслиги зарурлигини тушунтириш шарт.
- Бемор ПБХГ тўғрисидаги илмий – оммабоп адабиётларни ўқиши учун йўлланма бериш лозим.
- Беморга ПБХГ турли асоратлари кўриниши, жумладан юқумли ва обструктив белгилар тўғрисида маълумот бериш керак.

МУТАХАССИС МАСЛАҲАТИ

ПБХГ хос бўлмаган белгилар вужудга келганида (гематурия, простата безида зичлашган ўчоқлар мавжудлиги, қонда креатинин миқдори ортиши) мутахассис маслаҳати зарур.

КЕЙИНГИ КУЗАТУВ

Кузатувдан мақсад: белгилар оғирлик даражасини, ПБХГ асоратларини ва даволашнинг ножўя таъсирларини эрта аниқлаш.

- Белгиларнинг оғирлик даражасини аниқлаш учун IPSS кўрсаткичидан фойдаланилади.
- Простата безининг бошқа касалликларини ўз вақтида аниқлаш учун йилига 1 маротаба , тўғри ичак орқали бармоқ билан текширув ўтказилади.
- Буйрақлар фаолиятини назорат қилиб бориш мақсадида мунтазам равишда сийдик умумий таҳлили ва қон зардобидида креатинин миқдори текширилади.
- Дори воситаларнинг ножўя таъсирларини ўз вақтида аниқлаш учун бемордан мунтазам равишда унинг самараси тўғрисида сўраб борилади.

ПРОСТАТА БЕЗИ РАКИ

Касалланиш. Простата раки хавфли ўсмаларнинг 18% ни ташкил этади, касалланиш ёшга мутаносиб ўсиб бориб, 80 ёшдагилар орасида кенг тарқалган. Аутопсия маълумотларига кўра простата раки 50 ёшдан катта эркаларнинг 14 – 46% да аниқланади.

Касалланиш: 2001 йилда эркак аҳолининг 100000 тасига 18,9 ҳолат.

- **Келиб чиқиш сабаблари:** Простата бези раки жинсий аъзолардаги эндокрин бузилишлар оқибатида келиб чиқади деб тахмин қилинади.

Морфологияси. Простата безининг деярли барча турлари – аденокарцинома (майда бўлакчали, йирик бўлакчали, крибоз, йирик – тўсиқли). Баъзан ўтувчи – ҳужайрали ва ясси ҳужайрали турлари қайд этилади.

- Глисон прогностик мезонларига мувофиқ ўсмаларни фарқлашда 6 босқич (0 дан 5 гача) мавжуд.
- Простата ўсмаларининг кўпчилиги аъзонинг чекка қисмларида, фақат 25% рак эса марказий қисмларида ривожланади.
- Бошқа аъзоларга метастазлар – кўп ҳолларда (90% дан ортик) суякларни зарарлайди, юмшок тўқималар, лимфа тугунлари, ўпка ва жигар зарарланиши кам учрайди.

TNM бўйича классификацияси (шунингдек ўсма босқичларига қаралсин) • TX – бирламчи ўчоқ текширилмаган • T1 – ўсманинг клиник белгилари йўқ, пайпаслаганда сезилмайди • T1a – беҳосдан аниқланади, кесиб олинган тўқиманинг кўпи билан 5% ни ташкил этади • T1b – беҳосдан аниқланади, кесиб олинган тўқиманинг 5% дан ортиғи ўсмдан иборат • T1c – ПХАг миқдори ортганда ўтказилган биопсияда ўсма аниқланади • T2 – ўсма простата безида кўзга кўринади, қобикдан ташқарига чиқмайди • T2a – ўсма бир бўлакда жойлашади • T2b – ўсма икки бўлакни эгаллайди • T3 – ўсма простата бези қобиғидан ташқарига ўсиб чиқади • T3a – ўсма простата бези қобиғидан ташқарига бир ёки икки томондан ўсиб чиқади • T3b – ўсма уруғ пуфакчаларига ўсиб киради • T4 – ўсма атроф тўқима ва аъзоларга: сийдик қопчаси бўйинчасига, унинг ташқи сфинктерига тўғри ичакка, орқа тешикни кўтарувчи мушакка ўсиб киради • NO – регионар лимфа тугунларида метастазлар йўқ • N1 – регионар лимфа тугунларида метастазлар бор • GX – фарқлаш даражасини аниқлаш имкони йўқ • G1 – юқори даражада ривожланган, енгил анаплазия • G2 – ўрта даражада ривожланган, ўртача анаплазия • G3 – 4 – фарқланиш даражаси паст ёки тўлиқ ривожланмаган ўсмалар, яққол анаплазия.

Босқичлар бўйича гуруҳларга ажратиш • I босқич: T1a N0M0G1 • II босқич: T1a N0M0G2 – 4 ✦ T1b – 2N0M0G1 – 4 • III босқич: T3N0M0G1 – 4 • IV босқич: ✦ T4N0M0G1 – 4 ✦ T1 – 4N1M0G1 – 4 ✦ T1 – 4N0 – 1M1G1 – 4.

Клиник манзараси бирламчи аниқланган вақтда – простата бези пайпаслашда зичлашган ўчоқ (беморларнинг 50% дан ортиғида кузатилади), дизурия, сийдик тутилиши ёки тута олмаслик, гематурия, поллакиурия, никтурия.

Диагностикаси илк босқичларда муаммоли. 50 ёшдан катта эркакларда простата бези касаллигини тахмин қилувчи белгилар мавжуд бўлса, простата бези тўғри ичак орқали бармоқ билан пайпаслаб кўрилади ва қон зардобиди ПХАг миқдори текширилади • Физикал текширув. Простата бези ўсмаларининг фақаткина 15 – 40% бармоқ билан текширувда аниқланади • ПХА миқдори таҳлили касаллик авж олаётганлигини баҳолаш учун қўлланилади ✦ Қабул қилинган катталиқнинг юқори чегараси – 4 мкг/л. ✦ Простата безининг хавфсиз ўсмасида ПХА миқдори ортган бўлиши мумкин (10 мкг/л.) ✦ ПХА миқдори 20 мкг/л. дан ортиқ бўлиши – простата бези ракидан, 50 мкг/л. дан ортиқ бўлиши эса раkning метастазлар берганлигидан далолат беради ✦ Умумий ПХА миқдори 4 – 10 мкг/л. бўлиб, «эркин/умумий ПХА» нисбати 15% дан паст кўрсаткичда эканлиги простата бези ракига шубҳа туғдиради • Аденомэктомияда олинган тўқималарнинг ҳужайравий текшируви фақат 10% ҳоллардагина ҳавфли ўсиш бошланганлигини аниқлаб беради • Қолган ҳолатлар раkning авж олган босқичларини ташкил этади: кўп ҳолларда суякларда метастази бўлган беморларни клиник текширув вақтида простата бези раки топилади • Простата бези қобиғига ўсиб кирган ракда нордон фосфотаза фаоллиги ортганлиги аниқланади. Қўшни аъзоларда метастазлар мавжуд бўлганда, бу кўрсаткич 80% ҳолларда юқори эканлиги кузатилади. Нордон фосфотаза ва ПХА миқдори текшируви, туғри ичак орқали текширув простатани уқалаш муолажалари амалга оширилиши олдидан ўтказилиши лозим. Ушбу

муолажалардан сўнг конда мазкур ферментнинг 1 – 2 кун мобайнида ортганлиги кузатилади.

Диагнозни тасдиқлаш • Тўғри ичак, оралиқ ёки уретра орқали бажарилган (одатда УТТ назорати остида) простатанинг кўп марказли биопсияси аниқ диагноз кўйиш имконини беради • Лаборатор текширувлар буйраклар фаолиятини баҳолаш учун кўлланилади, шу билан бирга остеосцинтиграфия, рентгенография, экскретор урография, тос ва ёки қорин пардасидан ташқари бўшлиқнинг УТТ, КТ лари турли аъзолардаги метастазларни аниқлашга ёрдамлашади.

Касаллик босқичини аниқлаш • Тарқалиши T0 – 1 ўсмалар белгиларсиз кечади; аутопсияда ёки аденомадан олинган тўқимани текшириш вақтида аниқланади • T2 – ўсма простата беги тўқимасида чегараланган; простата бармоқ билан текшириляётган вақтда тугунлар кўринишида аниқланади; хирургик усул билан олиб ташланиши мумкин. Афсуски, беморларнинг фақат 10% да хирургик даволаш имконияти мавжуд. Кўп ҳолларда тос лимфа тугунларида метастазлар бўлиб, тўғри ичак орқали текширувда уларни аниқлаш имкони йўқ • T3 – ўсма кобиғидан ташқарига тарқалган (масалан, уруғ пуфакчалари, сийдик қопчаси бўйинчаси), лекин тоснинг бошқа тўқималарига ўтмаган. Аниқланган барча раклар ичида бундай ўсмалар 40% ни ташкил этади. Улар хирургик усулда даволанмайди • T4 – тос суяклари, лимфа тугунлари ёки юмшоқ тўқималарга ўсиб кирган рак. Бирламчи аниқланган касалликнинг 50% яқини T4 босқичга таалукли.

Даволаш ва прогнози. Хирургик усул, нур ва гормонлар терапияси ўтказилади (баъзан фақатгина кузатиб борилгани афзал). Илгари деярли барча ҳолатларда простатэктомия амалга оширилган, лекин хозирги вақтда ўчоқли босқичларида хирургик усулдан кўра нур терапиясини ўтказиш (айниқса айланмали нурлантириш ва брахиотерапия) афзал деб қаралмоқда. Кўпчилик мутахассислар 70 ёшдан кичик ва ички аъзоларида касалликлари бўлмаган беморларда хирургик даволашни кўллайдилар. Қари ёшдаги беморларда эса нур терапияси ўтказилади (без ҳажми катта бўлмаганлиги сабабли бемор яхши қабул қилади, реакциялар вақтинчалик бўлади, жинсий фаолият зарарланмайди). Гормон терапияси (тўлиқ андроген тўсиққа эришиш билан) мустақил равишда ёки умумий терапияга қўшимча сифатида тўлиқ фарқланган ракларда буюрилиши мақсадга мувофиқ.

- Ракнинг илк босқичларида радикал простатэктомия, масофали гамма – терапия ёки тўқима ичи нурланиши амалга оширилади ✦ Простатэктомия 70 ёшдан кичик беморларга тавсия этилади. Радикал даволашдан сўнг деярли барча беморлар 10 – 15 йил умр кўрадилар ✦ Без атрофида нерв чигалининг сақлаб қолиниши билан бажариладиган радикал простатэктомия кичик ўсмаларда тавсия этилади; 40 – 60% ҳолларда жинсий фаолият меъёрда сақланиб қолади, лекин 5 – 15% беморларда сийдик тута олмаслик юзага келади ✦ Нур терапияси рак кенг тарқалган ёки радикал даволаш бажарилишига монёлик қилувчи ички аъзоларнинг бошқа касалликлари мавжуд бўлган кекса беморларга тавсия этилади. Шунингдек, жинсий фаолиятни сақлаб қолиш истаги бўлган беморларда нур терапияси кўлланади. Импотенция ҳолати масофали гамма – терапияга нисбатан изотоп интерстициал жойлаштирилишида кам учрайди.

- Рак Т4 тарқалган беморда одатда ёрдамчи гормонал терапия ўтказилади ✦ Юрак қон – томир тизимининг оғир асоратлари ривожланиши хавфи бўлган беморларда орхиктомия амалга оширилади. Хирургик даволашдан сўнг гормонлар қўлланилиши (масалан, диэтил стильбэстрол 1 – 3 мг. дан ҳар куни) тестостерон миқдори камайишига олиб келади ✦ Флутамид ва аминоклутетимид – бирламчи гормонал терапия таъсир кўрсатмаган беморларда танлов препаратлари ҳисобланади ва 50 – 80% ҳолларда ремиссияга олиб келади. Хирургик даволашсиз тўлиқ соғайиш камдан – кам ҳолларда рўй беради. Одатда, простата безидаги бирламчи ўчоқ ва юмшоқ тўқималар жароҳати сўрилади, зардобда ИФ ва ПСА миқдорлари меъёрига келади, суяклардаги оғриқлар тезлик билан сусайиб боради. Ремиссия гормон терапиясидан сўнг ўртача 9 – 18 ой мобайнида кузатилади.
- Дори воситалари билан одатий терапия самара бермаганида, адrenaлэктомия, сўнг флутамид ёки аминоклутетимид юбориш орқали вактинчалик натижага эришиш мумкин.
- Тўлиқ ривожланган, гормон терапиясига сезгирлиги паст бўлган рак шаклларида одатда кимётерапияси қўлланади. Кўп ҳолларда цисплатин, доксорубицин, циклофосфамид ва фторурацил буюрилади.
- Ёрдамчи даво ✦ Простата беzi электрорезекцияси сийдик тутилишини камайтириш имконини беради ✦ Суякларда оғриқ бўлганида нур терапияси ижобий самара туғдиради ✦ Кўкрак безларини катта бўлмаган миқдорлар билан нурлантириш эстрогенлар қўлланиши оқибатида келиб чиққан гинекомастия олдини олади.

Кузатув • Врач хузурига биринчи йили ҳар 3 ойда, иккинчи ва учинчи йилларда ҳар 6 ойда ва тўртинчи йилдан бошлаб 12 ойда 1 марта ташриф буюриш тавсия этилади.

ХКК – 10 • С61 Простата безининг хавфли ўсмаси • **D07.5** Простата безининг *in situ* карциномаси.

ТЕРИНИНГ ПИГМЕНТЛИ ЎЗГАРИШЛАРИ

ВИТИЛИГО

Витилиго (*vitiligo*) – терининг идиопатик дисхромияси бўлиб, кўпинча турли ҳажм ва кўринишда симметрик жойлашган, сутсимон оқ рангдаги пигментсизланган доғларнинг пайдо бўлиши билан характерланади, уларни ўраб олган қисми ўртача гиперпигментланган, доғ тери сиртида чегараларини кенгайтириш хусусиятига эга. Халқ орасида пес деб юритилади. **Учраши:** 100 аҳолига 1-2.

Классификацияси • Жараённинг тарқалганлик даражасига кўра ✦ Генераллашган авж олган тури (А шакли) – 75% ҳолларда; акроцефал, сохта (вульгар) ва универсал турлари фарқланади ✦ Чегараланган тури (В шакли) – қолган 25%; фокал, сегментар ва шиллиқ қават турлари фарқланади • Пушти витилиго (*vitiligo rosea*, превитилигиноз эритема, Милиан пушти витилигоси) – пигмент йўқолишининг

ривожланишидан аввал қичима эритема бошланиб, унинг пўст ташлаши юз беради • Тўрсимон витилиго (*vitiligo reticularis*) – пигментсизланган ўчоқларда (кўпинча жинсий аъзолар терисиди) пигментли нуқталар кўриниб туради ва тўр ҳо қилади • Нуқтали (точечное) витилиго (*vitiligo punctata*) – майда доғлар ва уларнинг атрофидаги тери яққол гиперпигментацияга эга • Сеттон невуси пигментсиз тери участкалари билан ўраб олинган пигментли невус. Фогт-Коянаги синдроми (нейродерматоувеит, увеокутан синдром, Харада касаллиги) - кўзнинг (увеит), тери ва сочларнинг (витилиго, соч оқариши, тўкилиши), ички қулоқнинг (дизакузия) зарарланишларини ўз ичига олувчи белгилар йиғиндиси.

Генетик жиҳатлари. Оилавий витилиго (193200, р).

Хавфли омиллар • Ички аъзолар ҳамда ички секреция безлари касалликлари (витилиго билан касалланган беморларнинг 30%) • Қалқонсимон безлар зарарланганда. Аутоиммун касалланишлар. Нерв системаси • Дисфункцияси ва эмоционал стресс • Сурункали яллиғланиш касалликлари • Заҳарланиш • Қуёшдан куйиш.

Клиник манзараси • Терида кўп сонли ёки алоҳида-алоҳида пигментсизланиш (фил суяги рангида) доғли тошмалар бўлади. Чегаралари бўйлаб пигментнинг куюқлашганлиги кузатилади, бу эса пигментсизланган тошмалар билан соғлом терининг янада кескин фарқланишига сабаб бўлади. Аста-секин тошмалар кенг тарқалиб, кўп беморларда терининг катта қисмлари оппоқ тусга киради • Витилиго тери қопламанинг исталган қисмида (кўл ва оёқ кафтлари терисидан ташқари) ҳамда шиллиқ қаватларда жойлашиши мумкин. Витилиго доғларида • Сочлар ҳам рангини йўқотади; беморларнинг 35% да эрта соч оқариши юзага келади • Субъектив хиссиётлар, одатда, бўлмайд, бироқ 10% беморлар доғларнинг қичишидан шикоят қиладилар.

Ёшга хос хусусиятлари • 50% ҳолларда касаллик 10-30 ёш орасида бошланади • Болаларда, аксарият ҳолларда, витилигонинг чегараланган турлари учрайди ва бу кўпинча аутоиммун ҳамда эндокрин касалликлар негизиди юз боради; даволаш қийин кечади • Кекса кишиларда касаллик, одатда, ривожланмайди.

Текшириш усуллари • Биопсия ✦ Пигментсизланган зонадаги тери биоптатларида меланоцитлар умуман бўлмайд, дермада бўртиш ва айрим коллаген толаларнинг гомогенези қайд этилади ✦ Илк босқичда пигментсизланган зонанинг четлари бўйлаб яллиғланиш реакцияси юз беради, кейинги босқичларда – бир оз миқдордаги лимфоцитлар ҳамда ғайри – оддий меланосомали катта ўлчамдаги меланоцитлар миқдорининг ортиши кузатилади • Вуд лампаси нурларида кузатиш, айниқса, рангпар кишиларда пигментсизланган участкаларни анча батаф кўриш имконини беради • Трихофития эмаслигига ишонч ҳо қилиш учун теридан озгина қириб олиниб, микроскоп остида текширилади.

ДАВОЛАШ

Олиб бориш тамойили • Касаллик илк бор аниқланганда умумий амалиёт ва беморни мутахассис шифокорга кўрсатиб, тегишли маслаҳатларни олгандан сўнг даво чораларини бошлаши керак • Дори терапиясидан витаминлар микроэлементлар билан биргаликда (мис, рух) • PUVA – терапия (узун тўлқинли УФ-нурлар билан нурлантириш; *psoralen plus ultraviolet. A*), лазеротерапия ✦

PUVA – терапия 1-2 йил мобайнида вақти – вақти билан ўтказилади ✦ Қоннинг умумий таҳлили (ҚУТ), жигар функционал синамалари, ярим йилда бир марта АНАТ титри аниқланади • Симптоматик витилигода – асосий касалликни даволаш • Косметик мақсадларда нормал тери гидрохинон суртмаси ёрдамида пигментсизлантирилиши мумкин • Тўғридан - тўғри қуёш нурлари тушишининг олдини олиш, қуёшдан химояловчи кремлардан фойдаланиш • Витамин ҳамда микроэлементларга бой парҳез.

Дорилар билан даволаш • Чегараланган тури (В шакли) ✦ ГК ли ўртача актив суртмалар – терининг зарарланган жойларига ҳар куни 3-4 ой мобайнида сурилади ✦ Самара бермаган ҳолларда ✦ ГК ли юқори актив суртмалар ҳар куни 2 ой давомида (масалан, клобетазолли суртмалар); курс 1-4 ойдан сўнг такрорланиши мумкин ✦ Ёки фотосенсибилизация қиладиган, таркибида псорален (фурукумарин) бўлган препаратлар маҳаллий тарзда 1% ли аралашма кўринишида қўлланиб, кейин (90 минутдан сўнг) зарарланган ўчоқлар тўлқинли УФ-нурлари билан нурлантирилади (PUVA-терапия) • Авж олиб кетган тури (А шакли) ✦ ГК ичилади (масалан, бетаметазон 5 мг/кунда 2 кун давомида, кейин ҳафта охиригача танафус). Дори қабул қилишнинг 2-4 оий мобайнида бундай тартиб юқори самара беради ва амалда ҳеч қандай нохуш оқибатлари йўқ.

Асоратлари • Псораленлар билан даволаш ҳамда PUVA – терапияни олиб боришда турли оғирликдаги қуёш нуридан қуёш ҳамда фототоксик реакциялар • ГК маҳаллий (айниқса, юз терисига) қўлланилганда, баъзан тери атрофияси ва телеангиэктазиялар кузатилади • Псорален маҳаллий қўлланганда кучли қуёшларга сабаб бўлиши мумкин. Дастлаб ундан 1:10 ёки 1:50 нисбатдаги аралашма тайёрлаш хавфни қисман пасайтиради • Пигментсизловчи ва косметик воситаларини қўллаганда контакт дерматит ривожланиш эҳтимоли бор.

Кечиши ва прогнози. 20% беморларда даволаш мутлақо самарасиз, айнақса касаллик узок давом этган бўлса. Ўз-ўзидан тузалиш 5% ҳолларда юз беради.

Синонимлари • Гипомеланоз • Ўчоқли пигментсизланиш • Ола-чипор тери.

ХКК-10 • L80 Витилиго.

АЛЬБИНИЗМ

Альбинизм – терида, сочларда, кўзнинг рангдор ёки тўр пардасида ёхуд фақат рангдор пардасида меланин синтезида тирозин алмашинувининг бузилиши натижасида пигментнинг туғма етишмаслиги ёки умуман бўлмаслигидир. Генераллашган (тери-кўз), алоҳида (кўз) ёки аралаш турдаги альбинизм фарқланади.

Тери-кўз альбинизми (ксантизм) • 1-типи (сарик альбинизм, 203100, р) – негатив тирозиназа. Бола «мурдадек рангсиз» туғилади, кейин аста-секин тери ва сочларда сарик пигмент пайдо бўлади, кўз патологияси яққол кўринади • 2-типи (203200, р) – позитив тирозиназа. **Клиникаси:** альбинизм, нистагм, кўриш қобилиятининг пасайиши. **Лаборатория текшируви:** тирозиназанинг нормал фаоллиги • 3-типи (203290, ген *TYRP1*, р) – тирозиназага қарам оқ гени мутацияси (115501); 2 типга ўхшаш. **Клиникаси:** нотўлиқ альбинизм, нистагм, кўз тўр пардасида пигмент

мавжудлиги, ғилайлик. **Лаборатория текшируви:** соч сўғонларида тирозиназа фаоллигининг йўқлиги • «Малла» типи (278400, p) – *TYRP1* ген мутацияси (115501): афроамерикаликларда кузатилади, соч ва терининг мис ранг – кизғиш тусга бўялганлиги хос.

Кўз альбинизми • 1-типи (Нетлшип-Фолз кўз альбинизми, 300500, N). **Клиникаси:** томирлари бўртиб чиққан кўз тубининг пигментсизланиши, нистагм, фотофобия, кўриш ўткирлигининг пасайиши, бош тремори, терининг нормал пигментлашуви, гетерозиготали ташувчиларда кўз туби пигментсизлашувининг ола-була манзараси, электрон микроскопияда макромеланосомалар • 2-типи (Форсиус-Эрикссон кўз альбинизми, 300600, N). **Клиникаси:** кўз тубининг пигментсизлашуви, кўриш чуқурчаси гипоплазияси, кўриш қобилятининг яққол пасайиши, нистагм, миопия, астигматизм, ранг кўрлиги; электрон микроскопияда макромеланосомалар бўлмади. **Эслатма:** бу патологияни баъзан Аланд ороллари касаллиги деб ҳам атайдилар • 3-типи (203310, 6q13-q15, p). **Клиникаси:** кўриш қобилятининг бузилиши, шуълаланиб турувчи рангдор парда, туғма нистагм, фотофобия, кўз тубининг пигментсизлашуви, кўриш чуқурчаси гиперплазияси, ғилайлик. Лаборатория текширувларида тирозиназанинг нормал фаоллиги.

АЛЬБИНИЗМНИНГ АРАЛАШ ШАКЛЛАРИ

- Иммун ва гематологик нуқсонли альбинизм (203285, p). **Клиникаси:** қисман альбинизм, кумушсимон сочлар, иммунтанқислик (гипогаммаглобулинемия, АТ етарлича ҳо бўлмаслиги, Т-хелперлар фаолиятининг бузилиши, йирингли инфекцияларнинг тез-тез пайдо бўлиши), ўткир безгак (иситма) кўринишлари. **Лаборатория текшируви:** нейтропения, тромбоцитопения, соч сўғонларида пигментнинг кўп тўпланиб қолиши, меланоцитларда меланосомаларнинг йиғилиши.
- Нейросенсор кулоқ оғирлиги билан кечадиган кўз альбинизми (кўз альбинизми 2 типини Варденбург синдроми, 103470, M17F гени, R) – тирозиназа транскрипциясини бошқарувчи ген мутацияси. **Клиникаси:** кўриш ўткирлигининг пасайиши, фотофобия, нистагм, шуълаланиб турувчи рангдор парда, ғилайлик, яқин масофани кўра олмаслик, кўз тубининг пигментсизланиши, сариқ доғ гипоплазияси, кўриш нервининг дисплазияси, терининг пигментсизлашуви, сепкилдорлиги, кулоқ оғирлиги, вестибуляр гипофункция.
- Кечки нейросенсор кулоқ оғирлиги билан кечадиган кўз албинизми (300650, Хр 22.3-p22,2, N, шунингдек 103470, R). **Клиникаси:** кечки нейросенсор кулоқ оғирлиги, пигментсизланиш ва кўз туби томирларининг бўртиб чиқиши, нистагм, фотофобия, кўриш ўткирлигининг пасайиши, бош тремори, терининг нормал пигментлангани, гетерозиготали ташувчиларда кўз тубининг ола-була пигментсизланиши, электрон микроскопияда макромеланосомалар.
- Альбинизм – микроцефалия – бармоқлар аномалияси (203340, 5a, p миозин генининг мутацияси).
- Альбинизм-карлик синдроми (300700, N). **Клиникаси:** туғма нейросенсор кулоқ оғирлиги, терининг гипо ва гиперпигментланиш ўчоқлари, кўз альбинизмининг

бўлмаслиги, гетерозиготали ташувчиларда (эркаклар) эшитиш қобилиятининг пасайиши.

- Титц синдроми (Титц альбинизм – карлик синдроми) 103500, 3p14.1 – p12.3, *MITF* транскрипцияси омили гени мутацияси [*MITF*, *WS2A*, 156845] Варденбург синдроми Iа, R билан ўхшаш (аллельная). **Клиникаси:** генераллашган гипопигментланиш, қулоқ оғирлиги, қошларнинг бўлмаслиги.
- Херманский-Пудлак синдроми (203300, 10q 23.1 – q 23.3, 15q15, *EPB42* паллидин гени мутацияси, бошқа локус – 10q 23.1 – q23.3) геморрагик диатез ва пигментли ретикулоэндотелиал хужайрали альбинизм. **Клиникаси:** альбинизм, геморрагик диатез, бурундан қон оқиши, лимфа тугунлари ва илик ретикуляр хужайраларининг пигментлашганлиги, кардиомиопатия, нистагм, кўриш қобилиятининг пасайиши, интерстициал ўпка фибрози, ичакларнинг яллиғланиши. Лаборатория текширувлари: тирозиназанинг нормал даражаси, буйрак етишмовчилиги.

ХКК-10 • E70.3. Альбинизм.

Эслатма • Тирозиназа (КФ1.14.18.1, синонимлари: крезолаза, монофенол монооксигеназа, монофенол оксигеназа, фенолаза; кофактор-мис) • «Оқ кокил» (172800, 4q12 – 4q21, *PBT* гени, R) – нотўлиқ ёки чегараланган альбинизм; бу атамани одатда бош терисидаги сочларда доғлар кўринишидаги пигмент йўқлигини ифодалаш учун қўллайдилар, витилиго участкалари бошқа жойларда ҳам мавжуд бўлиши мумкин; Варденбург синдромида, бошқа ирсий касалликларда учрайди.

Альбинизмнинг қайси турига шубҳа бўлишидан қатъи назар, умумий амалиёт врачлари беморни мутахассис шифокорга кўрсатиши ва ундан сўнг доимий кузатувга олиши лозим.

НЕВУС

Невус (холлар, норлар) – терининг гамартомасифат нуқсонлари бўлиб, эпидермис элементлардан ҳам, дермадан ҳам (бириктирувчи тўқималар, томир элементлари ёки меланоцитлардан) ривожланиши мумкин. Невуслар – пигментланган хоалар ҳисобланади ва одатда тери юзасидан бўртиб туради. Холлар деярли ҳар бир одамда бўлиб, туғма бўлиши ёки ҳаёт давомида, айниқса пубертат даврда, аёлларда ҳомиладорлик даврида, гормонал дисфункцияда вужудга келиши мумкин. Клиник кўриниши: уларнинг сони, ўлчамлари, морфологик турлари ва алоҳида элементлари – доғлар, тугунчалар, тошмалар пигментлашуви даражаларига кўра ниҳоятда хилма-хил бўлиб, баҳайбат невусларда тери қопламанинг субтотал зарарланишигача боради. Йирик туғма невуслар деганда >20 см. ли ёки тана юзасининг 2,5% ни қоплаган элементлар тушунилиб, улар малигнизация хавфи бўлган омиллар ҳисобланади.

- **Эпидермал невуслар** (сўгалли ёки ҳол типиде бўйича) кўпинча туғилиш вақтида кўзга ташланади, аммо болалик даврида (жуда кам холларда катталарда) ривожланиши ҳам мумкин. Ташқи кўриниши жиҳатдан папилломаларга

(вирусли генез) ўхшаши мумкин, лекин одатда катта чизиқли тошмалар ёки майда папула майдонлари кўринишида пайдо бўлади. Эпидермал невуслар кўпроқ аломатсиз кечади. Ёғ безлари невосини эътиборга олмаганда, малигнизация кам кузатилади (5% ҳолларда базалиома юзага келади). Гистологик жиҳатдан акантоз ва гиперкератоз билан характерланади. Ёғ безлари невусларига шунингдек, кўп миқдордаги ёғ ва апокрин безларининг мавжудлиги ҳам хосдир. Атипик ҳужайраланиш кузатилмайди. Даволаш асосан косметик мақсадларда амалга оширилади. Ёғ безлари невосини профилактика учун олиб ташлаш малигнизация хавфи бўлгани сабабли эмас, клиник намоён бўлиши туфайли (унда сочлар ўсмайди) бажарилади.

- **Дермал невуслар** ✦ Бириктирувчи тўқимали невуслар кўпроқ туғма бўлиб, одатда, қаттиқ, якка ҳолдаги папулалар ҳамда тана рангидаги тошмалар кўринишида бўлади. Уларда сочли фолликулалар миқдори анчагина учраши мумкин («чўчка териси»). Невусларнинг бундай варианты идиопатик ҳисобланиб, бошқа касалликлар билан боғлиқ эмас, тубероз склероздаги «сахтиён тери» бундан мустасно. Гистологик жиҳатдан коллаген ҳамда чўзилувчан толаларнинг тартибсиз зич йиғиндисидан иборат. Прогнози – хавфсиз ва мутлақо косметик нуқтаи назардан олиб ташланади ✦ Томирсимон невуслар (гемангиомалар) – эндотелий билан қопланган томирсимон ҳоалар, асосан капиллярли, аммо, йирик невусларда каверноз тузилмалар ҳам учрайди. 3 та клиник тури типик ҳисобланади: қулупнайсимон невос, олчасимон невос ва каверноз гемангиома. Қулупнайсимон невос ҳамда каверноз гемангиома ўз-ўзидан ривожланишдан тўхташи мумкин, олчасимон невос эса бутун умр давомида ўсаверади. Хирургик йўл билан даволаш косметик кўрсатмалар бўйича функционал издан чиқишларда (конъюнктива ва лаблар атрофида жойлашганда) ёки олчасимон невос тромбозиди (малигнизацияга гумон пайдо бўлганда) амалга оширилади ✦ Меланоцитар невуслар клиник жиҳатдан муҳимлиги билан ажралиб туради, бунда меланома билан дифференциал диагностика ўтказиш заруратини ҳисобга олиш лозим.

НЕВУСНИНГ КЛИНИК ТУРЛАРИ

- Базал ҳужайрали невос – ирсий касаллик – қовоқ, бурун, ёноқлар, бўйин, юқори жағлар терисининг (одатда, безарар) зарарланиши билан характерланади, тана рангидаги папула сифатида намоён бўлиб, эрозия излари учрамайди, гистологик жиҳатдан базал ҳужайра ракидан фарқланмайди.
- Сўгалли невос – тери рангидаги (ёки бир оз тўқроқ) эпидермиснинг зарарланиши, сўгалга ўхшайди, кўпинча чизиқли, туғилиш чоғида ёки болалигида пайдо бўлади, турли ўлчамларда, ҳар хил шаклда чегараланади, алоҳида-алоҳида ёки кўп сонли бўлиши мумкин ⇔ веррукоз невос.
- Сочли (тукли) невос – кўп миқдорда ўсадиган туклар билан қопланган ҳол.
- Баҳайбат пигментли невос – катта, туғма, яққол кўринувчи туклар билан қопланган, кўпинча оёқларда жойлашадиган пигментли невос ⇔ пигментли – тукли невос.
- Мовий невос – кенг асосли, кулранг мовий рангининг ҳар хил тусларига эга бўлган папула ёки пиллакчадан иборат. Гистологик жиҳатдан дермада

эпидермисга параллел равишда ўрнашган ўсимтали меланоцит тўпламлари топилади, кўринадиган спектр нури тушганда оптик мовийлик кўринишининг юзага келиши шундан ⇔ Ядассон-Тише невуси.

- Интрадермал невус-меланозит уяларининг эпидермис ва дерма оралиғида эмас, дермада жойлашувидир.
- Ито невус – ўмров усти нервининг латерал шохобчасини ҳамда елканинг латерал тери нерви жойлашган тери участкасининг пигментланиши: дермада тартибсиз ётган невус ҳужайралари.
- Қулупнайсимон невус – ўлчамлари, шакли ва ранги қулупнайга ўхшаш унча катта бўлмаган томирсимон – оч қизил рангли, галвирсимон зичликдаги солитар ҳоа. Чақалоқларнинг 3% да кузатилади, кўпинча 6-7 ёшгача ўз-ўзидан йўқолади ⇔ каверноз гемангиома ⇔ кавернома ⇔ ғорсимон гемангома.
- Бир томонлама невус – туғма чизикли невус, нерв йўналиши бўйлаб ёки тананинг бир томонида ёки қўл-оёқнинг бир қисмида жойлашади ⇔ чизикли невус.
- Ота невус (окулодермал меланоз) – уч тармоқли нерв ва кўз конъюнктиваси соҳасида терининг пигментланиши, кўкимтир-кул ранг доғлардан иборат бўлиб, Осиёда, кўпроқ аёлларда учрайди. Даволаш – косметик нуқтаи назардан амалга оширилади.
- Тўқ - кўк невус – кўз косаси – юқори жағ невуси.
- Чегараловчи невус – базал қават яқинида, эпидермис ва дерма чегарасида жойлашган невус ҳужайралари уяларидан иборат невус, кичкина, ясси, туксиз, бир оз бўртган пигментланган (тўқ жигар ранг ёки қора) ўсмага ўхшаш ⇔ эпидермо – дермал невус.
- Орттирилган невус – туғилгандан кейин дастлабки вақтларда кўринмайдиган, аммо болалик пайтида ёки катта ёшдаги кишиларда пайдо бўладиган меланоцитар невус.
- Олов ранг невус (вино доғи) – катта васкуляриланган невус, тўқ қизил рангга эга, одатда, бош ва бўйинда жойлашади. Бошқа томирсимон невуслардан фарқли ўлароқ, бу ҳолатда кўп сонли томир элементларининг пролиферацияси кузатилмайди, балки тери томирлари нормал миқдорининг кенгайиши қайд этилади. Томирлар ўлчамлари ортиши билан невус тери сатхидан кўтарилади, ранги пуштидан тўқ қизилгача ўзгаради.
- Ёғли невус (Ядассон) – эпидермис папилляр акантози билан кечадиган ёғ безларининг туғма гиперплазияси.
- Қуюқ жингалак сочли невус – бошнинг сочли қисмида спиралсифат жингалак сочлар ўсган туғма ўчоқлар ⇔ чекланган (симметрик) аллотрихия.
- Атипик невус синдроми (ХКК-10: D22 Меланоформ невус; 155600, 15601 (*CDKN2A* гени 2A ингибитори циклин – қарам киназа, OMIM 600160.0001 мутацияси) – ирсий касаллик, оилавий характери яққол кўринади. Тарқалганлиги: АҚШда умумий популяциянинг 5% гача қисми, 90-йилларнинг охирига келиб 40 мингга яқин оилавий ҳолатлар ва 4,6 млн спорадик шакллар қайд этилган. Ўзбекистонда унинг тарқалиши тўғрисида аниқ статистик маълумотлар йўқ. Синонимлари: диспластик меланоцитар невус ✦ **Клиник манзараси.** Одатда доғли элементлар, лекин папулёз, тошма кўринишида,

марказий папуласи ёки микропапулалари бор, улар чўзиқ юмалоқ ёки нотўғри шаклда, баъзан ўсимтаси бўлиб, 5 мм. ва ундан катта, майда пистонли аниқ чегараси бор, жигаррангнинг ҳар хил тусларида (қора ранггача), чеккалари бўйлаб эритематоз кичик чамбари бўлади ✦ **Патогистологияси.** Невус диагностикасининг умум қабул қилинган мезонлари йўқ. Унинг архитектоникаси тугалланувчи қисмларда гипертрофияси бўлган эпидермал ўсимтанинг нотекис гиперплазиясини назарда тутати. Ёнма-ён ўсган меланоцитлар тўпламлари кўпинча бирикиб кетади. Эпидермал меланоцит орасида цитологик ўзгаришлар спектри: ўртача плеоморфизмдан то яққол атипиягача хиллари қайд этилади. Сўнгги хилининг аниқ ифодаланган даражаси *in situ* меланома сифатида талқин этилиши мумкин.

- Ювенил невус – чархсимон ҳужайрали ёки эпителиоид – ҳужайрали (ювенил меланома, хавфсиз ювенил меланома, Спитц невуси) – зарарсиз меланоцитар невус, одатда, орттирилган бўлади, ўзига хос гистологик тузилишга эга, бошқа типдаги меланоцитар невуслардан фарқ қилади. Аввал кўпроқ болаларда пайдо бўлади, деб ҳисобланган, лекин ҳозирда ювенил невус кўпроқ (60% гача) катталарда учраши аниқланган ✦ **Клиник манзараси:** одатда ярим шар шаклидаги, камроқ – ясси экзофит ҳоа; зич эластик тузилишга эга, чегаралари аниқ; ранги оч қизилдан тўқ жигар ранггача, баъзан қора, усти лик ёки папилломатоз.

Даволаш. Диспластик, тугунли ва баҳайбат пигментланган невусларда уларнинг малигнизацияга учраш эҳтимоли бўлгани сабабли даволаш керак деб ҳисобланади. Шунинг учун умумий амалиёт врачлари ўз кузатувидаги аҳоли орасида невусли беморларни аниқлаши, ундан кейинги даво тактикасини мутахассис шифокор билан бирга олиб бориши лозим • Ҳар қандай пигментланган ҳоани кесиб олиб ташлашга қуйидагилар кўрсатма ҳисобланади ✦ Ранги, ўлчамлари, шакли ва тузилишининг ўзгариши ✦ Оғриқ синдроми ✦ Регионар лимфаденопатия ✦ Хирургик амалиётни ихтисослашган тиббиёт муассасасида амалга ошириш мақсадга мувофиқ ҳисобланади. **ХКК-10 • D22** Меланоформ невус • **I78.1** Ўсмасиз невус • **Q82.** Туғма ўсмасиз невус.

МЕЛАНОМА

Меланома онкологик касалликларнинг 1% ини ташкил этади. Асосан меланомалар *de novo*, бироқ 15%га яқини мавжуд пигментланган (меланома хавфи бўлган) невуслардан ривожланади. Уларга: Ито невуси, Ота невуси, кўк невус, чегараланган невус, Дюбрей меланози киради.

Тарқалганлиги. Сўнгги бир неча 10 йилликлар мобайнида меланома билан касалланиш тез ўсиб бормоқда ва тери ўсмалари умумий миқдорининг 2,5-10% ни ташкил этади. Меланома билан кўпинча 30-50 ёшлар орасидаги шахслар оғрийди.

Хавф омиллари: инсоляция ва ирсий сабаблар.

Клиник манзараси. Меланома – меланин пигментини ишлаб чиқарувчи ҳужайралардан иборат ўсма, шунинг учун кўпинча қуюқ рангда бўлади •

Меланомаларнинг жойлашиши 20-30% ҳолларда – бош ва бўйин, лекин у терининг исталган қисмида, жумладан қўл ва оёқ қафтларида, тирноқ остида ҳам пайдо бўлиши мумкин. Эркакларда ўсма кўп пайдо бўладиган тана қисмлари – бел, кўкрак қафаси, қўллар; аёлларда – кўкрак, оёқлар (кўп жароҳатланадиган жойлар – пойабзал тасмаси, сийнабанд иплари). Айрим ҳолларда меланома оғиз бўшлиғи шиллик қаватларида, халқумда, кинда, анал каналда, қизилўнгачда, бронхлар ва билиар йўлда пайдо бўлади. Тахминан 1/3 қисм беморларда дастлабки ўчоқни аниқлаб бўлмайди • Невуснинг ранги, ўлчами ёки шакли ўзгарганда меланома гумон қилиниши мумкин • Жигарранг пигментли невоснинг олачипор (қизил, пушти, мовий ранглар аралашиб) бўлиб қолиши ёки рангсизлашуви, ярага айланиши – меланомага шубҳа уйғотадиган сабабдир • Кўплаб бирламчи ўсмалар синхрон ёки метахрон тарзда юзага келиши мумкин, шунинг учун бирламчи ўсмани эпидермотроп метастазлардан фарқлаш қийин • Хавфли меланома кўпинча кенг метастазлар беради. Метастазларнинг одатдаги тури – тери ичида ва тери остида лимфа томирлари бўйлаб «сателлитлар» пайдо бўлиши, узокдаги аъзо ва тўқималарнинг (айниқса, жигар, суяқлар, ўпка ва бош мия) кенг миқёсда зарарланиши билан намоён бўлади.

Классификацияси (мезонлари – гистологик варианты ва ўсманинг тарқалиши) • Юза меланома (барча меланомаларнинг 70%). Кўпинча елкада ва болдирда пайдо бўлади. Беморларнинг ўртача ёши 50 ёш. Четлари нотекис ўсма, ранги ҳар хил тусда. Атипик хужайралар дерманинг юқори қаватларида, латерал йўналишда тарқалади. Прогнози, одатда, хавфсиз • Тугунсимон меланома (15%). Ўсма кўк рангда, аниқ жойлашадиган ўрни йўқ, кекса ёшли кишиларда учрайди ва хужайралари вертикал йўналишда дерманинг тезкор инвазияси билан тарқалади. Прогнози хавфли • Акролентигосимон турли ва шиллик парда меланомаси (10%). Четлари нотекис ўсма қора рангли, пигментсиз бўлиши мумкин. Секинлик билан радиал йўналишда, одатда дерманинг юқори қаватларида (қўл, оёқ қафтларида) ўсади. Прогнози ўсманинг инфилтратланиб, ўсиш даражасига боғлиқ • Хавфли лентиго (меланотик сепкиллар) энг кам учрадиган тури. 60-70 ёшда ривожланади. Сарғиш-жигаррангдан то қора рангача доғлар кўринишидаги, диаметри 1,5-3 мм.ли тугунчалар лиқ сепкиллар устида шаклланади. Ўсманинг катталашуви секин, радиал йўналишда, дерманинг юқори қаватларида кечади. Прогнози – хавфсиз.

Босқичлари • Ўсманинг ўлчами бошқа хил барча ўсмалардан фарқли равишда меланома учун прогноз мезони бўла олмайди. Бирламчи ўсманинг қалинлиги аҳамиятга эга. Шундан келиб чиқиб, Т тоифасини (pT) фақат гистологик йўл билан аниқлаш мумкин. Бунинг учун беморларни умумий амалиёт ва радиотерапия билан маслаҳатига юбориши зарур.

ДАВОЛАШ

- Даволашнинг асосий усули – хирургик. Диагноз қўйилгач, ўсма четидан 3-3,5 см. (юз терисида камида 1,5 см.) чекиниб, тўқималар кенг миқёсда кесиб олиб ташланади. Лазер билан ёки криодеструкция амалга оширилиши мумкин ✦ *in situ* меланомаларида ўсма четидан 0,5-1,0 см. масофадаги соғлом терини олиб ташлаш мумкин ✦ Қалинлиги 0,75 мм. дан кам бўлган ўсмалар учун улар

атрофидаги 1-2 см. ораликда соғлом терини кесиб ташлаш кифоя қилади ✦ 0,75 мм. дан қалин ўсмалар учун 3 см. соғлом терини кесиб ташлаш зарурлиги қайд қилинган.

- Лимфаденэктомия регионар лимфа тугунларининг метастатик зарарланганлигидан дарак берувчи клиник аломатлар бўлган ҳоллардагина қўлланади ✦ Кейинги вақтларда лимфаденэктомия учун кўрсатмаларни аниқлаш мақсадида «қўриқловчи тугун»ни текшириш услубидан кенг фойдаланилмоқда.
- Жараён авж олиб кетганда кимётерапия (дакарбазин, платина препаратлари) ўтказилади. Кўпинча тегишли қўлга (оёққа) препаратлар эндолимфатик йўл билан юборилади (қўл-оёқ териси меланомасида). Регионар гипертермик перфузия • Тери метастазларини даволашда иммунотерапия самара беради • Нур терапияси –бош мия ва суяклардаги метастазларни паллиатив даволаш.
- Адьювант мақсадда кимётерапияни айрим ҳолларда, асосан нохуш прогнозда қўлланилади, лекин кўпроқ иммунотерапия афзалроқдир. Юқоридаги даво чоралари ўтказилган бемор умумий амалиёт ва тегишли мутахассис назоратида бўлиши лозим.

Прогнози. Ёмон сифатли ўсмалар ичида меланома нима билан яқунланишини башорат қилиш қийин бўлган касалликдир • Семиз (>1,5 мм.) ўсмалар ёки лимфа тугунларининг зарарланиши узок метастазлар эҳтимоли борлигини кўрсатувчи омилдир. Аммо баъзи юпқа (<0,76мм.) меланомалар ҳам биринчи навбатда висцирал қаватга метастазлар беради. Баъзида метастазлар диагноз қўйилгандан сўнг узок муддат мобайнида (30 йилгача) клиник жиҳатдан яширин бўлиб қолади • Ўсма локал жойлашганида 5 йиллик умр кўриш 80-90%га етади • Регионар лимфа тугунлари зарарланганда ушбу кўрсаткич 30-50%гача камаяди • Узок ёки висцирал метастазлари мавжуд бўлган беморлар 12 ойлик муддат ичида оламдан ўтадилар, бироқ шу билан бирга жараённинг спонтан равишда ортга қайтиш эҳтимоли ҳам мавжуд.

ХКК-10 • С43 Терининг ёмон сифатли меланомаси • **D03** *in situ* меланомаси.

ТЕРИНИНГ ШИКАСТЛАНИШИ

КУЙИШ

Куйиш деб, юқори ҳарорат, кимёвий моддалар, электр токи ёки ионлаштирувчи радиация таъсири натижасида тўқималарнинг шикастланишига айтилади. Куйган жойнинг чуқурлиги куйдирувчи омилнинг турига, таъсир кучи, давомийлиги ва интенсивлигига боғлиқдир.

ТЕРМИК КУЙИШЛАР. Унда маҳаллий ўзгаришлар қуйидагилардан иборат: тўқималар бирламчи анатомик ва функционал тузилишларининг ўзгариши, реактив яллиғланиш белгилари, регенератив жараёнлар. Бемор аҳволининг оғир енгиллиги баданининг қанча жойи шикастланганига, термик омил турига ва унинг жойлашган

ўрнига, куйиш майдонига, чуқурлигига, ҳамда беморнинг ёшига боғлиқ. Куйишда асосий ва биринчи тадбир термик омил таъсирини тўхтатишдир. Бунда беморни ёниб турган кийим-кечакдан ҳалос қилиш ва ўтни ўчириш учун шикастланган кишини бирор нарсага ўраш зарур.

Куйиш чуқурлиги • Куйишнинг I-даражасида терининг юза (эпидермал) қавати қизаради • II-даражали куйиш, терининг эпидермал қавати кўчиб, экссудат билан тўлган пуфаклар хо бўлиши билан характерланади. Бунда эпидермис осон ажралиб, реактив яллиғланиш белгилари сероз шиш типиде кечади. Одатда жароҳат йирингламайди ва чандиқ хо бўлмайди • III А-даражали куйишда эпидермал қаватнинг тўлиқ жонсизланиши ва тери асл қаватининг қисман жонсизланиши кузатилади. Бадан териси III - А даражада куйган беморларда сақланиб қолган тери қолдиқлари ҳисобига эпителий тикланиши мумкин ✦ Йирингли – демаркацион яллиғланиш тери асосининг бириктирувчи тўқима соҳасида кечади. Ҳо бўлган пуфаклар ичи тиниқ сероз суюқлик билан тўлган бўлади, кейинчалик у сарғиш шилимшиқ желега ўхшаб қолади ✦ Иссиқ суюқликлар ёки буғдан куйганда, шикастланган соҳа нам, оқиш-кул ранг тусга киради ва (“лимон пўстлоғи”)га ўхшаган тери тешиклари аниқ кўриниб туради ✦ Ҳо бўлган қатқалоқ оч-сарғиш, жигар ранг ёки кул ранг тусда бўлади. У кўчиб кетгандан кейин сақланиб қолган тери ва унинг қолдиқларидан иборат бўлган грануляция асосида эпителиал оролчалар кўрина бошлайди • III Б- даражали куйиш терининг ҳамма қаватини, баъзан тери ости ёғ клетчаткасини ҳам эгаллайди ✦ Тери қолдиқларининг ҳалок бўлиши натижасида регенерация тугалланмай қолади. Эпителийланиш одатда куйган жойнинг чеккасидан бошланиб, чандиқ хо қилиб битади ✦ Қалин деворли пуфаклар геморрагик суюқлик билан тўлган бўлади. Бу пуфаклар ёрилгандан сўнг, тери оқ - кул ранг тусда бўлиб, гипостезия ва анестезия белгилари кузатилади • IV даражали куйишда нафақат тери, балки чуқур тўқималар, ҳатто мушаклар, суяклар ҳам зарарланиб кўмир тусини олади. Чандиқ қалин, қаттиқ тўқ жигарранг, баъзан қора рангда бўлади • I-II-III А даражали куйишлар юзаки ҳисобланиб, бунда тери мустақил равишда тикланади ва битади. III Б ва IV даражалари эса чуқур куйиш бўлиб, бунда жароҳат битиши учун терини оператив йўл билан кўчириб ўтказиш талаб қилинади.

Куйиш майдони. Куйган юза майдонини аниқлашнинг энг оддий усули «тўққизлар қоидаси» ҳисобланиб, унга кўра, баданнинг барча соҳаси анатомик қисмларга бўлинади. Бош ва бўйин юзаси 9%, гавданнинг олдинги ва орқа юзаси 9% дан, қўллар 9%, тананинг олдинги ва орқа қисмлари ҳамда, оёқлар 18% дан, оралик ва жинсий аъзолар юзаси 1% ни ташкил қилади.

Куйишга хос бўлган белгилар ва асоратлар, одатда тананинг 25% дан ортиқ юзаси куйганида ёки 10 % дан ортиқ қисми чуқур куйганда намоён бўлади • Болаларда бу кўрсаткичлар ёшга боғлиқ бўлиб, тананинг 2% дан ортиқ қисми чуқур, 10% дан ортиғи юзаки куйганда шифохонада даволаниш тавсия қилинади. Барча болалар III-IV даражали, кичик ёшдагилар эса II-IV даражали куйишларда касалхонага ётқизилиши шарт.

Маҳаллий куйиш. Шифохонага ётқизилиши лозим бўлган беморлар • Юзлари, қўл-оёқлари, жинсий аъзолари II даражали ва ундан ортиқ куйганларда

контрактура хо бўлиши, ҳамда бошқа асоратлар вужудга келишининг олдини олиш мақсадида беморлар шифохонага ётқизилади.

НАФАС ЙЎЛЛАРИНИНГ КУЙИШИ

- Босим остидаги қайноқ буғ билан нафас олганда оғиз, бурун, ҳиқилдоқ, трахея ва бронхларнинг шиллик қаватлари куйиб, некроз ўчоғлари пайдо бўлади ✦ Ҳиқилдоқ ёки овоз пайлари куйганда юқори нафас йўлларининг обструкцияси вужудга келиб, бронхларнинг дренаж фаолияти бузилади ва ўпкада шиллик ҳамда экссудат йиғилишига олиб келади ✦ Бемор куйган захоти нафас йўлларининг обструкцияси камроқ ҳолларда ва бирмунча кечроқ унинг шиши авж олиб, 24-48 соат давомида намоён бўлади. Бунинг сабаби юз соҳаси ва бошнинг сочли қисмлари куйиши, куйиндилар ёки буғлар билан нафас олиш, ёки II-III даражали тананинг ўраб олувчи куйишлари бўлиши мумкин.
- Нафас йўлларининг куйганини аниқлаш ларингоскопия ва бронхоскопия ёрдамида амалга оширилади. Фибробронхоскопиядан фойдаланиб трахеобронхиал дарахтнинг барча қисмларини тез ва ҳавфсиз кўриш мумкин. Юқори нафас йўллари куйган беморларни фибробронхоскопия ёрдамида текширганда трахеобронхиал дарахтнинг куйидаги шикастланиш турларини аниқлаш мумкин: катарал, эрозив, ярали ва некротик.
- **Даволаш** ✦ Бронхлар спазмини бартараф этиш, ҳиқилдоқ шиши ва шиллик ажралиб чиқишини камайтиришга қаратилган бўлмоғи лозим ✦ Фибробронхоскопия ёрдамида нафас йўлларини ўз вақтида кўздан кечирилиб тозаланганда зотилжам ва ателектазнинг олдини олиш мумкин ✦ Зотилжам вужудга келганда 0,5% гидроксиметилхинокиндиоксид эритмасини 10 дан 40 мл.гача бронхларга юбориш яхши натижа беради. Шунингдек, бронхларни тозалаш учун хлорофиллипт 1:400 ишлатиш мумкин.

Инфузион терапия. Тана сатҳининг 20% дан ортиқ қисми куйганда инфузион терапия тавсия этилади.

- Инфузион терапия магистрал веналарга катетер қўйиш йўли орқали амалга оширилади.
- Инфузион терапиянинг ҳажми ва сифат таркиби куйишнинг чуқурлигига, майдонига, шунингдек жароҳатнинг даврларига (шок, токсимия, септикотоксимия) қараб белгиланади. Инфузион муолажаларни Рингер – Локк суюқлигини куйишдан бошланади, кейинчалик унга коллоид эритмалар, плазма ўрнини босувчи суюқликлар ҳам қўшилади ✦ Қуйиладиган суюқлик миқдорини куйидаги формуладан фойдаланиб ҳисоблаш мумкин ✦ Катталар учун: куйиш майдони (%) X тана вазни (кг.) X 2-4 мл. электролитлар эритмаси ✦ Болалар учун: куйиш юзаси майдони (%) X тана вазни (кг.) X 3 мл. электролитлар эритмаси ✦ Қуйилиши зарур бўлган суюқликнинг ярми биринчи 8 соатда, иккинчи ярми эса қолган 16 соатга тақсимланади ✦ Зардобдаги натрий концентрациясини 140 м. экв/л. даражада ушлаб туриш учун электролит (тахминан 70 кг. вазли беморнинг 50% танаси куйган бўлса, 4-5 л. 0,9% натрий хлорид эритмаси) эритмаси қуйилади ✦ Коллоидларни куйидаги ҳисобда куйиш мумкин: 0,3-0,5 мл. плазма/1кг. вазнга.

Куйган беморларни парвариш қилиш • Тана сатҳининг 10% дан камроқ майдони куйган II даража оғирликдаги беморларга оғриқ синдромини камайтириш учун маҳаллий совуқ қўлланилади. Куйиш майдони ундан кўпроқ бўлса, тана ҳароратининг кескин пасайиб кетиш ҳавфи бўлгани сабабли гипотермия қўлланилмайди • Айниқса болаларнинг тана ҳароратини мунтазам назорат қилиб туриш керак. Чунки уларда организмдан кўп миқдорда суюқликнинг йўқолиши сабабли тана ҳарорати пасайиб кетиши кўпроқ учрайди. Бу эса гипотермияни тезда вужудга келтиради • Бемор шок ҳолатидан чиқарилгандан кейин махсус ихтисослаштирилган куйиш марказларида маҳаллий даволаш чоралари кўрилади • Куйган жароҳат устини ҳимоя қилиш мақсадида тозаланиб, унинг юзаси стерил салфеткага шимдирилган антисептик эритмалар, антибактериал препаратлар билан ювилиб қуритилади, ўлган тўқималар қирқиб олиб ташланади. Оёқ ва қўлларни ўраб олган куйишларда қон айланиши бузилишининг олдини олиш мақсадида зудлик билан некротомия қилиш зарур.

Куйган беморларни даволаш учун қўшимча тавсиялар • Кўпинча тананинг 25% дан ортиқ майдони куйганда, шунингдек беморларда кўнгил айниш ва қайт қилиш кузатилганда назогастрал (бурун орқали ошқозонга) зонд қўйилади • Анестезия: кичик дозаларда наркотик аналгетиклар в/и (бўлиб - бўлиб) юборилади • Даволашнинг бошланғич муддатларида антибиотиклар буюрилмайди • Қоқшолнинг олдини олиш чора-тадбирлари кўрилади.

КИМЁВИЙ МОДДАЛАРДАН КУЙИШ • Ишқорлардан куйиш кислоталардан куйишга қараганда бирмунча чуқурроқ ва оғирроқ кечади ✦ Кимёвий моддани тезда кучли сув оқими билан, қолдиқларини эса нейтрал эритма билан ювиб ташлаш керак ✦ Агар кўз куйган бўлса, 8 соат давомида ювилади.

• Куйишнинг барча турларида умумий амалиёт врачлари биринчи ёрдам кўрсатиб, кейин беморни зудлик билан шифохонага ётқизиш чора – тадбирларини кўриши лозим.

КЎЗНИНГ КИМЁВИЙ МОДДАЛАР ТАЪСИРИДА КУЙИШИ

Кўзнинг кимёвий куйиши тиббиётнинг кечиктириб бўлмайдиган ҳолатларидан бўлиб, кўзнинг хиралашишига ёки ожизлигига олиб келади. **Учраши.** Кўзнинг куйиши 100000 аҳолидан 300 та (ишқорлардан куйиш 40% ни, кислоталардан куйиш 10%) ни ташкил этади. 18-69 ёшдаги кишилар, **кўпроқ** эркаклар шикастланидилар.

Этиологияси • Ишқорлар ✦ Аммоний гидроксиди (нашатир спирти) – NH_4OH ✦ Натрий гидроксиди – NaOH ✦ Магний гидроксиди – $\text{Mg}(\text{OH})_2$ ✦ Калий гидроксиди – KOH ✦ Кальций гидроксиди – $\text{Ca}(\text{OH})_2$ • Кислоталар ✦ Хлорид – HCl ✦ Фтор – HF ✦ Сирка – CH_2COOH ✦ Сульфат – H_2SO_4 таъсиридан кўзнинг кўпроқ куйиши кузатилади.

Хавф омиллари • Қурилиш ишлари • Уй ишларида кимёвий моддалар (нашатир спирти, тозаловчи кимёвий моддалар) ишлатилганда содир бўлади ✦ Автомобиль аккумулятори (электролит сифатида концентранган сульфат кислотаси

қўлланилади) билан ишлаганда ✦ Саноат технологиясида концентранган кислота ва ишқорлардан фойдаланилганда ✦ Алкоголизмда.

Патоморфологияси • Ишқорлардан куйганда капиллярларда қон тўлиб қолади • Хужайра мембраналарида гидролиз кузатилади. Бу ҳолат хужайранинг ўлишига олиб келади. Ишқорлардан куйганда патологик жараён чуқур кечади • Концентранган кислотадан куйганда эса оқлар денатурацияга учрайди ва струп (қатқалок) ҳо бўлади • Гликозаминогликанлар шоҳ парданинг хиралашишига олиб келади • Катионларнинг коллагенга таъсири натижасида улар шишади, қалинлашади ва калталашади.

Дифференциал диагностика. Кислота ва ишқорлардан куйишни дифференциал – диагностикаси ✦ Кислотадан куйганда оқлар денатурацияси ва струп ҳо бўлиши, кислотанинг яна ҳам чуқурроқ тарқалишига халақит беради. Шикастланиш қовоқлар, шиллик қават ва шоҳ парда билан чегараланади ✦ Ишқорлардан куйганда эса, оқлар гидролизга учрайди, струп ҳо бўлмайди. Шунинг учун ишқор чуқур киради. Қовоқлар, шиллик қават, шоҳ парда, оқ парда, кўз гавҳари, ҳатто тўр парда ҳам шикастланади. Ишқорлардан куйиш кислоталардан куйишга қараганда жуда ҳафли, чунки унинг бошланғич даврида кенглиги кам ва юзаки бўлиб кўриниши мумкин, лекин кейинроқ шикастланиш чуқурлашиб боради.

Куйишнинг даражаси кимёвий модданинг концентрациясига, уни ишлатиш муддатига ва шошилиш ёрдамни ўз вақтида кўрсатилишига боғлиқ. Куйиш ҳажмини фақат 48-72 соатдан кейин аниқлаш мумкин.

Куйишнинг клиник манзараси ва даражалари.

- **I даража** (енгил) ✦ Оғриқ ✦ Кўришнинг хиралашиши, қовоқ терисининг қизариши ва шишиши, шиллик қават шишиши (хемоз) ✦ Олдинги камера суюқлигининг енгил хиралашиши.
- **II даража** (ўрта) ✦ Оғриқ, кўриш ўткирлиги пасайиши. Ишқордан куйганда кўзда оғриқ жуда кучли бўлади ✦ Қовоқ терисиди ҳалқали қизариш, пуфакча, шиллик қават эрозияси, шоҳ пардада осонликча олинадиган парда, цилиар инъекция кузатилади.
- **III даража** (оғир) ✦ Қовоқ териси некрози, шиллик қаватда қийин олинадиган парда, шоҳ парданинг қуюқ хиралашиши (“нурсиз ойна”) ✦ Шиллик қаватнинг оқариши (хемоз) кузатилади ✦ Олдинги камера суюқлигининг хиралашиши.
- **IV даража** (жуда оғир) ✦ Тарқалган тери шиллик қавати ва оқ парда некрози ✦ Лимб олди хемози (шишиши) ва ишемияси ✦ Шоҳ парда шунчалик хиралашганки, у чинни бўлагини (пластинкани) эслатади ✦ Олдинги камера суюқлигининг хиралашиши, кўз ички босимининг кўтарилиши ✦ Маҳаллий некротик ретинопатия кузатилади.
- Куйишнинг III-IV даражалари ўзидан кейин яққол ўзгаришлар - ярали нуқсонлар, шиллик қават ва шоҳ пардада чандиқ (бельмо), конъюнктивит, шиллик қават ва оқ парданинг битиши (симблефарон) кузатилади.

Текшириш усуллари • Кўриш ўткирлигини текшириш • Тонометрия • Шоҳ парданинг ярали нуқсонларини аниқлаш учун флюоресценция бўяш • Кўзнинг олдинги қисмини биомикроскопия усули билан текшириш • Кўз тубини офтальмоскопия ёрдамида кўриш.

ДАВОЛАШ

Тартиб. Умумий амалиёт врачлари шикастланган жойда биринчи ёрдам кўрсатиб, кейин беморни шифохонага ётқизади. Кислотадан енгил куйишда офтальмолог маслаҳати билан чегараланиш мумкин.

ОЛИБ БОРИШ ТАМОЙИЛИ

- Биринчи ёрдам ✦ Кўзга кимёвий моддалар тушганда 30 минутдан кечиктирмай кўзни калий перманганатни 1:5000 нисбатли ва NaCl 0,9% -200-300 мл. эритмалари билан ювиш керак. Шошилиш ҳолларида сув билан ҳам ювиш мумкин. Нейтралловчи эритмалар билан ювиш ман этилади. Чунки кислота билан ишқор реакцияга киришиб шикастланган жойларда кутилмаган ҳолатлар келиб чиқиши эҳтимоли бор. Оҳадан куйганда шиллик қават халтасига 5% ЭДТА эритмаси томизилади ва бунда осон ювиладиган кальций бирикмаси ҳо бўлади ✦ Шиллик қават бўшлиғига маҳаллий оғриқсизлантирувчи малҳам ёки эритма (масалан, 0,5% тетракаин) юбориш ✦ Чўккан кимёвий моддаларни механик усул билан олиб ташлаш ✦ Безредка усулида қоқшолга қарши эмлаш (3000 МЕ).
- Шифохонада даволаш ✦ Маҳаллий оғриқсизлантириш воситаларини узок қўллаш мумкин эмас. Уларни 30-40 мг. кодеинни ичишга бериш билан алмаштириш лозим ✦ Оғриқларни камайтириш ва кўз ичида чандиқлар ҳо бўлмаслиги учун – циклоплегик дорилар буюрилади (1% атропин ёки 0,25% скополамин эритмаси кун давомида 2 марта кўзга томизилади) ✦ Кўзнинг маҳаллий яллиғланишининг олдини олиш мақсадида антибиотиклар тавсия этилади. Масалан, тетрациклин малҳами ҳар 2-4 соатда. Ципрофлоксацин кўз томчиси билан ҳар 2-4 соатда ✦ Кўз ёши ўрнини босувчи, масалан, гипромеллоза + декстран ҳар 4 соатда ✦ Кўз ички босими ошганда уни тушириш учун – тимолол 0,5% эритмаси 2 марта, ацетазоламид 125-250 мг. ичишга ҳар 6 соатда ёки маннитолнинг 20% эритмаси 1-2 г/кг. в/и ✦ Кўз ичи яллиғланганда глюкокортикоидлар: преднизолон 1% ёки унинг эквиваленти ҳар 1-4 соатда 10-14 кун, оғир ҳолларида преднизолон 20-60 мг. ичишга 1 кунда 4 маҳал 5-7 кун давомида. Шох парданинг эпителийси шикастланганда кортикостероидлар бериш тўхтатилади.

Хирургик давоси • Кўз олдинги камерасига тушган кимёвий реагентлар, пункция қилиб олинади. Шох парданинг барқарор нуқсониди • Тарзорафия (қовоқлар вақтинчалик тикиб қўйилади) қўлланилади • У ўткир тешилганда эса шиллик парда шох парда устига тикилади • Баъзан шох парда эпителийсини тиклаш учун шиллик парда аутотрансплантанти ёки лимб кўчириб ўтказилади • Шох парда чандиғида қаватма-қават ёки бутунлай кератопластика қўлланилади.

Асоратлари • Иридоциклит • Шох парда ярасидан кўзга оқ тушиши • Шох парда тешилиши • Кучайиб боровчи симблефарон ва энтропион • Нейротрофик кератит • Глаукома • Катаракта • Кўз гипотонияси • Томирли паннус • Кўз соққасининг мажақланиши.

Касалликнинг кечиши ва прогнози. Бирламчи шикастланиш даражасига боғлиқ. Куйишнинг I-II даражаларида прогноз яхши ҳисобланади. III-IV даражаларида эса асоратлар келиб чиқади.

- Кислоталардан куйиш ишқорлардан куйишга нисбатан яхши кечади. Лимб олди ишемияси ва шох парда хираланиши, жароҳатнинг оғир кечишидан далолат беради.

Ёшга оид хусусиятлар • Болалар. Болаларда кўзнинг куйиши оғир кечади, чунки уларнинг кўз териси ва унинг тузилиши яхши ривожланмаган бўлади. Қарияларда кўзда бошқа касалликлар бўлмаганда (шу жумладан курук кератит) кўз куйишининг кечиши ўртача оғирликда ўтади.

Профилактикаси. Кимёвий моддалар билан алоқада (контактда) бўлганда хавфсизлик кўзойнақларидан фойдаланиш лозим.

ХКК-10 • Т26 – кўз ва унинг қўшимча аппарати соҳаси билан чегараланган термик ва кимёвий куйишлар.

ҚИЗИЛЎНГАЧНИНГ КИМЁВИЙ МОДДАЛАР ТАЪСИРИДА КУЙИШИ

Қизилўнғачнинг кимёвий моддалар таъсирида куйишига юқори концентранган кислота ва ишқорлар сабаб бўлади.

Сабаблари. Юқори концентранган кислота (сирка эссенцияси, аккумулятор электролити) ёки ишқорларни (нашатир спирти) тасодифан ёки қасддан ичишда юз беради.

Патогенези • Маҳаллий таъсири ✦ Кислота организмда зич қора қўтир ҳо қилиб, коагуляцияланган некрозга олиб келади, ва у қоннинг ўтишини камайтиради ✦ Ишқорлар эса тўқималарнинг колликвация некрозини келтириб чиқариб, унинг соғлом тўқималарга тарқалишига сабаб бўлади • Умумий токсик таъсир натижасида аъзоларнинг полиорган етишмовчилиги юзага (жумладан жигар ва буйрак етишмовчилигини) келади.

Патологик анатомияси • Ишқорлар таъсирида ҳалқум деворининг чуқур ва тарқоқ куйиши кузатилади • Айниқса бу физиологик торайган жойларда аниқ намоён бўлади ✦ Куйишнинг биринчи босқичида шиллик қаватнинг қизариши ва шишиши ✦ Иккинчисида эса шиллик қават тўқималарини ўлиши, яъни некроз ва яралар пайдо бўлиши хосдир ✦ Учинчи босқичда грануляцион тўқима ҳо бўлади ✦ Тўртинчи босқич чандиқланиш босқичи ҳисобланади • Биринчи ҳафтанинг охирларида ўлган тўқималар тушиб кетиб ўрнида яралар ҳо бўлади. Юзаки яралар 1-2 ой ичида эт ола бошлайди, чуқур жойлашган яралар ўрнида эса 2-6 ойдан сўнг бириктирувчи тўқима ўсади.

Клиник манзараси • I давр (ўткир) 5-10 кун давом этади ✦ Бунда оғизда, ҳалқумда, тўш орқасида, эпигастрал соҳада оғриқ бўлиб, сўлак кўп ажралади ва ютиниш қийинлашади ✦ Эрта даврларида шок ҳолати кузатилиши мумкин ✦ Бир неча соатлардан сўнг куйиш токсемияси белгилари пайдо бўлади • II давр (сохта тузалиш) 7-30 кун давом этади. Ўлган тўқималар тушиб кетиб, ютиниш бир мунча енгиллашади. Асоратлари: ✦ Қизилўнғачдан қон кетиши ✦ тешилиши ✦ Сепсис • III давр чандиқланиш даври 2-6 ой баъзан йиллаб давом этади. Қизилўнғач деворида секин битиш жараёни кузатилади. Яра юзаси қўтир билан қопланиб қонашга мойил бўлади. Баъзан дисфагия кузатилиб қизилўнғач ўтказувчанлиги

бузилади, бунга ларингоспазм, йўтал, бўғилиш, нафас йўллариغا овқат маҳсулотлари тушиши сабаб бўлади.

ДАВОЛАШ

Парҳез. Суюқ овқат, парентерал ва зонд орқали овқатлантириш тавсия этилади.

Консерватив даволаш • Наркотик анальгетиклар; тримепердин, омнопон қилинади • Оғиз бўшлиғи ва ошқозога шиллик моддалар тушганда илк соатларда антидот билан ювиш • Кўп суюқликлар (сув, сут) ичириш ва қусиш рефлексини чақириш лозим • Биринчи соатларда меъдани ювиш, шокка қарши интенсив чоралар кўриш, антигистамин дорилар бериш ва дезинтоксикацион даво ўтказиш шарт ҳисобланади • Ўткир буйрак етишмовчилигида қонни экстракорпорал тозалаш (гемодиализ), суюқликлар қуйиш, сийдик ҳайдовчи препаратлар қўллаш, антибиотик бериш, балиқ ва ўсимлик ёғини ичириш буюрилади • Қизилўнгач куйгандан сўнг 2 ой ўтгач, уни эрта глюкокортикоидлар ва гиалуронидаза билан бирга 1-1,5 ой давомида бужлаш ёрдамида кенгайтириш керак • Баъзан бу амалиёт эзофагоскоп ёрдамида ёки гастростома орқали амалга оширилади.

Хирургик даволаш • Қизилўнгачнинг маълум қисми торайганда қисман пластика қилинади • Катта торайишларда эса қизилўнгач тўш олди ёки орқа томонидан ингичка ёки йўғон ичакдан тайёрланган трансплантантлар билан пластика қилинади.

Асоратлари • Қизилўнгачнинг чандикли торайиши • Сирка эссенциясидан заҳарланганда томир ичи гемолизи • асперацион зотилжам • Психоз • Сепсис.

ХКК-10 • Т28.6 Қизилўнгачнинг кимёвий моддалар таъсирида куйиши.

ҚУЁШ НУРИДАН КУЙИШ

Қуёш нуридан куйиш деб, табиий ёки сунъий ультрабинафша нурлар таъсирида куйишга айтилади.

Клиник манзараси. Куйиш белгилари дастлабки 1-24 соат ичида ривожланади ва куйидаги белгилар билан намоён бўлади: яққол бўлмаган қизариш, шиш, кучли оғриқ сезиш ва пуфакчалар хо бўлиши, баъзан иккиламчи инфекция қўшилиши ва майда тошмалар тошиши. Оёқ пастки қисмларининг (айниқса болдир-панжа соҳасида) куйиши узоқ муддат битмаслиги мумкин. Бунда тана ҳарорати ошади, бемор ҳолсизланади, қалтирайди. Тананинг кўп юзаси куйганда шок ҳолати кузатилади.

Даволаш • Қуёш таъсирини бартараф этиш учун куйган жойга ҳўл латта боади • Махаллий анестетиклар ва малҳамлар қўйиш тавсия этилмайди • Куйишнинг оғир даражасида глюкокортикостероидлар (преднизолон 20-30 мг. 1 кунда 2 маҳал 4 кун давомида) қўлланилади.

Профилактикаси. Қуёшдан химояловчи гель ва кремлардан, таркибида 5% ли спирт сақловчи аминокислота ва унинг эфирларидан инсоляциядан 30-60 минут олдин фойдаланилади. Аминокислота ва унинг эфирларини қўллашга моненьлик бўлган ҳолларда бензофенон мазлари тавсия этилади. Қуёш нуридан

ҳимояловчи рух оксиди ёки титан икки оксиди нурнинг терига таъсир этишига тўсқинлик қилади.

ХКК-10 • L55 Қуёш нуридан куйиш.

ЖАРОҲАТЛАР

Тери ва шиллиқ пардаларнинг анатомик бузилиши натижасида келиб чиқадиган ҳар қандай шикастланиш жароҳат дейилади.

Классификацияси • Этиологияси бўйича ✦ Санчилган жароҳат – ўткир буюмлар санчилганда келиб чиқади ва тор ҳамда чуқур жароҳат канали мавжудлиги билан характерланади ✦ Ўқ теккан жароҳат – ўқ отар қуроллари, снаряд парчалари таъсирида аъзо ва тўқималарнинг анатомик бутунлиги бузилади. Жароҳат канали чегараси, нейролептик тўқималар атрофидаги иккиламчи некроз ўчоқлари билан ифодаланади ✦ Операцион (хирургик) жароҳат. Хирургик операциялардан кейин кузатилади ✦ Кеган жароҳатлар – тўқималарга ўткир кесгир асбоблар таъсир қилганда келиб чиқади ✦ Чопилган жароҳат – оғир ўткир қуроллар таъсирида пайдо бўлади. Бундай жароҳат чуқур бўлиб, жароҳат четлари кенг очилиб туради ✦ Тишланган жароҳат - одам ва ҳайвонлар тишлаганда келиб чиқади. Уларга кўпроқ инфекция ривожланиши хосдир ✦ Уриб олинган жароҳат - ўтмас қурол таъсири натижасида келиб чиқади. Бундай жароҳатда кўп тўқималар урилади, эзилади, мажақланади ва жонсизланади • Патоморфологияси бўйича ✦ Асептик жароҳат – бундай жароҳатда умуман инфекция бўлмайди ✦ Ифлосланган жароҳат – жароҳатга инфекция тушган, лекин ҳали яллиғланиш аломатлари йўқ ✦ Йирингли жароҳат - жароҳатдан йиринглаган тўқима қолдиқлари ажралади ✦ Грануляцияли жароҳат – бунда жароҳат бўшлиғи грануляцияли тўқима билан тўлиб боради ✦ Заҳарланган жароҳат - бундай жароҳатда заҳар бўлади.

Клиник манзараси • Оғриқ • Қон кетиши • Жароҳат четларининг очилиб туриши.

Шошилич ёрдам:

Одатда бу ёрдам умумий амалиёт ёки тез тиббий ёрдам врачлари томонидан кўрсатилади ва қуйидагилардан иборат бўлади: қон оқишини вақтинчалик тўхтатиш, оғриқсизлантириш, жароҳат юзасига асептик боғлам боғлаш, иммобилизация қилиш.

Даволаш • Жароҳатга бирламчи хирургик ишлов берилади (тозаланади), четлари, нобуд бўлган некротик тўқималар кесиб ташланади ва бирламчи чок қўйилади ✦ Бемор кечикиб мурожаат қилганда бу тадбир инфекция тушган жароҳатлар тозалангандан кейин қоқшолга қарши профилактик чоралар ўтказилади ва қуйидагилардан бири қўлланилади • Адсорбированган қоқшол – анатоксини, қоқшолга қарши одам иммуноглобулини ёки зардоби юборилади.

Асоратлари • Шикастланиш шоки • Қон йўқотиш • Юмшоқ тўқималар яллиғланиши.

СОВУҚ УРИШИ

Паст ҳароратнинг маҳалий ва совуқ жисмларнинг тери қопламларига узоқ вақт таъсири натижасида тўқималарнинг зарарланиши совуқ уриши дейилади. Кўпинча кўл-оёқларнинг бармоқлари, бурун учи ва қулоқга совуқ таъсир этади.

Хавф омиллари • Организмнинг сувсизланиши • Юрак – томир тизими касалликлари • Қон айланиши ва бош мия фаолиятининг бузилиши (шунингдек Рейно синдроми) • Спиртли ичимликлар • Наркотиклар истеъмол қилиш • Чекиш • Авітаминоз, анемия ва совуқ олиш учун қулай шароит яратади.

Классификацияси • I даражаси: зарарланган соҳа тери қопламлари оқаради (баъзан кўкимтир), шиш, оғриқ, қичиниш, сезувчанликнинг пасайиши каби белгилар билан ифодаланади ва улар 5-7 кундан кейин ўз-ўзидан ўтиб кетади. Кейинчалик зарарланган жой совуққа сезгир бўлиб қолади • II даражаси: тери эпидермисининг базал қаватига қадар некрозланиши натижасида кўкимтир - қизил тусга киради, унда тиниқ суюқлик билан тўлган пуфакчалар хо бўлади. Бундай совуқ уриш 2 – 3 ҳафтада грануляциясиз битиб, одатда чандиқ қолдирмайди • III даражаси: зарарланган соҳада аввал геморрагик суюқликка тўлган пуфаклар пайдо бўлади, кейинчалик тери ва тери ости юмшоқ тўқималарининг ўлиши кузатилади. Тери қопламлари тўқ – қизил тусга кириб кейинчалик нобуд бўлган тўқимани соғлом тўқималардан ажратиб турадиган чегара чизиғи пайдо бўлади. Оғриқ сезгиси йўқолади, нобуд бўлган тўқималар кўчиб тушади, сўнгра уларнинг ўрнида грануляциялар ва чандиқлар хо бўлади. Касаллик 1-3 ой давом этади • IV даражаси: терининг барча қаватлари, тери ости юмшоқ тўқималари, суяклар некрозга учрайди. Зарарланган соҳанинг териси тўқ кўкимтир рангга киради, баъзан геморрагик суюқликка тўла пуфаклар пайдо бўлади, шу соҳада сезувчанликнинг барча турлари йўқолади ва капилляр қон оқиши тўхтади. Нобуд бўлган тўқималарнинг кўчиб тушиши бир неча ой давом этади, кўпинча зарарланган соҳа ҳўл гангрена ёки бошқа йирингли яллиғланиш (флегмона, тендовагинит, остеомиелит) билан асоратланади, баъзан қуриб (мумификация) кўчиб тушади.

Клиник манзараси • Касалликнинг яширин даврида ✦ Клиник белгилар аниқ кўринмайди ✦ Сезувчанлик йўқолиб, ✦ Тери ранги оқаради ёки кўкимтир тусга киради ва зарарланган тўқима зичлашади ✦ Ушбу соҳа чуқурлигини аниқ белгилаб бўлмайди • Касалликнинг актив даврида яллиғланиш белгилари пайдо бўлади ✦ Унда тегишли соҳа қизаради ✦ Оғрийди ✦ Шишади ✦ Некрозга учрайди ✦ Зарарланиш оғирлигини совуқ олгандан 2-3 кун ўргач аниқлаш мумкин бўлади.

ДАВОЛАШ

Биринчи тиббий ёрдам • Бемор иссиқ хонага ётқизилади. Нам кийимлари ечилиб, қуруқ кийим кийдирилади. Унга иссиқ чой берилади • Совуқ урган соҳани юмшоқ мато ёки кўл билан ишқалаб қалин асептик боғлам (қор билан ишқалаш тавсия этилмайди) қўйилади • Бемор иссиқ ваннага туширилиб 30 минут давомида сув ҳарорати 18-20° дан 37° гача аста – секин ошириб борилади.

Дорилар билан даволаш • Беморнинг шикастланган соҳа артерияси ёки венаси ичига 2,4% ли 10 мл. аминофиллин, 0,25% ли 10-20 мл. прокаин, 1% ли 1 мл.

никотин кислота эритмаси ёки спазмолитиклар билан бирга (дротаверин, метамизол натрий + питофенон + фенпиверин бромид) бир марта ёки 2-3 кун давомида юборилади • Реополиглюкин, гепарин • Интоксикация ва электролит бузилишларга қарши даво чоралари • Антибиотиклар • Зудлик билан қоқшолга қарши зардоб қўлланилади • Чуқур совуқ урганда – оёқ ёки қўл 0,25% прокаин эритмаси билан ғилофли блокада қилинади • Антигистамин, оғриқсизлантирувчи ва тинчлантирувчи воситалардан фойдаланилади.

Хирургик даволаш • Совуқ урган қўл ёки оёқ А.В.Вишневский усули бўйича ғилофли блокада қилинади • Теридаги пуфаклар очилади, агар йиринглаган бўлса олиб ташланади ва хирургик ишлов берилади • Мабода қўл – оёқнинг катта қисмини совуқ урган бўлса, шишли ва хўл гангренининг олдини олиш мақсадида шикастланишнинг 4-5 куни некротомия • Кейинчалик чегара чизиғи пайдо бўлгандан кейин некрозга учраган соҳага яқин бўлган бўғимдан қўл ёки оёқ ампутацияси ўтказилади.

Асоратлари • Эндотоксик шок, ўткир буйрак етишмовчилиги • Иккиламчи йирингли асоратлар (флегмона, остеомиелит) ва хирургик специфик инфекциялар (қоқшол, анаэроб инфекциялар) • Сепсис.

Профилактикаси • Совуқ кунларда мавсумга мос кийиниш • Совуқ ҳавога чиқишдан олдин спиртли ичимликларни истеъмол қилмаслик.

ХКК–10 • **Т33** Совуқ олишнинг енгил даражаси • **Т34** Совуқ олган соҳада тўқималар некрозга учраган • **Т35** Гавданинг бир қанча соҳаларини совуқ олган.

ПОЛИДИПСИЯ

1-ТИП ҚАНДЛИ ДИАБЕТ

1-тип қандли диабет (ҚД) (1-тип ҚД) – полиэтиологик касаллик бўлиб, инсулин етишмаслиги, углеводлар алмашинуви бузилиши, кейинчалик бошқа моддалар алмашинуви бузилишига олиб келади. 1-тип ҚД ошқозон ости безининг инсулин ишлаб чиқарадиган хужайраларининг аутоиммун бузилишидан (аутоиммун вариант) ёки спонтан (идиопатик вариант) пайдо бўлади.

ХКК – 10 • Инсулинга боғлиқ қандли диабет.

ҚИСҚАРТМА: 1-тип ҚД – 1-тип қандли диабет.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯСИ

- 1-тип ҚД билан касалланиш тахминан 0,2-0,3% (100000 аҳолига 160,3) ни ташкил қилади.
- Тарқалганлиги- 16:100000 аҳолига.
- 2003 й. Россияда 1-тип ҚД билан 230 минг касал рўйхатга олинган. 1-тип ҚД касаллиги асосан 30 ёшгача бўлганларда учрайди (30 ёшдан ошганларда 20-25%). Ўзбекистонда ҳам касалланишнинг қўпайиши кузатилмоқда.

Профилактикаси. 1-тип ҚД учун махсус профилактика усули ишлаб чиқилмаган.

КЛАССИФИКАЦИЯСИ

1-тип КД нинг 2 та асосий кичик типи фарқланади – аутоиммун (иммунитетга бевосита боғлиқ) ва идиопатик. Аутоиммун вариантда бемор қонида инсулин ишлаб чиқарувчи хужайраларга нисбатан махсус аутоантитаналар пайдо бўлади.

ДИАГНОЗ

1-тип КД диагнози қуйидагиларга: қон плазмасида глюкоза (гликемия) аниқланиши, асосий типик клиник белгилар, яъни тана оғирлигининг кун сайин камайиши, кетоацидоз ривожланиши ва кучайиб борувчи қувватсизликка асосан қўйилади. Диагнозни аниқлаш учун инсулин секрециясини (С - пептид) ва/ёки инсулин ишлаб чиқарувчи хужайраларга нисбатан АТ ни аниқлашдан фойдаланилади.

- КД диагнози наҳорга қонда гликемия 6,1 ммоль/л. ёки капилляр қонда сутканинг исталган пайтида 11 ва бундан кўпроқ ммоль/л (тест бошланишдан 2 соат ўтгач) бўлганда, глюкозага толерантлик тести ўтказганда эса қондаги глюкоза 11,1 ва кўпроқ ммоль/л. бўлганда (тест бошланишидан икки соат ўтгач) қўйилади.

Глюкозага толерантлик тести ўтказишда 3 кун риоя этиладиган нормал парҳездан кейин (150 г.дан кам бўлмаган углеводлар сақлайдиган) ва камида 8 соатлик оч қолишдан сўнг бемор 200-300 мл. сувда эритилган 75 г. глюкоза (3-5 минут ичида) қабул қилади.

Болалар учун ҳар 1 кг. вазнига 1,75 г. глюкоза берилади ва (лекин глюкоза 75 г.дан ошмаслиги лозим) ўша захоти қонда глюкоза миқдори аниқланади. 2 соатдан кейин қайта текширилади. Глюкозанинг турли томирлардан олинган қон таркибидаги кўрсаткичлари қуйидаги жадвалда берилган:

	Наҳорда	75 г глюкоза қабул қилгандан 2 соат ўтгач
Қон зардоби	$\geq 7,0$	$\geq 11,1$
Капилляр қон	$\geq 6,1$	$\geq 11,1$
Веноз қон	$\geq 6,1$	$\geq 10,0$

АНАМНЕЗ ВА ФИЗИКАЛ ТЕКШИРИШ

Қасаллик пайтида сувсизланиш (дегидротация) ҳолатлари кузатилади. Тана оғирлиги тезлик билан камайиб боради ва ҳолсизлик, метаболик ацидоз ривожланишига мойиллик бўлади. 1-тип КД қасалларнинг 20% да кетаацидоз кузатилади. Инсулин етишмаслигининг бошланғич давридан актив даволаниш бошланса, кетоацидоз ривожланиш ҳавфи камаяди.

ЛАБОРАТОР ТЕКШИРИШЛАР

Гипергликемияга хос (айниқса $>12-15$ ммоль/л.) кетонурия, компенсациялашган ёки компенсациялашмаган метаболик ацидоз рН 7,36 ва бикарбонат миқдори 20,5 мЭкв/л.дан паст. Қон зардобидаги калий миқдори 3,8 – 5,4 ммоль/л.

ДИФФЕРЕНЦИАЛ ДИАГНОСТИКА

1-тип КД дифференциал диагностикасини “2 – типдаги Қандли диабет” мақоласига қаранг.

ДАВОЛАШ

1-тип КД давоси парҳезга риоя қилиш, жисмоний зўриқишдан сақланиш, инсулин билан даволанишдан иборат. Беморларга ўзларини қай ҳолатларда қандай тутишларини ўргатиш муҳим аҳамиятга эга. Чунки улар тиббиёт тавсияларини асосий бажарувчилари ҳисобланади.

ДАВОЛАШ МАҚСАДИ:

- 1-тип КД касалларни даволашнинг асосий мақсади гликемияни назорат қилиш, наҳорга 6 ммоль/л.гача, овқатлангач 2 соатдан кейин 8 ммоль/л.гача.
- Умумий ҳолатни яхшилаш: Бўйи, тана оғирлиги, жинсий етилиш, қон босимининг назорати (130/80 мм.сим.уст.) қондаги липидлар миқдори (холестерин КЗЛП 3 ммоль/л.гача) холестерин ЮЗЛП > 1,4 ммоль/л., триглицеридлар 2 ммоль/л.гача қалқонсимон без функциясининг назорат қилиш.

1-тип КДда УГЛЕВОД АЛМАШИНУВИНИ КОМПЕНСАЦИЯ КЎРСАТКИЧЛАРИ

- ◆ Компенсация ✦ HbA_{1c} 5-7% ✦ Гликемия наҳорга 5-6 ммоль/л. постпрандиал гликемия 7,5-8 ммоль/л. ✦ Гликемия уйқудан олдин 6-7 ммоль/л.
- ◆ Субкомпенсация ✦ HbA_{1c} 7,1-7,5% ✦ Гликемия наҳорга 6.1-6.5 ммоль/л. ✦ Постпрандиал гликемия 8,1-9 ммоль/л. ✦ Гликемия уйқудан олдин 7,1-7,5 ммоль/л.
- ◆ Декомпенсация ✦ HbA_{1c} >7,5% ✦ Гликемия наҳорга > 6,5 ммоль/л. ✦ Постпрандиал гликемия > 9 ммоль/л. ✦ Гликемия уйқудан олдин >7,5 ммоль/л.

ШИФОХОНАГА ЁТҚИЗИШГА КЎРСАТМАЛАР

- 1-тип КД илк бор аниқланган даврда беморларни шифохонага ётқизиш (инсулинотерапияни танлаб тавсия қилиш, гликемияни тўғри назорат қилиш, овқатланиш, меҳнат қилиш тартибини ўргатиш ва бошқалар)ни ўз ичига олади. 1-тип КДда баъзан реанимация бўлимида махсус тиббий ёрдам кўрсатиш талаб қилинади. Беморни диабетик кетоацидоздан чиқаргач комплекс даволаш зарур. Бунда беморларга ўзларини қандай тутиш ўргатилади ва инсулин терапиянинг режаси танланади.
- Диабетик кетоацидоз (кетонурия билан гипергликемия).
- Кома олди ёки кома (кетоацидотик, гипогликемик).
- Қон томирларда асоратларни зўрайиб бориши.
- Ургент ҳолатлар: инфекция, интоксикация, оператив аралашув зарурлиги, гастроэнтеритлар, сувсизланиш. Метаболик ацидознинг тезлик билан зўрайиши, гипергликемия ва инсулин сўрилишининг бузилиши ҳам беморни касалхонага ётқизиш зарурлигини кўрсатади.

ДОРИЛАРСИЗ ДАВОЛАШ

Овқатланиш

1-тип КДда овқатланиш тартибига нормал калорияли парҳезга риоя қилиш ва қабул қилинаётган углеводларни ҳисоблаш киради.

- Суткалик калорияда оқлар 15%, ёғлар 25-30%, углеводлар 55% ни ташкил қилиши керак.
- Тез ҳазм бўладиган углеводлар (1/3 гача сахароза ва глюкозадан ташқари) миқдори чегараланади. Клетчатка ва бошқа озик толаларига бой мураккаб углеводлар афзал кўрилади.
- Беморларга қулай бўлиши учун нон бирлиги (НБ) тушунчаси киритилган 1 та нон бирлиги 10-12 г. углеводга тўғри келади, унинг сўрилиши учун 1-2 таъсир бирлик инсулин керак. Таркибида углевод бўлган ҳар қандай маҳсулотни НБ да ифодалаш мумкин.
- Бемор нон бирлиги ҳисоб қилинган ва гликемия, ҳамда инсулин дозаси кўрсатилган кундалик юритиши керак.

Жисмоний фаоллик

Жисмоний фаоллик инсулиннинг гипогликемик таъсирини кучайтиради. Шунинг учун режалаштирилаётган юкломани ҳисобга олиб, инсулиннинг дозасини белгилаш керак. Бунда беморга индивидуал ёндошиш асосий мезонлардан биридир.

- Жисмоний ҳаракатда ва 12-40 С⁰ гача узоқ ва оғир жисмоний зўриқишдан кейин гипогликемия ҳавфи ошади.
- Енгил ва ўртача жисмоний зўриқишлар 1 соатдан ошмаса, зўриқишлардан олдин ва кейин қўшимча углеводлар қабул қилинади (40 минут жисмоний ҳаракатга 15 г. енгил ҳазм бўладиган углевод).
- Жисмоний зўриқиш 1 соатдан ошса ва жадал жисмоний зўриқишда, машқ пайтида ва машқдан 6-12 соат ўтгач инсулин дозаси 20-50% га пасайтирилади.
- Қонда глюкоза миқдори жисмоний зўриқишдан олдин, машқ пайтида ва ундан кейин аниқланади.

ДОРИЛАР БИЛАН ДАВОЛАШ

Инсулинотерапия

Тамойиллари

1-тип КД даволаш асосини умр бўйи ўтказиладиган инсулинотерапия ташкил қилади. Ундан мақсад бемор ҳаёт фаолияти тўлақонлилиги жараёнини таъминлашдир. Инсулинотерапия мўлжалланган жисмоний ҳаракатлар, овқатдаги углеводлар миқдори, 1-тип КД давомийлиги ва унинг асоратларига қараб ҳисобланади.

- 1-тип КД ли катта ёшли беморларнинг 1 йил мобайнидаги инсулинга тахминий эҳтиёжи тана оғирлигига 0,6-0,8 ТБ. Балоғат ёшдагиларда бу кўрсаткич ўрта ҳисобда 1,0-1,5 ТБ/кг. ни ташкил қилади. Асабий зўриқиш, инфекция, операциялар пайтида инсулинга талаб янада ошади. Сурункали буйрак етишмовчилиги ривожланганда ва жисмоний зўриқишда аксинча унга талаб пасаяди.
- 1-тип КДда инсулинотерапиянинг мақсади инсулин секрециясини сунъий йўл билан яратиш (шунинг учун таъсир давомийлиги ўртача инсулинни 2 марта ёки инсулин аналоги гларгин 1 марта юборилади) ва овқатдан олдин ва кейин қисқа таъсирли инсулин гликемияни нормаллаштириш учун қўшимча берилади. Қисқа ёки паст таъсирли инсулинларни гликемиянинг ошган

қийматларини пасайтириш учун овқат қабул қилмай юбориш ҳам мумкин. 1-тип КДда бемор ҳар куни ўзи – ўзини назорат қилаётганда олинган гликемия қийматларидан келиб чиққан ҳолда юбориладиган инсулин миқдорини коррекция қилиши керак. Гипогликемик реакциялар ривожланишига йўл қўймаслик, мабодо улар пайдо бўлганда тезлик билан бартараф қилиш лозим.

- Замонавий инсулинтерапиянинг моҳият эътибори билан фарқи, уни юқори пластиклиги бўлиб, асосан овқатдан кейин гликемияни нормаллаштириш учун юборишдир. Беморлар ҳар бир овқатга битта НБ учун керакли инсулин эҳтиёжини тахминан билишлари лозим. Бу НБ га тахминан керак инсулин миқдорини бошқариш имкониятини беради.
- Инсулин тери остига, қисқа таъсир қиладигани қорин соҳасига, ўртача таъсир қиладигани сон ёки думбанинг ёғ қаватига юборилади.
- Инсулинга бир кунлик талабнинг тахминан тақсимланиши: 50-60% ўртача, қолгани қисқа таъсирли инсулинни ташкил қилади.

Инсулин

- Инсулиннинг қуйидаги препаратлари қўлланилади:
- Ультрақисқа таъсирли (таъсири 15 минутдан сўнг бошланади, 3-4 соат давом этади) инсулин Лиз Про, Инсулин аспарт;
- Тез таъсир қилувчи (таъсири 30 мин – 1 соатдан кейин бошланиб, 6-8 соат давом этади) эрувчан инсулин.
- Ўртача таъсир қилувчи (1-2,5 соатдан бошланиб, 14-20 соат давом этади): инсулин рух одам ген инженерияси комбинацияланган суспензия, инсулин-изофан (одам ген инженерияси) инсулин – изофан (одам яримсинтетик).
- Инсулинсимон авжсиз препаратлар таъсири (таъсири 1-1,5 соатдан сўнг бошланиб, 22-26 давом этади), масалан: Гларгин («Лантус»).
- Узоқ таъсир қилувчи (таъсири 4 соатдан кейин бошланиб, 28 соат давом этади) инсулин-рух (одам ген инженерияси) кристалл суспензия.

Инсулинга кўрсатмалар тартиби

- Инсулин билан даволашнинг қуйидаги тартиби қабул қилинган (асосан бошланишида) – таъсир муддати қисқа инсулинни ҳар гал овқатдан олдин + ўртача таъсир этувчи инсулиндан 2 та инъекция - нонуштадан ёки тушликдан олдин 2/3 ва кечки овқатдан ёки уйқудан олдин 1/3 дозаси юборилади.
- Интенсификация қилинган инсулинтерапия ҳам қўлланилади. 1КД да суткалик доза ҳисоби тана вазнига 0,6-0,8 ТБ. Эҳтиёжнинг тахминан ярми суткасига 2 марта тайинладиган ўртача ёки узоқ муддат таъсир этувчи инсулинга тўғри келади. Препаратларнинг самарадорлиги дозасига боғлиқ бўлади. Шунинг учун дориларнинг нисбати турлича бўлиши мумкин. Беморларга одатда эрталаб уйқуга кетишдан олдингига нисбатан кўпроқ юборилади. “Тунги” инсулин самарадорлик кўрсаткичи – наҳорги гликемиянинг нормал даражаси кўрсаткичидан - (02:00) 4,0 ммоль/л.дан паст бўлмаслиги керак. Қисқа муддат таъсир этувчи инсулинлар овқатдан олдин буюрилади. Беморларни ўргатиш туфайли препаратнинг фиксацияланган дозаси ўз маъносини йўқотади. Шунинг учун инсулин билан 1НБ ўртасидаги нисбатни нонуштага, тушликка

ва кечки овқатга НБга мўлжалланган миқдорга қараб тайинлади. Қондаги қанд миқдорини камайтириш учун препарат дозасини кўпайтириш мумкин. Қисқа муддат таъсир этувчи препаратларни қорин соҳасига овқатдан 30 – 40 минут олдин ультра қисқалари 5 – 10 минут ичида юборилади. Вақт оралиғини сақлаш доимо муҳим.

Инсулинни юбориш услуби

- Инъекция қилинадиган жойда тери бурмасини ҳо қилиш лозим, чунки игна мушак тўқимасига эмас, тери остига кириши керак. Тери бурмаси кенг бўлиши ва игна 45 – 60° бурчак остида юборилиши лозим.
- Инъекция ўрнини танлашда теридаги қаттиқ жой ҳисобга олинади. Инъекциялар ўрнини тартибсиз алмаштирмаслик керак.
- Муолажа елка териси остига қилинмайди.
- Қисқа муддатли инсулинлар овқатдан 20 – 30 минут олдин қорин олдинги деворига тери ости ёғ клетчаткасига (инсулин аналоглари бевосита овқатдан олдин юборилади) таъсир муддати узоқ инсулинлар эса сон ёки думбанинг тери ости ёғ тўқимасига юборилади.
- Ультра қисқа таъсирли инсулин (хумалог ёки новорапид) бевосита овқатдан олдин, зарур бўлса овқат вақтида ёки уни еб бўлган заҳоти қўлланилади.
- Беморга иссиқ ва жисмоний зўриқишда инсулин сўрилиши тезлашишини совуқда эса пасайишини тушунтириш керак.
- Битта шприц ва игна 2 – 3 кун давомида 4 – 6 марта ишлатилиши мумкин.
- 1-тип КДли болалар, ўсмирлар ва ҳомиладорлар, кўриш қобилияти сусайган, ҳамда КД1 оқибатида оёқлари ампутация қилинган беморлар инсулин инъекторлари (шприц – ручкалар) билан таъминланган бўлишлари керак.

Инсулин эҳтиёжига таъсир этувчи омиллар

- Интеркуррент касалликлар ёки бошқа стресс ҳолатлар инсулинга бўлган эҳтиёжни оширади.
- Агар инсулин дозаси камайтирилмаса ёки кўшимча миқдорда углеводлар қабул қилинмаса, жисмоний фаоллик глюкоза сарфини ошириб, гипогликемияга олиб келади.
- Сомоджи феномени: инсулин билан индуцирланган гипогликемия контринсуляр гормонлар (эпинефрин ва глюкагон) ажралишини чақиради, бу гипергликемияга жавоб деб ҳисобланади. Гипергликемиянинг ушбу сабабини билмаслик ва инсулин дозасини ошириш, яъна-да оғир гипогликемияга олиб келади. Уйқу вақтидаги гипогликемия наҳорда қондаги глюкоза миқдори ошишининг аниқланмаганлиги сабабли юз беради. Бундай ҳолда инсулин миқдорини камайтириш эрталабки гипогликемияни коррекция қилишга ёрдам беради.

Инсулинотерапия асоратлари

- Гипогликемия
- Маҳаллий ва систем аллергик реакциялар (одам инсулини юборилганда камдан - кам)

- Инъекция ўрнида ёғ ҳужайраларга инсулиннинг маҳаллий липоген самараси натижасида фиброз ва ёғ тўқимасидан тузилган ўсмасимон ҳоалар пайдо бўлиши. Одам инсулини қўлланганда ва липогипертрофия соҳаларига инъекциялар тўхтатилганда ҳоалар ўлчами кичрайиши.

Бошқа дори воситалари

- **Ацетилсалицилат кислота.** 1-тип КДли беморларни даволашда бирламчи ва иккиламчи йирик қон томир асоратларининг олдини олишда қўлланилади. Кунлик миқдори 100 – 300 мг. Асосан 30 ёшдан ошганларда, икки ва ундан ортиқ атеросклероз ривожланишининг ҳавф омиллари (ирсият, ёш, дислипидемия, АГ ва б.к.) бўлганда аспириин қўлланилиши мақсадга мувофиқ.
- **Гипотензив дори воситалари.** 1-тип КД узоқ компенсация даврида сақлаш омилларидан бири АБ 130/85 мм.с.уст.дан пастда ушлаб туриш ҳисобланади. Мавжуд АГ дориларсиз даволаш натижа бермаганда (тана оғирлигини сақлаб қолиш, туз истеъмолини камайтириш, жисмоний фаоллик) дорилар буюрилади. Улардан АПФ ингибиторлари биринчи танлов препаратлари ҳисобланади. Ушбу гуруҳ юқори қон босимини даволаганда яхши прогностик самарадан ташқари нефропатия ривожланиш ҳавфини камайтиради. АПФ ингибиторларини кўтара олмаслик ёки тавсия этиш мумкин бўлмаган ҳолларда ангиотензин II рецептори ёки кальций каналлари блокаторлари селектив β – адреноблокаторлар буюрилади.
- Дислипидемия, нефропатия, полиневропатия, автоном невропатия, ретинопатияларни даволаш ҳақида «2-тип КД» мақоласига қаранг.

МУТАХАССИС МАСЛАҲАТИГА КўРСАТМА

Касалликнинг турғун декомпенсацияси, қайталанувчи гипогликемик ҳолатлар, режалаштирилган ҳомиладорлик ва КД нинг кечки асоратлари беморни умумий амалиёт врачлари томонидан мутахассис маслаҳатига юборишга кўрсатма ҳисобланади. 1-тип КДли беморни умумий амалиёт врачлари эмас балки эндокринолог даволайди

- Юрак ва АБ муаммолари пайдо бўлганда – кардиолог
- Нефропатия белгилари кузатилганда нефролог билан ҳамкорликда даволаш лозим
- Режалаштирилган ҳомиладорликда эндокринолог ва акушер гинеколог ҳамкорлиги лозим
- Ҳар йили окулист тўр парда ҳолатини ва катаракт ривожланишини назорат қилиб бориши керак
- Оёқлардаги оғриқ ва ишемиялар билан қон томирлар хирурглари шуғулланади.

БЕМОРНИ ўРГАТИШ

1-тип КДли беморни ўргатиш даволашнинг муҳим таркибий қисми ҳисобланади. Ҳамма беморлар «1-тип КДли бемор мактаби» дастури асосида ўқитилади.

1-тип КДли беморга кузатув давомида уларда инсулин терапияга бир умр зарурат борлигини эсда тутиши ва доимо декомпенсацияга олиб келиш эҳтимоли бўлган ҳолатларни назорат қилиб туриши зарурлиги тушунтирилади.

1-тип КД ДЕКОМПЕНСАЦИЯСИ САБАБЛАРИ

- Гликемия ҳолати устидан назоратнинг камлиги, беморларнинг етарли маълумот ва тажрибага эга эмаслиги.
- Овқатланиш, жисмоний зўриқиш ва инсулин терапия режимининг бузилишлари.

- Даволаш дастурини тез-тез ўзгартириб туриш.
- Психологик омиллар: мосланиш йўқлиги, ихтилофли вазиятлар, инсулин дозасини ўз вақтида ўзгартириб турмаслик.
- Тартибсиз ва керагидан ортиқ жисмоний зўриқиш.
- инсулин миқдорини нотўғри танлаш (масалан: миқдорини ошириб юбориш, гипергликемияни агрессив даволаш) ва реактив гипогликемия.
- Ҳайздан олдин инсулинга талаб тезда кўпаяди (баъзан камаяди).
- Эндокрин бузилишлар (масалан, гипо ва гипертиреоз, буйрак усти беи етишмовчилиги).
- Нерв анорексияси ёки булимия.
- Гипогликемиянинг тўсатдан ошиши инсулинга нисбатан АТ ҳо бўлиши билан боғлиқ (АТ гипогликемиянинг бошқа сабаблари истисно қилингандан сўнг аниқланади).
- Инфекция, сурункали касалликлар билан кечган декомпенсация.

АСОРАТСИЗ КЕЧГАН 1-тип КД БИЛАН КАСАЛЛАНГАН БЕМОРЛАРНИ КУЗАТИШ

- Гликемияда ўзини – ўзи назорат қилиш (овқатдан олдин, кечаси, овқатланишдан сўнг 2 соат ўтгач кунига 3-4 марта аниқлаш учун уй глюкометри қўлланилади) ҳар куни, ҳафтасига 1-2 марта тунда, касаллик бошланиш ва декомпенсация даврида кунига 2-3 маҳал бажарилиши лозим.
- Гликозаланган НbA_{1c} 3 ойда 1 марта, анемияда 1 ойда 1 марта фруктозамин аниқланади.
- Қоннинг биокимёвий анализи (умумий оқ, холестерин, учглицеридлар, билирубин, АЛТ, АСТ, мочевино, креатинин, калий, натрий, кальций) йилига 1 марта.
- Қон ва пешобнинг умумий анализи – йилига 1 марта
- Микроальбуминурияни аниқлаш - касаллик бошлангандан 5 йил ўтгач йилига 1 марта.
- Умумий амалиёт врачлари бемор қон босимини мунтазам, АГ мавжуд бўлганда эса ҳар куни назорат қилиши керак.
- ЭКГ йилига 1 марта.
- Ҳар бир кўрикда бемор оёғини кўриш.
- Кўз туби офтальмоскоп ёрдамида касаллик биринчи 5 йилида йилига 1 марта, мабодо ўзгаришлар аниқланса тез-тез кузатилади.
- Кўрсатмалар бўлганда бемор невропатолог врачга маслаҳат учун юборилади.

КЕЧИШИ ВА ПРОГНОЗИ

- Инсулинга талабнинг пасайиши ва касалликнинг бошланғич давридаги барқарорлик ҳолати 25% беморларда одатда 3-6 ой, гоҳида 1 йилгача давом этади.
- 1-тип КД авж олиши секин-аста, аммо стресс ҳолатлар бўлганда ва бошқа касалликлар қўшилганда тезроқ ривожланади.

- Клиник оқибати: бемор умри давомийлиги ва ҳаёт сифатини яхшилигига бемор қонидаги глюкоза миқдорини доимий назорат қилиш ва инсулинтерапияни мосини танлаш натижасида эришилади.
- 1-тип ҚДга чалинган беморларни мунтазам компенсация ҳолатида сақлаш касалликнинг кеч асоратларини камайишига олиб келади.
- Гликемия ҳар куни назорат қилинганда ва инсулин дозаси ўз вақтида мувофиқлаштирилганда 1-тип ҚДнинг ўткир асоратлари пайдо бўлиши ҳавфи камаяди.
- 1-тип ҚД билан касалланганларнинг умр кўриши бошқаларга нисбатан камроқ бўлади. Уларнинг ярми сурункали буйрак етишмовчилигидан (касаллик бошлангандан 25-30 йил ўтгач) ўлади. 20-25 йил ўтгач беморларда микро ва макро ангиопатиялар ривожланади. Кейинчалик ЮИК кўшилиши, инсулт ўлимга олиб келади. Оёқнинг ишемик зарарланиши ёки ампутация (кесиб ташланган) дан кейинги гангрена ўлим билан тугайди. 1-тип ҚД асоратларининг ривожланиши гликемияни назорат қилишга боғлиқ. Шунинг учун 1-тип ҚДга чалинган беморларни умумий амалиёт вазири мунтазам равишда эндокринолог билан биргаликда назорат қилиб туриши, зарурат бўлганда бошқа мутахассисларни ҳам жалб қилиши керак.

2 – ТИП ҚАНДЛИ ДИАБЕТ

Иккинчи тип қандли диабет (2-тип ҚД) кўпинча инсулинга резистентлик ва сезиларли инсулин етишмовчилиги ёки инсулинга резистентлик билан боғлиқ инсулин секрециясидаги нуқсон ёки усиз кечувчи сурункали касалликдир. 2-тип ҚД барча ҚД нинг 80% ини ташкил қилади.

ХКК-10 • Е11 Инсулинга қарам бўлмаган қандли диабет.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯСИ

- 2-тип ҚД гарчи барча ёшда учраса ҳам, кўпроқ 35-40 ёшдан кейин ривожланади.
- 2-тип ҚД кенг тарқалган касаллик бўлиб, 5-7% ни ташкил қилади ва касалланиш ўрта ҳисобда ҳар 15-20 йилда икки мартагача кўпайиб бормоқда.
- Кўпинча аёллар касалланади.

ПРОФИЛАКТИКАСИ

- Дори воситалари. 2-тип ҚД профилактикаси учун ДВ қўллашнинг аниқ алгоритми йўқ, аммо глюкозага толерантликнинг бузилиши босқичида айрим дориларнинг буюрилиши унинг ривожланишини секинлаштиради деган маълумотлар бор.
- Метформинни кунига 2 марта 850 мг. дозада тайинлаш жумладан семиз беморларнинг кичик гуруҳида ва 45 ёшгача бўлган гуруҳларда ҳам 2-тип ҚД ривожланишини 31% га камайтиради.
- Қандни камайтирувчи бошқа ДВдан - акарбозадан кунига 150 мг. дозада фойдаланиш - глюкозага толерантликнинг бузилиш босқичига ўтишни 25% га туширади.

- Семиз шахсларда глюкозага толерантликнинг бузилишида орлистат, ЮИКда эса рамиприл қўллашда ўхшаш натижалар олинган.

СКРИНИНГ

- 2-тип ҚД борлигига скрининг касалликни олдиндан аниқлаш ва унинг томирлардаги асоратларини даволаш профилактикасига йўналтирилган.
- Диагностик тадбирларни соғлом аммо ҚД мойиллиги бўлган кишиларда (наҳорда гликемияни ўлчаш) 3 йилда 1 марта ўтказиш керак.
- Нефропатияга скрининг ҚДни аниқлангандан бошлаб ҳар йили ўтказилади.
- Диабетик ретинопатияга скрининг 2-тип ҚД диагнози кўйилган вақтдан бошланиши лозим.

КЛАССИФИКАЦИЯСИ

- **ҚД нинг оғирлик даражаси.**
- ҚД нинг енгил кечиши: макро-микротомирлар асоратлари йўқ.
- ҚД нинг ўртача оғирликда кечиши: диабетик ретинопатия пролифератив бўлмаган даври ✦ Микроальбуминурия босқичидаги диабетик нефропатия ✦ Диабетик полиневропатия.
- ҚД нинг оғир кечиши: диабетик ретинопатия препролифератив ёки пролифератив босқич ✦ Диабетик нефропатия протеинурия ёки сурункали буйрак етишмовчилиги босқичи ✦ Автоном полиневропатия ✦ Макроангиопатиялар: инфарктдан кейинги кардиосклероз, юрак етишмовчилиги бош миёда қон айланиши ўткир бузилишидан кейинги ҳолат, оёқларнинг окклюзион шикастланиши.
- **Хавф омиллари.** ҚД ривожланиш хавф омилларига қуйидагилар киради: ♦ 2-тип ҚДга ирсий мойиллик,(оилавий анамнез: 2-тип ҚД аниқланганда, жумладан, глицерол 3-фосфат дегидрогеназа 2 генларида етишмовчилик мавжудлиги, глюкокиназа, глюкогон ва инсулин рецепторларида нуқсон борлиги) ♦ Семизлик ♦ АГ ♦ Анамнезида гестацион ҚД ♦ Қонда триглицеридлар миқдори ошиши, юқори зичликдаги липопротеидлар таркибида холестерин сақланишининг камайиши.

ДИАГНОЗИ

2-тип ҚД диагнози аввало, қон плазмасидаги глюкоза миқдорини аниқлашга асосланган. («Диагноз» «1-тип Қандли диабет» мақоласи бўлимига қаралсин).

АНАМНЕЗ ВА ФИЗИКАЛ ТЕКШИРИШ

- Касалликнинг бошланиш даврида беморда гипергликемик белгиларнинг бор-йўқлигига, атеросклероз, нефропатия ва микроангиопатия белгиларига (ретинопатия, микроальбуминурия) диққат қаратилади.
- Беморларнинг оилавий анамнези йиғилганда кўпинча ҚД, АГ ва ЮИКларга мойиллик борлигига эътибор берилади.
- Қон плазмасида глюкоза миқдорини аниқлаш, тушуниб бўлмайдиган сабаблар туфайли тана оғирлиги камайишида, инфекцияларнинг тез-тез қайталанишида, эректил дисфункция ва «классик» гипергликемия белгилари (полиурия, тери ва шиллик пардаларнинг қуруқлиги, ташналик) бўлганда амалга оширилади.

КЛИНИК БЕЛГИЛАРИ

- ◆ Касаллик одатда аста - секин бошланади ва белгилари кам юзага (кетозидозга мойиллик йўқлиги сабабли) чиқади. Кўпинча семизлик (80% да) ва АГ билан бирга учрайди.
- ◆ Кўп ҳолларда инсулинга резистентлик синдроми (метаболик синдром): семизлик, АГ, гиперлипидемия ва дислипидемия (триглицеридларнинг юқори ва юқори зичликдаги липопротеидларда холестериннинг паст концентрацияси), шунингдек, гиперурикемия билан намоён бўлади.
- ◆ Атеросклероз – 2-тип ҚДнинг кўп учрайдиган асоратидир, жумладан ЮИК, оёқ томирлари атеросклерози, бош мия (бош мияга қон қўйилиб инсулт ривожланиши) ва бошқа йирик қон томирлар атеросклерози кузатилади.

ЛАБОРАТОР ТЕКШИРУВЛАР

- Лаборатор текширувларда гликемиянинг характериға (одатда 10-12 ммоль/л. дан кўп бўлмаган), метаболик ацидозга мойиллик бор-йўқлиги, триглицеридлар ва холестерин миқдорининг ошиши ва ЮЗЛП холестерин миқдорининг пасайишига эътибор бериш лозим.
- Диагноз фақат гликемия натижаларига асосланган ҳолда қўйилади.

ДИФФЕРЕНЦИАЛ ДИАГНОСТИКАСИ

Қуйидаги ҳолатлар билан олиб борилади:

- Гипергликемия билан кечувчи бошқа эндокрин касалликлар (феохромоцитома, полигландуляр аутоиммун синдром, «стероид» диабет);
- Хавфсиз буйрак глюкозурияси;
- Ошқозон ости беши касалликлари (панкреатит, муковисцидоз);
- Инсулинга резистентликнинг ирсий бузилиши (масалан, қора ранга кирувчи тери акантози);
- Семириш;
- Кимёвий моддалар ва ДВ орқали чақирилган (масалан, салицилатлардан ўткир заҳарланиш) глюкозага толерантликнинг бузилиши;
- Ўхшаш клиник белгилар ҚД нинг моноген шаклларида ва 35-40 ёшдан ошган беморларда учрайдиган 1-тип ҚД бошланғич даврлари кузатилади.

ДАВОЛАШ

2-тип ҚДни даволаш 4 та таркибий қисмлардан иборат: парҳез, жисмоний фаоллик, шакарни камайтирувчи перорал ДВ ни тайинлаш, инсулинтерапия.

ДАВОЛАШ МАҚСАДЛАРИ

- 2-тип ҚД билан касалланган беморларни даволашнинг асосий мақсади гликемияни меъёрда сақлаб туриш ҳисобланади.
- Шунингдек, АБни (135/85 мм.сим.уст.гача), қонда липидларни (ПЗЛП таркибидаги холестерин 3 ммоль/л.гача, ЮЗЛП таркибидаги холестерин 1.4 ммоль/л.дан кўпроқ, триглицеридлар 2 ммоль/л.гача) меъёрда сақлаш зарурдир.
- Даволаш ҚД нинг томирлардаги асоратлари ривожланишини олдини олишга, гиперосмоляр гипергликемик ҳолатлар ва гипогликемия профилактикасиға қаратилган.
- **2-тип ҚДда углевод алмашинувини тўлдириш мезонлари**

◆ Компенсация ✦ НВА 6-6,5% ✦ Наҳорги гликемия – 5-5,5 ммоль/л.
постпрандиал гликемия - <7,5 ммоль/л. ✦ Уйқудан олдинги гликемия – 6-7 ммоль/л.

◆ Субкомпенсация ✦ НВА 6,6-7% ✦ Наҳорги гликемия – 5,6-6,5 ммоль/л. ✦
Постпрандиал гликемия - <7,5-9 ммоль/л. ✦ Уйқудан олдинги гликемия – 7,1-7,5 ммоль/л.

◆ Декомпенсация ✦ НВА >7% ✦ Наҳорги гликемия – >6,5 ммоль/л. ✦
Постпрандиал гликемия - >9 ммоль/л. ✦ Уйқудан олдинги гликемия – >7,5 ммоль/л.

ШИФОХОНАГА ЁТҚИЗИШГА КЎРСАТМАЛАР

- Жиддий метаболик бузилишларга олиб келувчи ҳар қандай асоратлар (инфекция, гастроэнтеритлар, организмнинг сувсизланиши).
- Гипогликемия ҳолатининг тез-тез такрорланиб туриши.

ДОРИЛАРСИЗ ДАВОЛАШ

Овқатланиш

- 2-тип ҚДда овқатланиш қоидалари: тўйинган ёғлар чеклаган ҳолда нормал калорияли парҳезга (семизликда-паст калорияли), холестерин ва енгил ҳазм бўлувчи углеводлар қабул қилишни камайтиришга риоя этиш.
- 9 – парҳез – мақсад семиз беморларнинг вазнини камайтириш. Парҳезга риоя қилиш кўпинча метаболик бузилишларнинг нормаллашувига олиб келади.
- Тана вазни ортиқча бўлганда – кам калорияли парҳез (1800 ккал.).
- Енгил ҳазм бўлувчи углеводларни чеклаш (ширинликлар, асал, ширин ичимликлар).
- Калория миқдори бўйича тавсия этиладиган овқат ✦ Мураккаб углеводлар (макаронлар, ёрма, картошка, мевалар, сабзавотлар) 50-60% ✦ Тўйинган ёғлар (сут, пишлок, ҳайвон ёғи) <10% ✦ Ярим тўйинган ёғлар (маргарин, ўсимлик мойи) <10% ✦ Оқлар (балиқ, гўшт, товуқ, тухум, кефир, сут, пишлок, творог) <15% ✦ Клетчаткага бой маҳсулотлар.
- Қанд ўрнини босувчи маҳсулотлар истеъмолини чагаралаш, АГ да ош тузини бир кунда 3 г.дан ортиқ қабул қилмаслик.

Жисмоний фаоллик инсулиннинг гипогликемик таъсирини оширади, антиатероген липопротеидлар миқдорини кўпайтиради ва тана оғирлигининг камайишига имкон яратади.

- Жисмоний фаоллик бирга қўшилиб келадиган касалликлар, ҚД асорати борлиги, беморнинг ёши ҳисобга олиб, индивидуал танланади.
- Машинада юриш ўрнига пиёда сайр этиш, лифтдан фойдаланиш ўрнига зинапоя орқали кўтарилишни тавсия этиш зарур.
- Яна бир асосий шарт – жисмоний фаолликнинг мунтазамлиги (масалан, ҳар куни 30 минут сайр қилиш, ҳафтасига 3 марта 1 соатдан чўмилиш).
- Интенсив жисмоний фаоллик ўткир ёки давом этувчи гипогликемик ҳолатни келтириб чиқариши мумкинлигини унутмаслик керак. Шунинг учун юклама тартибини гликемияни ўз-ўзини назорат қилганда «ишлаб чиқиш»; зарурат бўлганда жисмоний фаолликдан олдин қандни туширувчи воситалар дозасини қайта кўриб чиқиш зарур.

- Қондаги глюкоза концентрацияси 13-15 ммоль/л. бўлганда жисмоний зўриқиш тавсия этилмайди.

ДОРИЛАР БИЛАН ДАВОЛАШ

Гипогликемик воситалар:

- Диетотерапия ва жисмоний фаолликнинг самараси бўлмаганда, қандни камайтирувчи дори воситалари буюрилади.
- Наҳорги гликемия 15 ммоль/л. бўлганда парҳез билан даволашга дарҳол перорал гипогликемик дори воситалари қўшилади.
- Наҳорги гликемияни меъёрга келтириш учун танланадиган дори метформин ҳисобланади. Уни қўллашга моненьлик бўлганда таъсир давомийлиги ўртача инсулин тунга 0,1-0,15 ТБ/кг. дозада буюрилади. Инсулин ўрнини босувчи, бошланиш дозаси 10 ТБ бўлган узоқ таъсирли гларгинни тайинлаш ҳам мумкин. Метформин билан даволашга қўшимча равишда инсулин резистентлигига тўғридан-тўғри таъсирга боғлиқ бўлган тиазолинедионлар гуруҳидаги препаратлар (пиоглитазон, розиглитазон) қўллаш ҳам мақсадга мувофиқдир. Аммо инсулин секретогенларининг наҳорги гликемияни нормаллаштириш жиҳатидан клиник самарадорлиги паст эканлигини унутмаслик керак.
- Гликемияни нормаллаштириш учун овқатланишдан 2 соат кейин секретогенлардан (меглитинид, глинид) фойдаланилади. Ижобий самара кузатилиб, лекин гликемиянинг кутилган кўрсаткичига эришилмаса даволашга α глюкозидаз блокаторлари, метформин ёки тиазолинедионларни қўшиш мумкин. Таблетка кўринишидаги дори воситалар самара бермаганда инсулин ёки унинг ўрнини босувчилар билан даволашга ўтилади.
- 2-тип ҚД узоқ муддат кечиши тўғридан-тўғри β – ҳужайраларнинг секретор фаолиятини пасайишига олиб келади. Шунинг учун беморларнинг аксарият қисмига 7-10 йилдан сўнг давога инсулин ҳам қўшиш талаб этилади.

Бошқа дори воситалари ва асоратлари

- **Ацетилсалицилат кислота.** 2-тип ҚДли беморда кузатиладиган томир асоратларининг бирламчи ва иккиламчи профилактикаси ҳамда даволаш учун ишлатилади. Кунлик дозаси – 100-300 мг.
- **Гипотензив ДВ.** 2-тип ҚД компенсация даврида сақлаш чораларидан бири АБ 135/85 мм.сим.уст. дан паст кўрсаткичда сақлаб туришдир. Юқори босимни дорисиз тушириш чоралари (тана оғирлигини нормал ҳолатда сақлаш, тузни кам истеъмол қилиш, жисмоний фаоллик) самара бермаса гипотензив воситалардан фойдаланиш буюрилади. Асосий дори сифатида ААФ ингибиторларидан қўлланилади, улар ҚД АГ да яхши самарага эга бўлиб, нефропатиянинг ривожланиш ҳавфини камайтиради. Беморда ААФ ингибиторларини қўллашга моненьлик бўлган ҳолларда ангиотензин II – рецептори ёки кальций каналлари блокаторлари (дегидропиридин қатори), шунингдек селектив β – адреноблокаторлардан фойдаланиш мумкин. Касаллик ЮИК билан бирга кечганда ААФ ингибиторларини адреноблокаторлар билан ишланиш мақсадга мувофиқдир.

- **Дислипидемиялар.** 2-тип ҚД беморларда дислипидемиялар кўпроқ яқка ҳолда учрайди. Липид спектрининг барча кўрсаткичлари орасида ЗПЛП даги холестерин миқдорини 2,6 ммоль/л.дан паст даражада ушлаб туриш жуда муҳим ҳисобланади. Бу кўрсаткичга эришиш учун тўйинган ёғлар чегараланган (барча қўлланиладиган овқат ёғларининг 1/3 қисми) гипохолестеринли парҳез (қунига 200 мг.дан кам холестерин) буюрилади. Парҳез билан даволаш натижа бермаганда статинлардан фойдаланилади. Статинлар билан даволаш нафақат иккиламчи, балки ЮИК ва макроангиопатиялар ривожланишининг бирламчи профилактикаси сифатида ҳам мақсадга мувофиқдир.
- **Триглицеридлар.** Углевод алмашинувининг компенсацияси кўп ҳолларда қондаги триглицеридлар кўрсаткичининг нормаллашувига олиб келмайди. Беморда гипертриглицеридемия яқка ҳолда учраса фибрат кислота унумлари (фибратлар) танлов препаратлари сифатида фойдаланилади. 2-тип ҚДда триглицеридларни 1,7 ммоль/л.дан паст кўрсаткичида ушлаш лозим. Дислипидемиянинг аралаш турларида статинлар қўлланилади.
- **Нефропатиялар.** Невропатиялар 2-тип ҚДнинг энг кўп учрайдиган асорати ҳисобланади. Қасаллик бошланиш даврида 25 – 30% беморларда микроальбуминурия кузатилади. Невропатияларни даволашни микроальбуминурия босқичида бошлаш зарур. АПФ ингибиторлари самарали дори воситалари ҳисобланади. Бошқа ДВ билан биргалиқда АПФ ингибиторларидан фойдаланиш АБ ни нормага келтириш билан бир қаторда нефропатияни авж олишини ҳам сусайтиради. Протеинурия пайдо бўлганда АБ меъёрий кўрсаткичларини 120/75 мм.сим.уст. ушлаб туриш лозим.
- **Полиневропатиялар.** Невропатия оёқларда ярали нуқсонлар шаклланишининг асосий сабабларидан бири ҳисобланади (диабетик оёқ товон синдроми). Периферик невропатия диагнози вибрацион ва тактил сезувчанликни текширишга асосланиб қўйилади. Периферик невропатиянинг оғриқли турларини даволашда трициклик антидепрессантлардан карбамазепин қўлланилади.
- **Автоном невропатиялар.** Даволашнинг мақсади ортостатик гипотензия, гастропарез, энтеропатиялар, эректил дисфункция ва сийдик пуфагидаги нейроген аломатларни йўқотишдан иборат.
- **Ретинопатия.** Янги аниқланган 2-тип ҚДли беморларнинг тахминан 1/3 да ретинопатия учрайди. Диабетик ретинопатиянинг патогенетик давоси йўқ. Проллифератив диабетик ретинопатия ривожланишини камайтириш учун лазерли фотокоагуляциядан фойдаланилади.
- **Катаракта.** 2-тип ҚД катарактанинг тез ривожланиши билан боғлиқ бўлиб, унинг компенсация даврида бўлиши кўз гавҳари хиралашиш жараёнини ривожланишини камайтиради.

МУТАХАССИС МАСЛАҲАТИГА КЎРСАТМАЛАР

Мутахассис маслаҳатиغا кўрсатма бўлиб 2-тип ҚДнинг доимий декомпенсация даврида бўлиши, тез-тез учрайдиган гипогликемик ҳолат, режалаштирилаётган

ҳомиладорлик ҳамда касалликнинг кеч асоратларининг пайдо бўлиши ҳисобланади.

БЕМОРНИ ЎРГАТИШ

Ҳар қандай сурункали касалликка чалинганда бемор нима билан касалланганлигини, унга нима ҳавф солиши, ногирон бўлиб қолганда ва шошилиш ҳолларда нима қилиш кераклигини билиши керак. Шунингдек, у даволаш тактикаси ва уни назорат қилиш йўлларида хабардор бўлиши лозим. Агар техник имкониятлар мавжуд бўлса, касаллик кечишини лаборатор ҳамда физикал назорат қилиш йўллари ҳамда кетма-кетлигини билиши зарур. Қандли диабет билан касалланган беморларни ўргатиш дастурига касалликнинг умумий масалалари, ўз-ўзини назорат қилиш, овқатланиш, дорилар билан даволаниш ва хасталик асоратларини олдини олиш бўйича муаммолар қамраб олиниши мақсадга мувофиқдир. Буларни амалга оширишда беморнинг энг яқин кўмакдоши умумий амалиёт врачлари ҳисобланади.

КЕЙИНГИ ОЛИБ БОРИШ

2-тип ҚД чалинган асоратлари бўлмаган беморларни кузатиш

- Гликемия кўрсаткичини назорат қилиш – касалликнинг бошланишида ва декомпенсацияси даврида ҳар куни.
- Гликозланган НbА_{1с} – 3 ойда 1 марта.
- Қоннинг биокимёвий таҳлили (умумий оқ, холестерин триглицеридлар, билирубин, аминотрансфераза мочевина, креатинин, калий, натрий, кальций) – йилига 1 марта.
- Қон ва пешобнинг умумий таҳлили – йилига бир марта.
- Микроальбуминурияни аниқлаш – ҚД диагнози қўйилгандан сўнг йилига 2 марта.
- Артериал босим назорати – ҳар гал врач билан учрашганда.
- ЭКГ - йилига 1 марта.
- Кардиолог маслаҳати - йилига 1 марта.
- Оёқлар териси кўриги – врач билан ҳар гал учрашганда.
- Офтальмолог кўриги (ҳар гал қорачиқ кенгайтирилиб бевосита офтальмоскопия) – қандли диабет диагностика қилингандан сўнг йилига 1 марта, кўрсатмалар бўлганда тез-тез.
- Невропатолог маслаҳати - қандли диабет аниқлангандан сўнг йилига 1 марта.

2-тип ҚД декомпенсация даврига ўтиш сабаблари

- Гликемияни етарли даража назорат қилмаслик, беморга зарур ахборотларнинг берилмаганлиги ва унинг тажрибасизлиги.
- Овқатланиш, жисмоний фаоллик, дори воситаларини қабул қилиш тартибининг бузилиши.
- Даволаш дастурининг тез - тез ўзгариши.
- Бетартиб ва кўп жисмоний зўриқиш.
- Эндокрин бузилишлар (масалан гипотиреоз).
- Сурункали касалликлар, инфекциялар билан бирга кузатиладиган декомпенсация.

- Сенил (қариликдаги) ўзгаришлар.

ПРОГНОЗИ

- Қондаги глюкоза даражасини нормал ҳолда ушлаб туриш асоратлар ривожланишини секинлаштиради ва унинг олдини олади.
- Одатда асоратлар касаллик бошлангандан кейин 10-15 йил ўтгач пайдо бўлади. Бемор ҳаёт сифатини яхшилаш, асоратлар пайдо бўлиш муддатини орқага суриш кўп ҳолларда умумий амалиёт врачлари фаолияти билан узвий боғлиқдир. Чунки юқорида кўрсатилган тадбирларни эндокринолог фақат беморни доимо назорат қилаётган умумий амалиёт врачлари билан ҳамкорликда амалга ошириши мумкин.

ҚАНДСИЗ ДИАБЕТ

Қандсиз диабет – АДГ гормони секрециясининг пасайиши туфайли бемор организмда сув ва туз алмашинувининг бузилиши натижасида пайдо бўлади. Бу ҳолат “асл” қандсиз диабет (АҚД) дейилади. Буйрак тўқималарининг АДГга сезувчанлиги пасайиши натижасида эса нефроген қандсиз диабет (НҚД) келиб чиқади. Ҳар иккала ҳолат ҳам беморда бир қатор клиник белгилар, жумладан, солиштирма оғирлиги паст ($<1,005$) бўлган катта миқдордаги пешоб ажралиши ва қон плазмаси гиперосмолярлиги натижасида кузатиладиган кучли чанқаш билан кечади.

Статистик маълумотлар НҚД – кўпроқ кичик ёшдаги ўғил болаларда учрайди.

ЭТИОЛОГИЯСИ

- Қандсиз диабет ✦ Идиопатик АҚД 50% ҳолларда ✦ Гипоталамо-гипофизар соҳасининг зарарланиши бош миёна жароҳатлари, бош миёна ўсмалари, нейрохирургик операциялар натижасида пайдо бўлади ✦ Камдан – кам ҳолларда идиопатик АҚДнинг сабаби саркоидоз, захм, Хенд-Шюллер-Крисчен касаллиги, энцефалит ва метастазлар (кўпинча ўпка ва сут бези ўсмаларида) бўлиши мумкин.
- НҚД ✦ Буйрақларнинг туғма ёки орттирилган касалликлари, масалан амилоидоз натижасида кузатилади ✦ Гиперкальциемия буйрак каналчалари эпителийсини жароҳатланиши ва рецепторларнинг АДГга сезувчанлигининг сусайишига олиб келади ✦ Гипокалиемия ўз ўрнида каналчаларда жойлашган рецепторларнинг АДГга сезувчанлигини камайтиради ✦ Литий препаратлари АДГ таъсирида буйрак йиғувчи найчаларида ҳо бўлган осмотик суяқлик окимини тўсиб қўяди ✦ Сийдик йўлининг обструкцияси (тутилиб қолиши).

Генетик жиҳатлари. Бу касалликнинг бир неча ирсий турлари бор.

- Нейрогипофизар қандсиз диабет. **Клиникаси:** гипертелоризм, бурун калта ва кенг, юқори лаб тарновчаси узун бўлади. **Лаборатор кўрсаткичлар:** қонда АДГ, қисман окситоцин ва уни боғловчи оқнинг етишмовчилиги кузатилади.
- Гипофизар қандсиз диабет. **Клиник-лаборатор кўрсаткичлари:** гидронефроз, алкалоз, гипокалиемия, полиурия ва полидипсия кўринишида бўлади.

- НКД. **Клиникаси:** полидипсия, полиурия, никтурия, сийдик пуфаги, сийдик йўли, буйрак жомлари дилатацияси, гипертоник энцефалопатиялар ва кома кузатилади. **Лаборатор ўзгаришлар:** гипостенурия, гипернатриемия, плазма гиперосмолярлиги.
- 1-типдаги НКД касаллигида буйрак каналчаларида АДГга сезувчанлик йўқолади. Натижада беморда гипокалиемия, полиурия ва полидипсия кузатилади.
- 2-типдаги НКДда - АДГ миқдорида цАМФ секрецияси ошиши, йиғувчи найларда аквапарин-2 нуксони пайдо бўлиши мумкин.
- Бу тип ақли заиф кишиларда кузатилади.

Клиник манзараси • Беморда кўп пешоб ажралиши (кунига 3-15 л.гача)-полиурия • Никтурия • Чанқаш натижасида жуда кўп миқдорда суюқлик истеъмол қилиш • Дегидротация белгилари (тери қопламларининг қуруқлиги, тахикардия, артериал гипотензия, кўнгил айнаши ва қайт қилиш, талваса) • Рухий бузилишлар (уйқусизлик, ақлий қобилиятнинг сусайиши, ҳис-туйғунинг баробар эмаслиги) кузатилади.

ЛАБОРАТОР ДИАГНОСТИКАСИ

- Қон плазмаси осмолярлигини ўлчаш натижасида полиуриянинг сабабини аниқлаш мумкин ✦ НКДда беморнинг суюқлик йўқотиши бирламчи деб ҳисоблашади. Плазма осмолярлиги ошишга мойил бўлади ✦ Психоген полидипсияда кўп миқдорда суюқлик ичиш бирламчи бўлиб, қон плазмаси осмолярлигининг пасайиши (255-280 м.осм/кг.) кузатилади.
- Сийдик таркиби ва осмолярлигига баҳо бериш ✦ Сийдик осмолярлиги 200 м.осм/кг.дан паст бўлганда текширилувчидан НКД ёки психоген полидипсия, 200 м.осм/кг.дан юқори бўлганда осмотик диурез тахмин қилинади ✦ Сийдик осмолярлиги ўлчангач унинг таркибидаги натрий, глюкоза ва мочевина миқдори текширилади.
- Бир соат мобайнида сийдик осмолярлиги <30 м.осм/кг.га ошса ва 3 соат давомида ўзгармай турса, беморга дегидратацияли тест буюрилади. Сийдик осмолярлиги ўзгармай турган ҳолларда қон плазмаси осмолярлиги ўлчанади, сўнгра бемор териси орасига 5ТБ АДГ ёки 2 мкг. десмопрессин юборилади. Бир соатдан сўнг сийдик осмолярлиги ўлчанади ✦ Беморда кечаётган сувсизланиш ҳолати натижасида нормадаги сийдик осмолярлиги (280 м.осм/кг.дан кўпга) ошади. АДГ юборилганда эса сийдик осмолярлигининг ошиши тўхтади ✦ Марказлашган АҚДда осмолярлик ошиши АДГ иккинчи марта бемор териси орасига юборилганда кузатилади ✦ Қисман марказлашган АҚДда сийдик осмолярлигининг ошиши ҳар иккала ҳолда ҳам кузатилади ✦ НКДда эса сийдик осмолярлиги барча ҳолларда ҳам ошмайди.
- Суюқлик юкламаси ўтказиб (20 мл/кг. 30-60 минут давомида) в/и гипертоник эритма (NaCl 2,5% - 0,25 мл/кг/мин. 45 минут давомида юборилганда) соғлом ва психоген полидипсияда АДГ ажралиши кучайиши натижасида сийдик ажралиши кескин камаяди. АҚД ва НКДга чалинган беморларда бундай ҳолатлар кузатилмайди.

- АДГнинг қон плазмасидаги микдорини ўлчаш: НКДа АДГнинг қон плазмасидаги микдори меёра бўлади. Психоген полидипсияли АКДа қон плазмасида АДГ микдори камайди.
- Текшириш натижаларига таъсир қилувчи моддалар – литий препаратлари.
- Гипокалиемия ва гиперкалиемия буйракларнинг сийдик йиғиш қобилятига таъсир кўрсатади.

Дифференциал диагностика • Психоген полидипсия полиурияга ва сийдикнинг суюлиб кетишига олиб келувчи рухий бузилишдир. Бу ҳолат кўпроқ ўрта ва ёш анамнезида қандли диабет ва сурункали буйрак етишмовчилиги бор руҳан носоғлом жувонларда учрайди • ҚД • СБЕ ва унинг полиурия босқичида.

Даволаш • Парҳез. Бемор овқатида оқ углеводлар чегараланади ва ёғлар етарли микдорда, ош тузини эса кунда 5-6 г.гача чеклаш керак (туз бемор кўлига берилади). Кундалик овқатланишда мева, сабзавотлар, сут ва сут маҳсулотлари бўлиши лозим; Чанқовни босиш учун мева шарбати буюрилади • Десмопрессин таблетка шаклида • Хлорпропамид кунига 250-500 мг.дан. У қисман АДГ ишлаб чиқарадиган беморларда яхши натижа беради • Тиазидли диуретиклар АКД ли беморларда сийдик ажралишини камайтиради ✦ НКДни даволашда улар танлов препаратлари сифатида ишлатилали, чунки таъсири дистал каналчаларининг АДГга бўлган реакциясига боғлиқ эмас ✦ Диуретик таъсири туфайли суюқлик ҳажмининг қисқариши проксимал каналчалардаги натрий ва сув реабсорбциясини кучайтириб, дистал каналчаларда ва йиғадиган найчаларда реабсорбция бузилишлари самарасини ҳамда сийдик ҳажмини 30 – 50 % га камайтиради.

Қисқартмалар • АКД – қандсиз диабет • НКД – нефроген қандсиз диабет.

ХКК-10 • **E23.2** Қандсиз диабет • **N25.1** Нефроген қандсиз диабет.

РУҲИЙ БУЗИЛИШЛАР

ХАВОТИРЛИ БУЗИЛИШ

Хавотирли бузилишлар – невротик бузилишларнинг бир гуруҳи бўлиб, клиник манзарасида асосан иррационал ва асоссиз хавотирли ҳолатлар намоён бўлади. Бу ҳолатлар турли соматик белгилар, ижтимоий меҳнат мослашувининг бузилиши билан ўтади. Беморлар ўз кечинмаларини нотўғри ва асоссиз эканини тушунишади (бу нарса болаларга хос эмас). Бу бузилишлар психоактив модданинг таъсири, соматик ёки асаб касаллигига боғлиқ эмас. **Учраши** – аҳолининг 5,5%, шулардан 12% умумий амалиёт шифокорлари томонидан кузатилади.

Хавфли омиллар: • Ижтимоий ва молиявий муаммолар • Соматик ва асаб касалликлари • Оила анамнезида хавотирли бузилишларнинг мавжудлиги

- Шахснинг характеристикаси сифатида хавотирли бузилиш SLC6A4 генининг мутацияси натижаси бўлиши мумкин (серотониннинг ташувчиси, 17q11.1 – q12, 182138,R)

КЛАССИФИКАЦИЯСИ.

- **Тарқалган хавотирли бузилиш** бунда хавотирланиш белгилари доим мавжуд бўлиб, уларнинг сезилиши вазиятга қараб ўзгариб туради.
- **Фобик бузилиш** – хавотирнинг пайдо бўлиши маълум бир буюмлар ва вазиятлар билан боғлиқ. Бундай «буюмли хавотир» психиатрияда кўрқув (фобия) деб таърифланади.
- **Ваҳимали бузилиш** – хавотир белгилари баъзан пайдо бўлади, ammo улар маълум бир буюмлар ва вазиятлар билан боғлиқ эмас.

Текшириш усуллари • Лаборатор текширишлар (қоннинг умумий таҳлили, сийдикнинг умумий таҳлили, қоннинг биохимик таҳлили, қалқонсимон без фаолиятини текшируви) ва хавотирланишнинг органик сабабларини истисно қилиш учун махсус текширувлар (ЭЭГ, ЭКГ, МРТ/КТ) ўтказилади.

- Психологик тест ўтказиш (Роршах тести, мавзули апперцептив тест, одамни тасвирлаш тести, ММРІ).

Дифференциал диагностикаси • Депрессив бузилишлар • Шизофрения

- Биполяр бузилиш • Шахсият бузилишлари • Мослашувнинг хавотирли бузилишлари • Хавотирланиш ҳолатлари билан кечадиган соматик ва асаб касалликлари (стенокардия/миокард инфаркти, митрал клапаннинг пролапси, гипервентиляция синдроми, гипогликемия, гипертиреоз, карциноид синдроми)
- Психоактив моддалар қабул қилиш билан боғлиқ бузилишлар.

Даволаш • Психотерапия (индивидуал, хулқий, когнитив ва гуруҳий)

- Психоанализ • Хавотирли бузилишларни турига қараб дорилар билан даволаш.

Кечиши ва прогнози. 50% беморлар тузалиб кетади. 20 – 30% касалларда депрессив бузилишлар ривожланади. Тўғри даволанса прогнози яхши.

ХКК-10 • **F06.4** Органик хавотирли бузилиш • **F40** Фобияли хавотирли бузилишлар • **F41** Бошқа хавотирли бузилишлар • **F60.6** Шахснинг хавотирли бузилиши • **F 93.0** Болаларда айриликлар туфайли келиб чиқадиган хавотирли бузилишлар • **F 93.1** Ёшлиқдаги фобияли хавотирли бузилишлар.

ШАХСНИНГ БУЗИЛИШЛАРИ

Шахснинг бузилиши – руҳий фаолиятни ҳар хил соҳаларининг узоқ муддатли ва турғун бузилишларидир. Улар маҳсулли психик белгилардан маҳрум бўлиб беморнинг ўзи ёки жамият жабр кўрадиган хулқ-атвор орқали намоён бўлади. Бузилишлар одатда болалиқда ёки ўсмирликда намоён бўлади ва умр бўйи давом этади. Чет эл психиатриясида ХХ асрнинг 70 – йилларидан бошлаб клиник диагноз эмас, балки субъектнинг жамиятдан ташқарида эканлигига синоним бўлган «психопатия» ибораси «шахснинг бузилиши» ибораси билан алмаштирилган.

«Шахснинг бузилиши» диагнозини қўйиш учун хулқ-атвордаги худди шундай ўзгаришларни келтириб чиқариши мумкин бўлган бош миянинг органик зарарланишини иситисно қилиш керак. Марказий асаб тизими фаолиятининг бузилишини келтириб чиқарадиган соматик ва/ёки асаб касаллиги аниқланган ҳолларда (масалан, бош миянинг ўсмаси) «шахснинг органик бузилиши» диагнози қўйилади.

XX асрнинг 30 йилларидан бошлаб ҳозирги кунга қадар П.Б.Ганнушкиннинг (1933) шахс бузилишлари ҳақидаги таълимоти энг кўп тан олинган. Бу таълимотга асосан қуйидаги қоидалардан фойдаланилади • Бузилишлар шунчалик сезиларлики, шахснинг жамиятда мослаша олишига ҳалақит беради • Бузилишлар умумийдир, яъни шахснинг характерида баъзи алоҳида носоғлом хусусиятлар мавжуд эмас, балки шахснинг характери бутунлайин шундай патологик хусусиятлардан иборат. • Бузилишлар беморнинг бутун умри давомида турғун, барқарор бўлиб қолади ва деярли камаймайди.

Учраши – аҳолининг 6-9% да.

КЛАССИФИКАЦИЯСИ ВА КЛИНИК МАНЗАРАСИ

Шахс бузилишларининг классификацияси шартлидир, чунки бир неча хил бузилишларга хос бўлган белгиларни ўзида мужассамлаган аралаш тури энг кўп учрайди.

- Шахснинг параноид бузилиши (параноял психопатия) ✦ Беморлар атрофдагилар улардан фойдаланишини, уларни алдашини ёки уларга зиён етказаётганлигини асоссиз равишда гумон қилишади. Улар атрофдагиларга ёмонлик иташади, арзимаган ҳурматсизлик ёки ранжитишни кечира олишмайди, турмуш ўртоғининг содиқлигидан шубҳаланишини асоссиз равишда айтиб юришади. Бундай беморлар ҳар қандай вазиятларда ҳам ўзларини ҳақ деб билишади ✦ Параноид бузилишга чалинган шахслар ҳиссиз, қалб ҳароратидан маҳрум одамларга ўхшашади. Уларга фақат куч ва мансаб таъсир қилади, фақат шундагина улар одамларга эътибор беришади. Узлари кучсиз, заиф, касалманд деб билган одамлардан эса улар нафратланишади ✦ Декомпенсация ҳолатларида юзага келадиган можаролар туфайли «хафа қилганларни» мунтазам таъқиб қилиш бошланади, давлат, жамоат ва суд идораларига тинимсиз шикоятлар ёзилади, уларни обрусизлантирувчи аноним хатлар тарқатилади. Бу шикоятлар ва хатларда рақибларнинг арзимаган хатоликлари атайлаб ва жинояткорона мақсадларда қилинганлиги таърифланади. Таъқиб қилинаётганлар сони можароларни кўриб чиқиш пайтида беморнинг фикрига кўра етарли даражада принципиал ва беғараз бўлмаган кишилар ҳисобига тобора кўпайиб бораверади. Бундай ҳолларда алаҳсираш, шу жумладан рашкий алаҳсираш ривожланади. Алаҳсирашга чалинган беморлар хавфлидир, чунки улар ўз «душманларига» ёки турмуш ўртоғларига қарши агрессив ҳаракатларга мойилдир.
- Шахснинг шизоид бузилиши (шизоид психопатия) ✦ Бундай беморларга атрофдагилар билан мулоқот қилиш истагининг йўқлиги, улар бундай мулоқотлардан баҳра олмасликлари хосдир. Болаликда улар ёлғиз ўзлари тинч ўйинларни ўйнашни, одатда уйнинг ичида, хуш кўришади, ўз ҳис-туйғуларини ота - оналарига айтишмайди, тенгқурлари билан тил топа олишмайди ✦ Шизоид шахслар ўзларини совуқ ва бегона тутишади, кундалик ҳаётда иштирок этишмайди, кам мулоқотда бўлишади, модага эътибор беришмайди. Уларда бошқа одамлар билан ҳиссий муносабатларда бўлиш эҳтиёжи йўқ ёки кам ривожланган. Уларнинг яқин дўстлари йўқ, лекин бир пайтнинг ўзида бирор ҳайвонга қаттиқ боғланиб қолган бузилишлари мумкин ✦ Беморлар

мусобақалашишини талаб этмайдиган, индивидуал фаолият курсатишга ҳаракат қилишади. Бирор бир абстракт фанларни, масалан математика, фалсафа, астрономияларни ўрганиш учун жуда кўп куч ва вақтларини сарфлашлари мумкин. ✦ Сексуал муносабатларга бўлган қизиқиш жуда суст ёки бутунлай йўқ. Эркаклар одатда уйланишмайди, чунки кўпинча улар жинсий алоқаларда бўла олишмайди; хотинлар баъзан агрессив эркакка пассив бўйсунган ҳолда, агар у шуни хоҳласа, эрга тегишга рози бўлишади. ✦ Беморлар мақтов ёки танқидга бефарқлар. Фараз қилинаётган ёки ҳақиқий кўрқитишларнинг кўпига улар қудратлилик ҳақидаги хомхаёллар ва реал ҳаётдан узоқлашиш билан жавоб беришади. ✦ Бундай беморлар атроф дунёдан ижтимоий узоқлашганлиги билан фикрлай ва ривожлана олишади. Баъзан улар ростдан ҳам ўхшаши йўқ ижодий ғояларни ўртага ташлашади.

- Шахснинг диссоциал (акижтимоий) бузилиши ✦ Беморлар ёлғонга, импульсив қилиқларга мойил бўлишади, улар бирор нимани режалаштира олишмайди. Беморларда кўпинча серзарда ва агрессив бўлишади. Уларга ўз хавфсизлиги ва атрофдагиларнинг хавфсизлигини инкор этиш, ўз вазифаларига маъсулиятсизлик билан қараш, бефарқлик хосдир. ✦ Ёлғон гапириш, сабабсиз ўқишга келмаслик, уйдан қочиб кетиш, ўғирлик, муштлашишлар, наркотик моддаларни истеъмол қилиш ва қонунбузарлик – касалликнинг болалик чоғиданоқ бошланадиган типик кўринишларидир. Ак ижтимоий шахсларда депрессия ёки хавотирланиш бўлмайди. Улар тушиб қоладиган вазиятларни ҳисобга олса, бу ажабланарли. Бўлиб ўтаётган воқеаларни уларни ўзларининг тушунтиришлари эса мутлақо ақлга сиғмайди.
 - ✦ Улар бошқаларни ўйнатишни яхши кўришади ва кўпинча бошқа одамларни осонгина пул топиш ёки шон – шуҳрат орттириш бўйича тузилган режаларига жалб қилишади. Бундай ҳаракатлар алал - оқибат молиявий парокандаликка олиб келади. Бундай беморларнинг ўзига хос бир томони бор – улар қилган ишларидан ҳеч қачон пушаймон бўлишмайди.
- Шахснинг ҳиссий – беқарор бузилиши (кўзғалувчан психопатия). Ўз манфаатларига тўғри келмайдиган вазиятларда бундай беморлар серзардалик, норозилик ва жаҳл билан реакция қилишади. Уларнинг ҳиссияти учун аҳамиятсиз вазиятларда эса реакциялари вазиятга монанд. Жаҳли чиққан пайтларда бундай беморлар куч ишлатишлари ҳам мумкин, айниқса уларнинг хоҳиш - истаклари атрофдагилар томонидан қўллаб – қувватланмай танқид қилинса. Ўз яқинлари билан бўладиган можаролар тез – тез аутоагрессияни келтириб чиқаради, беморлар ўзини ўлдириш ва ўзини шикастлаш ҳоллари шу жумладандир ✦ Беморлар иложи борича ёлғизликдан қочишга ҳаракат қилишади. Уларнинг одамлар билан муносабатлари беқарор – бир кишининг ўзига ўта салбий баҳо беришдан тортиб ўта идеаллаштиришгача ўзгариб туришади. ✦ Беморларга ўз – ўзини англаш ҳиссининг бузилганлиги (қаттиқ сезиладиган ва узоқ вақт сақланиб турадиган ўзи ҳақидаги фикрларнинг беқарорлиги) ва ўзининг хулқ – атворига ҳамда у ёки бу ҳодисага қилаётган реакциясига монанд баҳо бера олмаслик хосдир. Улар ўзларининг бундай тутишларини оқлаш учун турли баҳона ва шароитларни топишга ҳаракат

қилишади ✦ Беморлар импульсив, етарли даражада мантиқан баҳо бермасдан, оқибатини инобатга олмасдан қилинадиган, потенциал хавф-хатар билан боғлиқ ҳаракатларга мойил (пулларни совуриб юбориш, жинсий алоқалардаги ўта тартибсизлик, йўл ҳаракати қоидаларини писанд қилмаслик) ✦ Уларнинг кайфияти инжиқ ва олдиндан айтиб бўлмайдиган (дисфориялар, серзардалик, хавотирланиш) ✦ ХКК-10да бузилишларнинг икки турини ажратишади: импульсив тури – у асосан эмоционал беқарорлик ва эмоионал назоратнинг етишмаслиги билан характерланади, ва чегара тури – буниси учун аввлгиларига кўшимча равишда ўз-ўзини, олдидаги мақсадларини ва ички интилишларини англашнинг бузилиши, сурункали бўшлиқ ҳисси, бошқа инсонлар билан таранг ва беқарор муносабатлар ҳамда ўзини шикастлашга, жумладан ўзини ўлдиришга бўлган ҳаракатлар хос.

- Шахснинг гистрионик бузилиши (жазавали психопатия) ✦ Бемор бошқаларнинг диққат объекти бўлмаган вазиятларда ўзини ноқулай сезади.

Улар ўзларига нисбатан бошқаларда ҳамдардлик, қойил қолиш, ҳайрон қолиш туйғуларини уйғотишга ҳаракат қилишади. Бу нарсага ўта ноодатий ташқи кўриниш, мақтанчоқлик, ёлғончилик, хаёлпарастлик, ташқи кўриниш ва хулқ-атворидаги ўринсиз жинсий жозибадорлик орқали эришилади ✦ Бундай меморлар ҳаракат ва гапларида изчил эмас, ўта инжиқдир. Уларнинг ҳиссий реакциялари лабил, юзаки ва намоишкоронадир; кайфиятлари ўта ўзгарувчан. Уларга бирор нарсани уқтириш осон, бирор кимса ёки шароитнинг таъсирига осонгина тушиб қолишади ✦ Беморлар ўзларига ўта паст баҳо беришлари туфайли ўз хулқларига объектив баҳо бера олишмайди: улар ўзларини яқинлари ва дўстлари учун қурбон қилишга тайёрман деб билишади ва амалда бу одамларга нисбатан ўта худбинларча муносабатда эканликларини сезишмайди ✦ Бирортада яхши таасурот қолдиришга интилган пайтларида ёқимтой ва танноз бўла оладиган бу кишилар ўз яқинлари ва оила аъзоларига нисбатан қурс ва хатто шафқатсиз муносабатда бўлишади ✦ Ўзларининг заифлиги ва ёрдамга муҳтожликлари орқали ўзгалар диққатини жалб қилишга интилгани учун бундай беморлар даволаш муассасаларининг доимий мижозларига айланишади ва доим ўзларининг чидаб бўлмайдиган даражадаги руҳий ва жисмоний изтиробларидан арз қилишади ✦ Бу касалликка чалинган эркаклар орасида псевдологлар (патологик ёлғончилар) кўп учрайди. Уларга хос бўлган нарсалар: хаёлпарастликка мойиллик, амалдагидан кўра муҳим одам эканликларини кўрсатиш учун қахрамони ўзлари бўлган ғайриоддий воқеалар ва машҳур одамлар билан танишлиги ҳақида ҳикоялар. Уларнинг орасида майда фирибгарлар, қалбаки экстрасенслар ва никоҳ товламачилари учраб туради.

- Шахснинг ананкаст бузилиши (ананкаст психопатия, шахснинг обсессив-компульсив бузилиши) ✦ Бундай психастеник шахснинг замири – хавотирлик ва ўзига ишончи комил эмаслигидир. Бундай одамлар ёшлигиданоқ уятчан, таъсирчан ва доим бирор нарсани нотўғри қилиб қўйишдан кўрқадиган бўлишади ✦ Беморлар ўз фаолиятларини режалаштириш ва ташкиллаштиришга бутунлай киришиб кетишганидан ишнинг асосий мақсадига ета олишмайди. Бундайлар такомиллаштиришга интилганларидан топшириқни бажаришга

халақит қилишади. Улар ўзларининг иши ва натижага эришиш билан шунчалик бандки, бошқа одамлар билан муносабатлар улар учун катта қийинчиликка айланади.

- ✦ Бундай беморлар беморлар ҳеч нарсани қўққисдан, ҳиссиётга берилган ҳолда қилишмайди. Бирор нарса қилишдан олдин улар ўз қадамларини жуда узок баҳолашади, шу нарса мақсадга мувофиқ эканлигига кўп иккиланишади.
- ✦ Уларга ўта виждонлилик, синчковлик ва одоб, ахлоқ масалаларида мослашувчанликнинг йўқлиги хосдир ✦ Беморлар эскирган, кераксиз нарсаларни, ҳатто бу нарсалар ҳаяжонга солувчи хотиралар билан боғлиқ бўлмаса ҳам, ташлаб юбора олишмайди ✦ Улар масъулиятни ёки ишни бирорта билан баҳам кўришмайди, бошқалар ишни худди ўзлари талаб қилгандек бажариши ҳоллари бундан мустасно.
- Шахснинг хавотирли (ўзни олиб қочувчи) бузилиши (тормозланувчи турдаги психопатия) ✦ Бундай одамлар кундалик ҳаётда жуда тортинчоқ бўлишади. Бу бузилишнинг асосий клиник хусусияти – атрофдагилар томонидан бўладиган танқид, маъқулламаслик ва норозиликка ўта таъсирчанликдир. Бунинг оқибатида беморлар одамлар билан мулоқот қилишдан ўзни олиб қочадилар. Улар жинсий муносабатларда ҳам шериги томонидан таъна ёки мазах қилиниши мумкинлигини ўйлаб ўзларини жуда сипо тутишади ✦ Беморлар жамоат олдида гапиришдан ёки бирор илтимос билан бошқаларга мурожаат қилишдан қўрқишади. Улар одамларнинг гапларини баъзан ўзларини таҳқирловчи ва мазах қилувчи деб нотўғри талқин қилишади. Бирор илтимосларига рад жавобини олсалар бундайлар ўзларини ҳақоратланган деб билишади ва ўз қобиғига кириб олишади
 - ✦ Ўз касблари соҳасида бундай беморлар маъсулиятни зиммаларига олишдан қочишади ёки қийин аҳволга тушиб қолишдан қўрқиб янги фаолият турларида қатнашишмайди ва бунинг натижасида каттароқ муваффақиятга эриша олишмайди ва ҳамкасблари орасида обрў орттиришмайди. Аксинча ишда ўзларини ўта уятчан тутиб ҳамманинг раъйига қараб юришади ✦ Ижтимоий қўллаб-қувватлаш бўлмаганда бундай беморлар хавотирли – депрессив ҳолатга тушиб қолишлари мумкин.
- Бировга боғлиқлилик туридаги шахс бузилиши. ✦ Бундай бузилишнинг асосий кўриниши – ўзига ишонмаслик, ўзига ўзи жуда паст баҳо бериш. Беморлар маъсулиятдан қочишади, етакчи вазифаларини бажариш кераклиги уларни каттиқ хавотирлантиради. Атрофдагилар билан бўлган муносабатларда бу тоифадагилар фақат иккинчи даражали, бўйсўнадиган ролларда бўлишади, жамиятдагилар қабул қилишлари учун ўзларини ерга уришади. Купинча атрофдагилар бундайларни ўз манфаатлари йўлида ашаддий эксплуатация қилишади. Етакчи шахс билан муносабати бузилиб қолса бемор депрессив ҳолатга тушиши мумкин ✦ Улар узлар учун бирор ишни қилишда қийналсалар ҳам худди шу ишни бошқа бирор одам учун осонгина бажара олишади. Беморлар кундалик ҳаётда бировнинг ёрдами ёки маслаҳатсиз қарор қабул қила олишмайди. Уларга ёлғизликдан қўрқиш ҳисси хосдир. Беморлар атрофдагилар томонидан ғамхўрлик ва қўллаб-қувватлашга муҳтожлар ва

бунинг учун ҳатто ёқимсиз бўлган ишларни ҳам ихтиёрий равишда бажаришга тайёр бўлишади. Бундай беморлар узок вақт турмуш ўртоғининг камситишлари, вафосизлиги ёки ичкиликбозлигига чидаб юриши мумкин. Яқин муносабатларини йўқотиб қўйса бундай кишилар ғамхўрлик ва қўллаб-қувватлаш манбаи сифатида бошқа одам билан қалин муносабатда бўлишга интилишади.

- Шахснинг нарциссик бузилиши. Беморлар ўзларининг истеъдод ва ютуқларини кўпиртиришга мойил бўлишади. Уларга мисли кўрилмаган ютуқлар, чекланмаган ҳокимият ёки идеал севги ҳақидаги хомхаёлларга чўмиб юриш хосдир. Беморлар ўзларининг беназирликларига ва юқори мартабали одамлар (ёки энг юқори ташкилотлар) билан боғлиқ бўлиш имкониятларига қаттиқ ишонишади. Атрофдагилар улардан лол қолиши, уларга жуда яхши муносабатда бўлиши ёки айтганларини сўзсиз бажариши керак деб асоссиз равишда кутишади. Бундай беморлар тез – тез атрофидаги одамлардан ўз мақсадларига эришиш учун фойдаланишади. Нарциссик бузилишга чалинган инсонлар бировга ҳамдард бўла олишмайди; бошқаларга ҳасад қилиш ва бошқаларнинг ҳам уларга ҳасад қилаётганликларига ишониш бундай беморларга хос.
- Шахснинг пассив-агрессив бузилиши ✦ Бундай бузилишга чалинган беморларнинг асосий хусусияти – ўзларини бошқарилишларига доимий равишда пассив қаршилик кўрсатишдир. Улар ўзларини ҳимоя қила олишмайди, ўзларининг эҳтиёжлари ва истаклари ҳақида тўғридан-тўғри айтишмайди. Шу билан бирга улар доим кимдандир ёки нимадандир норози ва ҳафсаласи пир бўлган ҳолда бўлишади. Бемор ўзи бўйсўнадиган авторитар шахсдан доимий равишда қандайдир камчиликлар излайди, лекин айна пайтда ўзининг боғлиқлик ҳолатини ўзгартириш учун ҳеч қандай ҳаракат қилмайди. Пассив-агрессив шахслар ўзларидан кўра омадлироқ кишиларга ҳасад ва ғазаб кўзи билан қарашади. Бундай беморлар атрофдагилар ўйлаганидан кўра анча яхшироқ ишляпман деб ўйлашади. ✦ Мабодо меҳнат фаолиятида бирор муваффақиятга эришиб қолгудай бўлса, қаттиқ хавотирлана бошлайди. Бемор билан яқин муносабатда бўлган кишилар камдан – кам ҳолларда тинч ва бахтли бўлишади. Масалан, бундай касаллар ўзлари бирорта ижобий улуш қўшмаган ҳолда турли шикоят ва талаблари билан исталган тадбирни бузиб юборишлари мумкин ✦ Бу тоифадаги одам қандай бўлса ҳамма нарса уни қониқтиришини кўпинча ҳатто айтиб ҳам бера олмайди. Бундай беморлар тез – тез ўзимни ўлдираман деб атрофдагиларни кўрқитишади ҳам, одатда ундай қилишмайди ✦ Бу турдаги шахс бузилишини алкоголизм, депрессия ва соматик касалликлар оғирлаштиради.

ХАРАКТЕРНИНГ АКЦЕНТУАЦИЯЛАНИШЛАРИ

Акцентуациялашган шахслар (К.Леонгард) руҳан соғлом ва шахси бузилган одамлар оралиғидаги жойни эгаллашади. Улар ҳаётга психопатларга нисбатан осонроқ мослашишади ва уларнинг мослашуви турғунроқдир. Лекин уларда ҳам ноқулай шароитларда декомпенсация ҳолатлари пайдо бўлиши мумкин. Ўз хусусиятларига кўра булар оддий одамлардан ажралиб туришади ва бу хусусиятлари (акцент) касалликнинг кўриниши сифатида қаралмайди, гарчи шахс

учун қийин шароитларда адаптация ўпирилиши, шахслараро муносабатлар бузилиши мумкин. Характер акцентуацияланишларининг етакчи белгилари мос психопатияларнинг қайталанган ҳолатларини эслатиши мумкин. Масалан, васваса тури бўйича акцентуацияланган шахслар гистрионик шахс бузилишига чалинган кишиларга ўхшашади: улар намоёйшкорона ҳаракатларга, атрофдагиларнинг назарида ўз шахсларининг аҳамиятини кўрсатишга ва ҳ. мойилдирлар. Лекин бундай белгилар уларда жуда ёрқин эмас ва шахснинг умумий ноуйғунлиги кўзга кўп ташланмайди. Тез – тез акцентуал ҳолатлар ичида характерлар акцентуацияланишларининг ҳар хил турларига хос бўлган белгилар назарга ташланади.

Агар инсонда яхши компенсациялашган ва рўхий травмалар билан боғлиқ нисбатан қисқа даврлардагина ҳулқнинг патологик бузилишларига олиб келувчи алоҳида характериологик четланишлар бўлса шахснинг бузилиши деб диагноз қўйиш ноўриндир. Бундай ҳолларда характер акцентуацияси деб диагноз қўйишади.

Текшириш усуллари • ЭЭГ • МРТ/КТ • Психологик усуллар (ММРІ, тематик апперцептив тест, Роршах тести).

ДИФФЕРЕНЦИАЛ ДИАГНОСТИКАСИ

- **Шахснинг параноидал бузилиши** васвасавий бузилишдан васваса ғояларининг йўқлиги билан фарқ қилади. Бу бузилишни параноидал шизофрениядан галлюцинацияларнинг, ҳиссий – иродавий ва фикрлаш бузилишларнинг йўқлиги билан фарқласа бўлади. Шахсининг чегаравий бузилишлари бўлган беморлар ушбу турдагилардан атрофдагилар билан кучли ҳиссий муносабатлар ўрната олиш қобилияти билан фарқланишади. Шахснинг параноидал бузилиши акижтимоийсидан анамнезида акижтимоий ҳаракатлар йўқлиги билан фарқланади. Буларни шизоид психопатларга ҳиссиётнинг чегараланганлиги ўхшатсада, бошқа туйғулардан устун келувчи гумонсираш ва ишончсизлик ажратиб туради. Параноидал бузилишни гумонсираш туйғуси хос бўлган шизотипик бузилишдан фарқлаш энг қийин. Шизотипик беморлардан фарқли ўлароқ бу турдаги беморларда фикрлашда, сенсорика ва ҳулқда бунчалик ғаройиб ўзгаришлар комплекси йўқ. Буларга мулоқот қилиш кўникмаларидаги бузилишларнинг йўқлиги эмас, балки бундай бузилишларнинг маълум бир томонга йўналтирилганлиги (тентаксимонлик, ғайриодатийлик) хосдир.
- **Шахснинг шизоид бузилиши.** Шизоид бузилишдан фарқли ўлароқ, шизотипик бузилишга чалинган беморларга яққолроқ сезиладиган ҳиссий-иродавий ва фикрлаш бузилишлари, субпсихопатик ҳолатлар ва унчалик муваффақиятли бўлмаган ижтимоий мослашув хосдир. Ҳиссий беқарор ва хавотирли (ўзни олиб қочувчи) турдаги беморлар ҳиссиётларга бойроқ ижтимоий ҳаёт кечиришади, ўзларининг ёлғизликларинидан ўта изтиробланишади, бошқа шахслар билан ўзаро муносабат ўрнатишдан манфаатдорроқ бўлишади ва кўп хаёлпарастликка берилишмайди. Параноидал бузилишга йўлиққан беморлар атрофдагилар билан муқим, ҳиссиётларга бой муносабатлар ўрнатиши мумкин; улар тез – тез проекция куўринишида психологик ҳимояни қўллашади.

- **Шахнинг акижтимоий бузилиши.** Руҳан соғлом жинойтчидан акижтимоий психопат шуниси билан фарқ қиладики, уни хулқининг жинойткороналиги – шахс фаолияти бутунлай бузилганлигининг бир қисми холос. Бемор хулқининг акижтимоийлигини баҳолаётганда у мансуб бўлган қатламдаги ижтимоий нормативларни инобатга олиш муҳимдир.
- **Шахнинг чегаравий бузилиши.** Шизофрения билан дифференциал диагностика унга хос бўлган салбий белгиларнинг узоқ муддатли сезилиш ҳолатлари бор-йўқлиги асосида ўтказилади. Шизотипал шахсларга ғалати хулқ-атвор, узуқ-юлуқ васвасавий ғоялар хос. Паранок шахслар учун кучли шубҳаланиш хусусияти хос. Чегаравий бузилишга чалинган шахслар сурункали равишда бўшлиқ ҳиссини бошдан кечириб юришади. Уларга кўққисдан жонланиб қолиш, қисқа муддатли психотик ҳолатлар, бошқа кишиларни ўз манфаатларида ишлатиш учун ўзини ўлдиришга бўлган ҳаракатлар хос.
- **Шахнинг гистроник бузилиши.** Гистроник ва чегаравий шахслар орасидаги фарқни аниқлаш энг қийиндир. Сўнгги тур учун ўзини ўлдириш, субпсихотик ҳолатлар кўпроқ хосдир. Қисқа муддатли реактив психозлар ва диссоциатив бузилишлар шахснинг васвасавий бузилиши деган диагноз билан ҳам ёнма-ён бўлиши мумкин.
- **Шахнинг нарциссик бузилиши.** Шахнинг чегаравий, васвасавий ва акижтимоий бузилишлари кўпинча нарциссик бузилиш билан бирга учрайди. Нарциссик бузилишга чалинган беморлар чегаравийларига нисбатан камроқ хавотирланишади, уларнинг ҳаётида тартибсизликлар камроқ. Ўзини ўлдиришга бўлган ҳаракатлар нарциссик бузилишли беморлардан кўра чегаравийларига кўпроқ хос. Акижтимоий шахслардан фарқли ўлароқ нарциссик беморлар жуда импульсив эмас, ичкиликбозликка кўп берилмаган, қонунни кўп бузишмайди.

ДАВОЛАШ

Шахс бузилишларини даволашда психотерапия ва дорилардан фойдаланишади. Бу усулларни бир бирига қарама-қарши қилиб қўймаслик керак. Психотерапия ва дорилар билан даволаш бир вақтнинг ўзида ва тўғри олиб борилса самаралироқ бўлади.

Дорилар билан даволаш. Шахснинг бузилишини даволашда бу усул муҳим ўрин тутмайди

- Кичик дозаларда антипсихотик препаратларни (масалан, левомепромазин кунига 25 – 75мг, галоперидол кунига 5 – 15 мг) бемор ўзини агрессив тутганда, психомотор кўзғалганда, параноидал шахс бузилишида декомпенсацияланганда тайинлашади
- Анксиолитик воситалар (масалан, диазепам, бромдигидрохлорфенилбензодиазепин) хавотирликни камайтиради ва беморларнинг ўзини сезишини яхшилади. Лекин беморлар ўрганиб қолиб уларга боғлиқ бўлиб қолиши эҳтимоли катта бўлганлиги учун бу препаратларни ўта эҳтиёткорлик билан тайинлаш керак (имкони бўлса улардан фойдаланмаслик керак)
- Депрессив ҳолатлар ривожланганда эса антидепрессантларни қўллашади (масалан, амитриптилин кунига 75 – 150 мг). Антидепрессантлар (айниқса кломипрамин) шунингдек обсессив-компенсив бузилиш белгилари билан намоён бўлаётган обсессив-компульсив шахс бузилиши декомпенсациясида самаралидир.

Психотерапия (бир гуруҳга, оилавий, индивидуал, психоанализ) – даволашнинг энг маъқул усулидир. Психотерапия ёрдамида беморнинг дунёкараши, уни ўзининг «мен» деган тушунчаси ўзгартирилади, инсонлар билан тўғри муносабатлар ўрнатиш йўллари топишга кўмаклашилади.

КЕЧИШИ ВА ПРОГНОЗИ

- Шахснинг бузилишлари одатда болаликда ёки ўсмирлик даврида намоён бўлади ва бутун умр бўйи давом этади. Мослашиш имконияти хулқ-атвор бузилишининг қанчалик сезиларли эканлигига ва ташқи омилларга боғлиқ. Беморлар ўзлари учун қулай бўлган шароитларга мослашган бўлишлари (компенсация) ва ноқулай шароитларда психопатик кўринишлари яққол намоён бўлган ҳолда мослаша олмаган бўлишлари мумкин (декомпенсация). Соматик ва инфекцион касалликлар, интоксикациялар, эҳтиросли стресслар ҳам декомпенсацияловчи омил бўлиши мумкин. Психопатияларнинг динамикаси кишининг ёшига жуда боғлиқ. Шу нуқтаи назардан жинсий етилиш ва инволюция даврлари энг хавфлисидир. Барча патологик ҳолатларнинг умумий хислати бу непрогредиентликдир. Декомпенсациядан сўнг беморнинг шахси ўзининг дастлабки ҳолатига қайтади.
- Беморлар одатда даволанишдан бош тортишади. Касалликнинг кечиши сурункали, ўсиб боровчидир ва у ижтимоий-меҳнат декомпенсациясига олиб келади. Лекин баъзи беморларнинг аҳволи яхшиланиши ҳам мумкин.

Синонимлар • Шахснинг патологик ривожланиши • Характернинг аномалиялари • Патологик характер • Психопатия.

ХКК-10 • F68 Етук даврдаги хулқ-атвор ва шахснинг бошқа бузилишлари **★ F69** Етук даврдаги хулқ-атвор ва шахснинг аниқланмаган бузилиши.

ТУТҚАНОҚЛАР

ЭПИЛЕПСИЯ БЕЛГИЛАРИ БЎЛГАН БЕМОРЛАРНИ ТЕКШИРИШ

- Тутқаноқ синдромининг диагнози.

АСОСИЙ ҲОЛАТЛАР

- Тутқаноқ хуружини кузатган шифокор унинг кечишини, ундан олдин ва кейин бўлган белгиларни тўлиқ баён этиши керак.
- Диагнозни тасдиқлаш ва сабабини аниқлаш учун беморни ҳар томонлама неврологик текширувдан ўтказишга йўллаш керак. (Талваса хуружи катта ёшдаги одамларда учраса, бош мия ўсмасини гумон қилиш мумкин). Спиртли ичимликлар истеъмол қилишдан ўзини тийган беморларда дастлабки марта юзага келган хуружни epilepsia хуружини даволагандай даволаш керак.
- Агар хуруж epileptiform деб аниқ тўхтамга келишнинг имкони бўлмаса кардиологик текширув муҳим аҳамият касб этади.

СТАТИСТИК МАЪЛУМОТЛАР

- Касалликнинг тарқалиши 15 ёшдан катта бўлган шахслар орасида ҳар 100.000 кишига 24 ни, умумий тарқалиши эса ҳар 100.000 кишига 700 ни ташкил этади.

ЭТИОЛОГИЯСИ

- Бош миянинг жароҳати 10%.
- Перинатал жароҳатлар 10%.
- Бош мия қон томирларининг патологияси 6%.
- Марказий асаб системасининг юқумли касалликлари 5%.
- Бош мия ўсмалари 3%.
- Бошқа органик сабаблар 5 %.
- Номаълум сабаблар 61%.

ЭПИЛЕПСИЯ ХУРУЖЛАРНИНГ ТУРЛАРИ.

- Парциал (фокал, чегараланган) хуружлар. Белгилари бош миянинг маълум бир қисмида шикаст борлигини кўрсатади ва унинг фаолияти бузилганини акс эттиради.
 - ✦ Тутқаноқ ёки соматосенсор бузилиш битта қўл ёки оёқда, бир томондаги оёқ-қўлда ёки юзда (Джексон тутқаноғи).
 - ✦ Кўриш қобилиятининг бузилиши ёки чакка эпилепсиясига хос бўлган белгилар (масалан, қорин соҳасидаги нохуш сезгилар, ҳид ва таъм билиш галлюцинациялари, *deja vu*, кичик эпилептик хуруж).
 - ✦ Парциал хуружлар умумлашган эпилептик тутқаноқларга айланиб кетиши мумкин.
- Умумлашган тутқаноқ хуружлари. Бошланғич белгиси - ҳушдан кетиш, энг бошиданок титрашларнинг симметрик бўлиши. Улар орасида:
 - ✦ катта эпилептик тутқаноқлар (*grand mal*), продромал белгиларсиз (тоник-клоник талвасалар);
 - ✦ кичик эпилептик тутқаноқлар (*petit mal*), қисқа муддатли, болаларда пайдо бўлади (катта ёшдагиларда кичик эпилептик тутқаноқ одатда чакка қисмининг зарарланиши билан боғлиқ).

АНАМНЕЗИ

- Келтириб чиқарувчи омиллар - уйқуга тўймаслик, очлик, алкоғолли ичимликларни истеъмол қилиш ёки айниқса илгари ичиб юрган кишиларни ундан ўзини тийиши, дори-дармон қабул қилиш, чироқнинг липиллаши.
- Хуруж бошланиши пайтида бемор нима қилганини аниқлаш.
- Продромал белгилар ва сезгилар (масалан: кўнгил айнаши, қўлнинг/кафтнинг увишиб қолиши, бош айланиши).
- Хуруж вақтида беморнинг ҳуши жойида бўлиши.
- Кузатган одамлар томонидан хуружнинг таърифланиши.
- Хуруждан сўнг қайта тикланиши (тез ёки аста-секинлик билан, мўлжални олиш, хотиранинг бузилиши).
- Терининг ранги.

КЛИНИК МАНЗАРАСИ

- Агар шифокор беморни хуруж вақтида ёки дарҳол хуруждан сўнг текшириш имкониятига эга бўлса қуйидагиларга аҳамият бериши керак.
 - ✦ Эҳтимоли бўлган шикастланишлар.
 - ✦ Тилнинг тишлаб олиниши.

- ✦ Бир томонлама неврологик белгилар (Тодд фалажлиги дарҳол хуруждан сўнг кузатилса, бу фокал эпилепсияни кўрсатади).
- ✦ Кўз қорачиғининг реакцияси, Бабински белгиси.
- ✦ Яқин орада спиртли ичимликлар ёки бошқа захарловчи моддалар истеъмол қилинганлигининг белгилари.
- ✦ АБ, пульс, юрак – қон томирлар тизимининг турли таъсирланиш белгилари.
- Агар шифокор беморни хуруждан сўнг бир неча кун ўтгач текширса, одатда аниқ клиник белгилар кузатилмайди. Шунга қарамай беморни мия ичи босими кўтарилганлиги ва бир томонлама неврологик белгилари борлигини изчил текшириш лозим.

АСАБ КАСАЛЛИКЛАРИ БЎЛИМИДА ЎТКАЗИЛАДИГАН ҚЎШИМЧА ТЕКШИРУВЛАР

- ЭЭГ.
 - ✦ Оптимал муддатлар – дарҳол хуруждан сўнг. ЭЭГ бемор ухламаётган вақтда, сўнг, керак бўлса, уйқу вақтида ҳам ёзилади. ЭЭГ даги эпилептиформ ўзгаришлар (чўққилар, ўткир тўлқинлар, «чўққи-секин тўлқин» комплекслари) эпилепсия мавжудлигини кўрсатади. Фокал секин тўлқинларнинг мавжудлиги эса бош мия шикастланганлигининг кўрсаткичидир.
- Бош миянинг КТ ёки МРТ эпилепсия сабабини аниқлаш учун бажарилиши зарур (агар имконияти бўлса яққол билинувчи абстинент талвасаларда ҳам қилинади).
- Мураккаб ҳолларда махсус текширувлар ўтказиш зарур, масалан даволаш қийин бўлган эпилепсияда, атипик хуружлар диагностикасида, шунингдек хирургик усули билан даволаш масаласи кўриб чиқиладиганда:
 - ✦ Узоқ муддатли ЭЭГ мониторинг ўтказиш (амбулатор ЭЭГ), бевосита хуруж вақтида ЭЭГ ни ёзиш мақсадида.
 - ✦ ЭЭГ видеотелеметрия.

ЮРАК – ҚОН ТОМИРЛАР ТИЗИМИНИ ТЕКШИРИШ

- Кенг кўламда узоқ муддатли холтер мониторингини қўллаш ва ортостатик синама ўтказиш шуни кўрсатдики, аритмия ёки АБ нинг катта тебранишлари кўпинча талвасаларга сабаб бўлади.
- Эпилептиформ бўлмаган хуружларнинг сабаби кўпинча юрак-қон томир касалликлари бўлиши мумкин.

ҚЎШИМЧА МАЪЛУМОТЛАР

- Анамнез йиғилиб, физикал кўрик ўтказилиб ва ЭКГ туширилгандан сўнг (бу босқичда диагноз қўйиш эҳтимоли 50%га тенг) тутқаноғи бор беморларда юракни текширишга энг катта аҳамият бериш керак.

БОШ МИЯ ЎСМАЛАРИ

Бош мия ўсмалари – янги ҳо бўлган гетероген гуруҳ бўлиб, улар учун умумий белги калла суяги бўшлиғида жойланиши ёки иккиламчи ўсиб кириши ҳисобланади. Уларнинг гистогенези турлича бўлиб ЖССТ нинг гистологик

таснифида ўз аксини топган. МНС нинг 9 та асосий ўсмалари фаркланади:

- А: Нейроэпителиал ўсмалар
- В: Мия қобиклари ўсмалари
- С: Бош ва орқа мия ўсмалари
- D: Гематопозитик қатор ўсмалари
- Е: Герминатив хужайра ўсмалари
- F: Кисталар ва ўсмасимон ҳоалар
- G: «Турк эгарчаси» соҳаси ўсмалари
- H: Аралаш анатомик регионлардан локал тарқалган ўсмалар
- I: Метастатик ўсмалар.

Эпидемиологияси. «Бош мия ўсмаси» тушунчасининг гетерогенлигини ҳисобга олган ҳолда улар ҳақида аниқ умумлаштирилган статистик маълумотлар йўқ. Маълумки, болаларда барча хавфли ўсмалар орасида МНС ўсма касалликлари лейкоздан сўнг иккинчи ўринни эгаллайди.

Классификацияси. МНС ўсмаларини даволаш тактикаси ва прогнозини аниқлашда асосий ишчи тасниф сифатида ЖССТ таснифи қўлланилади .

- **Нейроэпителиал тўқима ўсмалари** ✦ Астроцитар ўсмалар: астроцитом (фибриляр, протоплазматик, гемиостоцитар, (хужайрали ёки йирик хужайрали), анапластик (хавфли) астроцитом, глиобластома (гигант хужайрали глиобластома ва глиосаркома), пилочитар астроцитом, плеоморф ксантоастроцитом, субэпендимар гигант хужайрали астроцитом ✦ Олигодендроглиал ўсмалар: олигодендроглиом, анапластик (хавфли) олигодендроглиом ✦ Эпендимар ўсмалар: эпендимом (хужайрали, сўрғичсимон, оч тусдаги хужайрали), анапластик (хавфли) эпендимом, миксопапилляр эпендимом, субэпиндимом ✦ Аралаш глиомалар: олигоастроцитом, анапластик (хавфли) олигоастроцитом ва бошқалар ✦ қон томир чигали ўсмалари: қон томир чигали папилломаси ва раки ✦ Келиб чиқиши ноаниқ нейроэпителиал ўсмалар: астробластома, кутбли спонгибластома, мия глиоматози ✦ Нейронал ва аралаш нейронал-глиал ўсмалар: ганглиоцитом, миачанинг диспластик ганглиоцитомаси (Лермитт-Дюкло), болалардаги десмопластик ганглиоглиом (инфантил), дизэмбриопастик нейроэпителиал ўсма, ганглиоглиом, анапластик (хавфли) ганглиоглиом, марказий нейроцитом, терминал ип параганглиомаси, ольфактор нейробластома (эстеziонейробластома), ольфактор нейроэпителиом варианты ✦ Ғуррасимон безнинг паренхиматоз ўсмалари: пинеоцитом, пинебластома, ғуррасимон безнинг аралаш ёки бир – бирига ўтувчи ўсмалари ✦ Эмбрионал ўсмалар: медуллоэпителиом, нейробластома (варианти: ганглионейроблас-тома), эпендимобластома, содда нейроэктодермал ўсмалар (медуллобластома [вариантлари: десмопластик медуллобластома] медулломиобластома, меланин сақловчи медуллобластома).
- **Бош ва орқа мия нервларининг ўсмалари** ✦ Шваннома (неврилемомма, невринома); вариантлари: целлюляр, плексиформ, меланин тутувчи ✦ Неврофиброма (нейрофиброма): чегараланган (солитар), плексиформ (тўрсимон) ✦ Периферик нерв поясининг хавфли ўсмаси (невроген саркома, анапластик неврофиброма, «хавфли шваннома»); вариантлари: эпителиоид, мезенхимал ва/ёки эпителиал тахассулашиш дивергенцияси билан периферик нерв поясининг хавфли ўсмаси, мелонин тутувчи
- **Мия қобиклари ўсмалари** ✦ Менинготелиал хужайра ўсмалари: менингиом (менинготелиал, фиброз, [фибробластик], ўтувчи (аралаш), псаммоматоз,

ангиоматоз, микрокистоз, секретор, оч хужайрали, хордоид, лимфоплазмоцитар хужайраларга бой, метопластик) атипик менингиома, папилляр менингиома, анапластик (хавфли) менингиома ✦ Мезенхимал номенинготелиал ўсмалар: хавфсиз (остеохондрал ўсмалар, липома, фиброз гистиоцитома ва бошқалар) ва хавфли (гемангиоперицитома, хондросаркома [варианти: мезенхимал хондросаркома] хавфли фиброз гистиоцитома, рабдомиосаркома, менингеал саркоматоз ва бошқалар) ✦ Бирламчи меланоцитар зарарланишлар: диффуз меланоз, меланоцитома, хавфли меланома (варианти: қобикланган меланоматоз) ✦ Гистагенези ноаниқ ўсмалар: гемангиобластома (капилляр гемангиобластома)

- **Лимфомалар ва қон яратувчи тўқима ўсмалари** ✦ Хавфли лимфомалар ✦ Плазмацитома ✦ Гранулохужайрали саркома ✦ Бошқалар
- **Эмбрионал хужайра ўсмалари (герминоген)** ✦ Герминома ✦ Эмбрионал рак ✦ Сарик тана халтаси ўсмаси (эндодермал синус ўсмаси) ✦ Хорионкарцинома ✦ Тератома: етилмаган, етилган, хавфли ўсмага ўтувчи тератома ✦ Аралаш герминоген ўсмалар
- **Кисталар ва ўсмасимон зарарланишлар** ✦ Ратке чўнтаги кистаси ✦ Эпидермоид киста ✦ Дермоид киста ✦ III қоринчанинг коллоид кистаси ✦ Энтероген киста ✦ Нейроглиал киста ✦ Донатор хужайрали ўсма (хористома, питуцитомаси) ✦ Гипоталамуснинг нейронал гамартомаси ✦ Глиянинг назал гетеротопияси ✦ Плазмоцитар гранулёма
- **“Турк эгари” соҳаси ўсмалари** ✦ Гипофиз аденомаси ✦ Гипофиз раки ✦ Краниофарингома: адамантиномасимон, папилляр
- **Қалла суяги бўшлиғига ўсиб кировчи ўсмалар** ✦ Параганглиома (хемодектома) ✦ Хордома ✦ Хондрома ✦ Хондро саркома ✦ Рак
- **Метастатик ўсмалар**
- **Классификацияланмайдиган ўсмалар**

Клиник манзараси. Бош мия ўсмаларида энг кўп кузатиладиган симптомлар неврологик танқислик (68%) , бош оғриқлари (50%), эпилептик тутқаноқлар (26 %). Клиник белгилари асосан ўсмаларнинг жойлашувига ва оз миқдорда гистологик тавсифига боғлиқ. • Супратенториал ярим шарлар ўсмалари ✦ Мия ичи босими ошиши ва шиш оқибатида қуйидаги клиник белгилар кузатилади (бош оғриғи, кўрув нерви дискининг шиши, эс – ҳуш ўзгариши) ✦ Эпилепсияга ўхшаш тутқаноқлар ✦ Фокал неврологик танқислик (жойлашувига кўра) ✦ Шахс ўзгариши (пешона бўлаги ўсмаларига хос) • Супратенториал ўсмаларнинг оралик жойлашуви ✦ Гидроцефал синдром (бош оғриғи, кўнгил айниши/қусиш, эс – ҳуш ўзгариши, Парино синдроми, кўрув нерви дискининг шиши) ✦ Диэнцефал ўзгаришлар (тана вазнини кескин ошиши/тана вазнини кескин камайиши (озиб кетиш), қандсиз диабет, терморегуляция бузилиши) ✦ Хиазмал – селляр соҳа ўсмаларида кўриш ва эндокрин ўзгаришлар кузатилади • Субтенториал ўсмалар ✦ Гидроцефал синдром (бош оғриғи, кўнгил айниши/қусиш, эс – ҳуш ўзгариши, кўрув нерви дискининг шиши) ✦ Миячадаги ўзгаришлар ✦ Диплопия, кўпол нистагм, бош айланиши ✦ Узунчоқ мияга таъсири туфайли вақти – вақти билан

қушиш • Калла суяги асоси ўсмалари ✦ Кўпинча узоқ вақт симптомсиз кечади ва фақат охириги босқичларида мия нервларининг невропатияси, ўтказувчанликнинг бузилишини келтириб чиқаради (гемипарез, гемигипестезия) ва гидроцефалия.

Диагностикаси. Операцияга қадар босқичда бош мия ўсмаларини, унинг аниқ жойлашган жойини, тарқалишини ва тахминий гистологик структурасини КТ ва МРТ ёрдамида аниқлаб ташхис қўйиш мумкин. Калла суяги асоси ва калла суяги чуқурчалари ўсмаларида МРТ қўллаш афзалроқ. Камдан - кам ҳолларда ўсманинг қон билан таъминланиш хусусиятини аниқлашда ангиография қўлланилади.

Даволаш. Даво тактикаси аниқ гистологик ташхисга боғлиқ ва қуйидаги вариантларни қўллаш мумкин: • Кузатиш • Хирургик резекция • Резекция • Резекция кимётерапия ва/ёки нур билан бирга • Биопсия кимётерапия ва/ёки нур билан биргаликда • Биопсия ва кузатув • КТ/МРТ натижаларига кўра ва ўсма маркёрини текшириш тўқималар верификациясиз нурлаш ва/ёки кимётерапия.

Прогнози асосан ўсманинг гистологик структурасига боғлиқ. Бош мия ўсмаси бўйича операция қилинган беморларнинг барчаси доимий равишда КТ ва МРТ назорат текширувларидан ўтиши шарт. Чунки ўсманинг қайталаниш ва яна ўсиш хавфи сақланиб қолади.

ХКК – 10 • С71 Бош миянинг хавфли ўсмаси • **D33** Бош мия ва МНС бошқа бўлимларининг хавфсиз ўсмаси.

МИЯ ИЧИ ТРАВМАТИК ГЕМАТОМАСИ

Мия ичига қон қуйилиши (гематома) кечишига кўра муаллифларнинг нуқтаи назари турлича бўлганлиги туфайли ҳозиргача аниқ номланмаган бўлиб, мия ичи травматик гематомаси [МИТГ] ёки бош миянинг геморрагик лат ейиши деб юритилади. Ташхис қўйиш КТ натижасига асосланади, бунда бош мия паренхимасидаги ўчоқ зичлигининг ошиши ҳисобга олинади. Кўпчилик муаллифлар 1 см дан кичик бўлган ўчоқларни бу касаллик каторига киритмайдилар. Ўчоқлар кўпинча пешона, чакка ва энса соҳаларининг базал қисмларида аниқланади. Ўчоқнинг ҳажмига нисбатан мос бўлмаган кўринарли манзара (масс-эффект) бир мунча сустроқ кузатилади. Лекин шикастланишдан кейин бир неча кун давомида ўчоқ ҳажми катталанишга мойил бўлади ва қайта – қайта КТ ўтказиш натижасида аниқланади. Баъзида қон қуйилиши аста – секин ривожланади ва «кечикқан мия ички шикасти, қон қуйилиши» деб номланади. Шикастдан бир неча ойдан кейин ўтказилган КТ да мия мағзида жуда кам даражада ўзгаришлар аниқланиши ёки мутлақо бўлмаслиги мумкин.

Клиник манзараси. Кўпчилик ҳолларда мия ички шикасти қон қуйилиши кўринишида эмас, балки бош мия шикасти манзарасида намоён бўлади.

Диагностикаси – бош мия КТ сини ўтказиш. Касалликнинг клиник манзараси, шикастланиш ўчоғининг характери, унинг катталанишга мойиллиги ва

ўзгарувчанлигини ҳисобга олган ҳолда биринчи суткаларида қайта – қайта КТ ўтказиш зарур.

Даволаш кўпчилик ҳолларда консерватив: виталь функциялар фаолиятини қувватлаш; мия ичи босимини (МИБ) 25 мм симоб устунидан пастда ушлаб туриш мақсадида коррекция қилиш (маннитол, вентрикуляр дренаж, барбитуратлар, гипервентиляция). Ўчоқнинг дислокацияси ёки қиши кузатилганда (ёки унинг хавфи туғилганида) оператив аралашув ўтказилади.

Прогнози. БМШ нинг оғирлигига боғлиқ бўлади. Бош миянинг оғир шикастлари ва Глазго шкаласи бўйича 8 балл ва ундан паст бўлган беморларда кечикқан МИТГ ларнинг 75% ида ўлим ҳоллари кузатилади.

Қисқартма: Мия ичи травматик гематомаси (МИТГ).

Халқаро касалликлар таснифи (ХКК) – 10 ✦ 161 – Мия ичига қон қуйилиши.

МЕНИНГИТ

Менингит – мия ва/ёки орқа мия қобилларининг яллиғланиши бўлиб, менингиал белгилар билан намоён бўлади. **ХКК-10; A17.0** + менингити (G 01*) • **A20.3** Ўлат менингити • **A32.1+** Листерия менингит ва менингоэнцефалит • **A39.0** + Менингококк менингит (G 01*) • **A 87** Вирусли менингит • **B 00.3** + Герпетик менингит (G 02.0*) • **B01.0** + Менингит билан асоратланган чечак (G 02.0*) • **B02.1** + Менингит ўраб олувчи темиртки билан (G 02.0*) • **B05.1** + Менингит билан асоратланган қизамиқ (G 02.0*) • **B26.1** + Паротитли менингит (G 02.0*) • **B37/5+** Кандидозли менингит (G 02.1*) • **B38.4** + Кокцидиомикозли менингит (G 02.1*) • **G 00,0** Гриппоз менингит • **G00.1** Пневмококкли менингит • **G00.2** Стрептококкли менингит • **G00.3** Стафилококкли менингит • **G00.8** Бошқа бактериялар чақирган менингит • **G00.9** Сабаби аниқланмаган бактерияли менингит • **G02.0*** Бошқа рубрикалар остида классификацияланган вирусли инфекциялардаги менингит • **G02.1*** Микозларлардаги менингит • **G02.8*** Бошқа рубрикалар остида классификацияланган вирусли, паразитар инфекциялардаги менингит • **G03** Бошқа турли сабабли ва сабаби аниқланмаган менингит.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯСИ

Касалланиш ривожланган мамлакатларда ҳар 100.000 аҳолига 3-5 кишини ривожланаётган мамлакатларда эса ундан ҳам кўпроқни ташкил этади. Унга чалинадиганларнинг асосий қисми кўпроқ қариялар ва янги туғилганлар. Менингитда ўлим ҳолатлари 19-27% беморларда кузатилади ва 60 ёшдан ошиб унга чалинганларнинг учдан бирини ташкил этади.

ПРОФИЛАКТИКАСИ

Neisseria meningitidis чақирган менингитга чалинган беморлар билан хўжалик ишлари орқали алоқада бўлган шахсларга профилактик нуқтаи назардан антибиотиклар буюрилади.

- Цефтриаксон 250 мг. м/о бир марта ёки ципрофлоксацин 750 мг. ичиш учун бир марта;
- Рифампицин 600 мг. 2 маҳал юқоридагига муқобил усул ҳисобланса ҳам аммо самараси камроқ.

КЛАССИФИКАЦИЯСИ

- Этиология бўйича ♦ бактериал (кўп учрайдиган кўзгатувчилари – *Streptococcus pneumoniae*, грамманфий таёқчалар ва *N.meningitidis*) ♦ вирусли (Коксаки вируслари, *ECHO*, паротит, полиовируслар) ♦ замбуруғли.
- Яллиғланиш жараёнининг характериға кўра ♦ йирингли менингитлар (бактериал этиологияли) ♦ сероз менингитлар (вируслар ёки микобактериялар томонидан чақирилган).
- Кечиши бўйича ♦ ўткир ♦ нимўткир ♦ сурункали (касаллик белгилари 4 ҳафтадан узоқ сақланса; асосий сабаблари – , захм, Лайм касаллиги, кандидоз, аспергиллёз, токсоплазмоз, ОИТС, бириктирувчи тўқиманинг тизимли касалликлари).

ДИАГНОЗ

Анамнези

Бемор анамнези йиғилаётганда қуйидагиларни аниқлаш лозим:

- Менингитга чалинган бемор билан алоқада бўлганлиги;
- Иситмалаш;
- Кўнгил айнаши ва қайт қилиш;
- Бош оғриғи (унинг давомийлигини аниқлаш лозим);
- Бўйин мушаклари ригидлиги;
- Ёруғликдан кўрқиш.

ФИЗИКАЛ ТЕКШИРУВ

Беморни физикал текширганда қуйидагилар борлигига аҳамият бериш лозим:

- Иситмалаш;
- Бўйин мушаклари ригидлиги;
- Эс - ҳушни бузилиши;
- Ёруғликдан кўрқиш;
- Кураклар оралиғи ва оёқларда жойлашган петехиал тошмалар;
- Керниг белгиси;
- Бошни 2 – 3 марта горизонтал текисликда бурганда ундаги оғриқнинг кучайиши;
- Судорогли тутқаноқлар.

Лаборатор текширувлар

- Қоннинг умумий таҳлили;
- Қондаги электролит, мочевино, креатининлар концентрацияси;
- Қоннинг ивиши (протромбин вақти, АҚТВ, тромбоцитлар);
- Қондаги глюкоза миқдори;
- Қонни экиш ва ажратилган микроорганизмларнинг антибиотикларга сезувчанлигини аниқлаш;
- Кўкрак қафаси аъзолари рентгенографияси;
- Томоқдан суртма олиб текшириш;
- Бел пункцияси;

- ◆ Бош мия ўсмасига шубҳа туғилганда бел пункциясини ўтказиш мумкин эмас. Шунинг учун қуйидаги ҳолатлар кузатилганда пункция ўтказишдан олдин КТ ёки МРТ ўтказилади:
 - ◆ кўрув нерви дискининг шишида
 - ◆ ўчоқли неврологик белгилар мавжуд бўлганда
 - ◆ рухий бузилишларда.
- ◆ Пункция натижасида олинган суюқликни қуйидагиларни ўтказиш учун лаборатория текшируви лозим:
 - ◆ грамм усулида бўялган суртмани микроскопда текшириш ва шаклли элементларни аниқлаш учун
 - ◆ бактерияларга текшириш
 - ◆ глюкоза ва оқ миқдорини аниқлаш
- ◆ Суюқликни текшириш натижаларини таҳлил қилиш.
 - ◆ Бактериал менингит: хужайралар 1000×10^6 /л, дан кўп ва кўпчилигини нейтрофиллар ташил қилади, оқ миқдори 15 г/л дан кўп, қондаги ва суюқликдаги глюкоза миқдорини ўзаро солиштирилганда кўрсаткич 0,5 дан кам.
 - ◆ Вирусли менингит: хужайралар 500×10^6 /л дан кам ва кўпчилиги лимфоцитлар, оқ миқдори 5-10 г/л, қондаги ва суюқликдаги глюкоза миқдорини ўзаро солиштирилганда 0,5 дан кўп.
 - ◆ менингити: хужайралар 500×10^6 /л дан кам ва аксарияти лимфоцитлар, оқ миқдори 10-50 г/л, қондаги ва суюқликдаги глюкоза миқдорини ўзаро солиштирилганда 0,5 дан кам.
 - ◆ Замбуруғлар чақирган менингит: хужайралар 150×10^6 /л дан кам, аксарияти лимфоцитлар, оқ миқдори 5-10г/л, қондаги ва суюқликдаги глюкоза миқдори ўзаро солиштирилганда 0,5 дан кам.
- Қондаги ПХР менигококкли менингит ва орқа мия суюқлигида вирусли менингитга шубҳа бўлганда;
- Бактериал менингитни аниқлаш учун индикатор қоғозлар ёрдамида лейкоцитлардаги эстераза миқдорини аниқлаш;
- Менигококклар, пневмококклар ёки *Haemophilis influenzae*ни аниқлаш учун латекс – тест.

ДИФФЕРЕНЦИАЛ ДИАГНОСТИКАСИ

- Субарахноидал қон қуюлишлар: тўсатдан бошланади, жуда кучли бош оғриғи кузатилади («ҳаётда энг кучли»), орқа мия суюқлигини ксантохромия (сарикроқ рангдаги) бўлиши.
- Бош мия жароҳатлари: жароҳатнинг объектив белгилари (гематома, суюқликнинг бурун ва кулоқдан келиши).
- Вирусли энцефалит: психик ҳолатнинг бузилиши (хушнинг сусайиши, галлюцинациялар, сенсор афазия ва амнезия), ўчоқли белгилар (гемипарез, мия нервларининг зарарланиши), иситмалаш, менингиал белгилар ва уларнинг баъзан генитал герпес билан бирга келиши, орқа мия суюқлигида лимфоцитар плеоцитоз.
- Бош мия абцесси: бош оғриғи, иситмалаш, ўчоқли неврологик белгилар (гемипарез, афазия, гемианопсия), баъзан менингиал белгилар, ЭЧТ ошиши, бош миянинг КТ ва МРТсида абцессга хос бўлган белгиларнинг мавжудлиги, анамнезда яқинда ўтказилган синусит ёки стоматологик даволашлар.

- Ёмон сифатли нейролептик синдром: юқори иситмалаш (баъзан 40°C дан юқори бўлиши мумкин) мушаклар ригидлиги, беихтиёр ҳаракатлар, ҳушнинг ўзгарувчан бўлиб қолиши, транквилизаторлар қабул қилиш билан боғлиқ.
- Бактериал эндокардит: иситмалаш, бош оғриғи, ҳушнинг ўзгарувчанлиги ёки хомушлик, эпилепсияга ўхшаш тутқаноклар, тўсатдан пайдо бўладиган ўчоқли неврологик белгилар; кардиал белгилар (анамнезда туғма ёки орттирилган ревматик пороклар, юрак шовқинлари, ЭхоКГда клапанлар вегетациясини аниқланиши), ЭЧТ ошиши, лейкоцитоз, орқа мия суюқлигида ўзгаришлар бўлмаслиги, бактериемиа.
- Гигант хужайрали артериит: бош оғриғи, кўришнинг бузилиши, ёшнинг 50 дан юқори бўлиши, чакка артерияларининг каттиқлашиши ва оғриқли бўлиши, чайнов мушакларининг ўткинчи «оқсоқланиши» (овқат истеъмол қилганда ва гаплашганда чайнов мушакларида кучли оғриқ ва таранглашиш), тана вазнининг камайиши, субфебрилитет.

Мутахассислар маслаҳатига кўрсатмалар. Диагнозни аниқлаштириш учун невропатолог ҳамда инфекционист маслаҳати зарур бўлиши мумкин.

ДАВОЛАШ

Даволашдан мақсад

- Кўғатувчининг эрадикацияси.
- Асоратларни олдини олиш (карлик, гидроцефалия, психик ўзгаришлар, талвасалар).
- Касалликнинг эпидемик тарқалишларини олдини олиш.

Шифохонага ётқизишга кўрсатмалар: касалликни оғир кечиши; менингитга асосли шубҳа бўлиши беморни ихтисослаштирилган шифохонага (бўлимга) ёки интенсив терапия блокига ётқизишга кўрсатма ҳисобланади.

Дорилар билан даволаш

- Менингит борлигига шубҳа туғилганда зудлик билан антибиотикларни буюриш лозим.
- Учинчи авлод цефалоспоринларидан фойдаланиш мақсадга мувофиқ, масалан цефтриаксон 2 г. т/о ҳар 12 соатда 7-14 кун давомида. Мукобил ДВЛлари – цефотаксим (2 г. т/о ҳар 8 соатда) ёхуд цефтазидим (2 г. т/о ҳар 8 соатда).
- Юқорида келтирилган дори моддаларини қўллашни имкони бўлмаса ва менингококкли менингитга шубҳа бўлганда бензилпенициллин (натрий тузи) 4 млн. бирликда т/о га кунда 6 маҳал 14 кун давомида.
- Кекса ёшдаги беморларга (учинчи авлод цефалоспоринлари билан бирга) ампициллин 500 мг т/о буюриш заруриятини кўриб чиқиш лозим.
- Оддий герпес томонидан чақирилган энцефалитга шубҳа бўлган тақдирда т/о 10 мг/кг соат давомида ҳар 8 соатда ацикловир буюриш керак.
- Даволашнинг биринчи 4 кунда антибиотик юборилишидан 15 минут олдин дексаметазонни т/о кунда 4 маҳал 10 мг дан юбориш ўлим ҳолатларини, асоратлар келиб чиқишини ва эшитиш қобилияти йўқолишини камайтиради.
- Анальгетиклар.

- Бактеремияни даволаш учун баъзан беморни магистрал веналарига бемалол туша олиш учун шароит яратиш, сийдик қопчасига катетер қўйиш ва беморни интенсив терапия бўлимига ўтказиш зарур бўлади.

Беморни ўргатиш. Шифохонадан уйга руҳсат берилгандан сўнг, бемор ахволи ёмонлашса ва касаллик белгилари қайталанса у тезлик билан тиббиёт муассасасига муурожаат қилиши лозимлиги ҳақида маслаҳат берилади. Илгари менингит билан касалланган беморлар билан бирга яшовчи кишилар мабодо менингитнинг шубҳали белгилари пайдо бўлган тақдирда зудлик билан врач хузурига боришлари зурурлиги тўғрисида огоҳлантириладилар.

Мутахассислар маслаҳатига кўрсатмалар.

Кучли нафас етишмовлиги ёки септик шок аломатлари бўлганда реаниматолог маслаҳати ва беморни интенсив терапия бўлимига ўтказиш керак бўлиб қолиши мумкин.

КЕЙИНГИ КУЗАТИШ

Бактериал менингитда беморнинг шифохонада бўлиш муддати ўтказилаётган антибактериал терапиянинг давомийлиги билан боғлиқ. Вирусли менингитда эса бемор ахволининг яхшиланиши билан бирга бактериал менингитни истисно қилиш лозим бўлади. Шифохонадан уйга руҳсат берилгандан сўнг мунтазам равишда неврологик ҳолатни кузатиб бориш ва эшитиш қобилятини текшириб туриш лозим.

ПРОГНОЗИ

50%га яқин беморларда тўлиқ тузалиш кузатилмайди (доимий неврологик ўзгаришлар 25%, оғир ногиронлик 11% беморларда кузатилади).

Бактериал менингитда умумий ўлим сони 19-27%, 60 ёшдан катталарда эса 38%ни ташкил қилади. Менингококкли менингитда ўлим 7,5% дан камроқ.

Қуйидагилар ўлимга ва оғир неврологик асоратларга олиб келувчи омиллар ҳисобланади • Артериал гипотензия • Судорогли тутқаноқлар • Эс ҳушнинг бузилиши • Мия ичи артерияларининг стенози • Шифохонага ётқизилганда камқонликнинг мавжудлиги (Hb 110г/л дан паст бўлса) • Беморнинг мўйсафид ёшда бўлиши.

Вирусли менингитнинг кечиши одатда унча оғир бўлмай 11% ҳолларда неврологик ўзгаришлар кузатилади.

БАҲОРГИ-ЎЗГИ КАНАЛИ ЭНЦЕФАЛИТ

Баҳорги – ўзги канали энцефалит – асосан МНС зарарланиши билан кечувчи ўткир табиий – ўчоқли транссив вирусли инфекциядир.

Учраши • Йилига инсонлар орасида баҳорги – ўзги канали энцефалит 7-10 мингта ҳолгача учрайди • Ўлим ҳолати 1 – 2% атрофида • Касаллик асосан ўрмон ҳудудларида қайд қилинади • Касалликка баҳорги – ўзги мавсумийлик хос бўлиб, бунда каналарнинг фаоллик даври ошганлиги кузатилади.

Касалланиш: 2001 маълумотида кўра ҳар 100 000 аҳолига 4,5 ҳолат тўғри келади.

Этиологияси. Қўзғатувчиси – РНК– геномли арбовирус *Flavivirus* тури бўлиб, *Flaviviridae* оиласига мансуб.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯСИ

- Резервуар ва инфекция ўчоғи – иссиқ қонли хайвонлар ва қушларнинг катта миқдори ҳисобланади. Аммо вируснинг табиатда учрашини таъминлаб турувчи асосий ташиб юрувчиси – иксодли кана ҳисобланади ✦ Бу каналарга мураккаб ривожланиш цикли хосдир (имаго-тухум-ғумбак-нимфа-имаго), энг камида 3 йил давом этади. Маълум ҳолларда ғумбак ва нимфалар биопаузага тушиб қолади ва ҳар бир биопауза ривожланиш циклини 1 йилгача чўзади ✦ Метамарфоз давомида каналар хўжайининг алмашилиши содир бўлади ✦ Ғумбакларнинг асосий озиклантирувчилари майда сут эмизувчилар, кам ҳолларда қушлар ҳисобланади ✦ Имаго – ўрта ва катта ўлчамли уй хайвонларида озикланади ✦ Нимфа фазаси энг кўп хўжайинларга эга ✦ Энцефалит вируси каналар ривожланиш фазасининг биринчисидан иккинчисига ва трансвариал ўтади. Аммо вируслар популяциясининг трансвариал ва трансфазали ўтиш ҳисобига узоқ сақланиб туриши мумкин эмас. Каналарнинг вирусемияли умуртқали хайвонларда озикланиб туриши вақтида доимий юқтиришлари ҳисобига вируслар популяцияси кўпайиб туради ✦ Инсон охириги хўжайин ҳисобланади, чунки иксодли каналар учун донор бўла олмайди.
- Инсонга асосан трансмиссив ёки алиментар йўл билан зарарланган эчки, қўзи, сигир сутларини истеъмол қилганда юқади. Одамларга асосан ёки катта каналар ва кам ҳолларда нимфалар ҳамла қилади ✦ Кана вирусни биринчи сўлакнинг порциясидаёқ инокуляция қилади, шунинг учун баъзан вирусни ташувчи кана одам танасини қисқа муддат ичида чаққанда ҳам одамни инфекцияланишига олиб келиши мумкин ✦ Зарарланган канани ўлдирилганда ёки лаборатор ишлар тартибига риоя қилинмаганда, вирусларни жароҳатланган тери ва қўзлар шиллиқ пардалари орқали юқиш ҳолатлари ҳам маълум.
- Табиий ўчоқлар касаллик қўзғатувчи каналарнинг ўрмон ва ўрмон – сахро зоналарида жойлашишига мос тушади. Табиий ўчоқлардан ташқари иккиламчи антропургик ўчоқлар – аҳоли пунктлари ёнида жойлашади ва қишлоқ хўжалик хайвонлари ва сенантроп кемирувчилар ҳисобига мавжуд бўлади ✦ *I. persulcatus* миқдори кўпайишининг мавсумий чўққиси ҳамма ерда май ойининг иккинчи ярмида ва июн ойининг биринчи ярмида кузатилади ✦ *I. risinus* кана имагоси активлиги 2 та мавсумда баҳор ва ёзнинг охири, кузнинг бошига тўғри келади.
- Касалланганларнинг асосий қисмини баҳорги – ёзги кана энцефалити билан ўрмон хўжалигида ишловчи ёки ўрмонда бўлган катта ёшдаги кишилар ташкил қиладилар ✦ Шаҳар аҳолиси ва мактаб ёшидаги болалар орасида касалликнинг кўпайиши катта шаҳарлар аҳолиси ҳисобига бўлади. Шаҳар аҳолиси шаҳар атрофидаги ўрмонлар ва шахсий томорқаларда, шаҳардан ўнлаб ва юзлаб км. узоқликда зарарланадилар ✦ Канали энцефалит билан касалланиш хавфи бўлган инсонлар сони жуда ҳам юқори.

Патогенези. Трансмиссив зарарланишда қўзғатувчи одам организмига тери орқали (иксод каналарнинг чақиши), алиментар йўл билан – ошқозон ичак тизими шиллиқ

қавати орқали тушади. Бирламчи репродукция касалликнинг инкубацион босқичида кириш дарвозалари орқали амалга оширилади. Касалликнинг клиник белгиларини юзага чиқиши вируснинг лимфа тугунлар, ички аъзолар ва МНСга лимфогематоген тарқалиши билан мос тушади.

- Асаб хужайрларига цитологик таъсири механизми ҳали тўлиқ ўрганилмаган.
 - ✦ Тахмин қилишларича МНС га вирус тушгач, у хужайраларда жойлашиб олади ва оқибатда шишли мезенхимал – яллиғланиш реакцияси келиб чиқиб, бунда қон – томирларнинг кенгайиши ва унда тўлақонлиги ва геморрагиялар, микроциркуляция ва ликвординамикаси бузилишлари кузатилади.
- Жараён бош ва орқа мия кулранг моддасига тарқалади, биринчи ўринда ҳаракат нейронлари, периферик нерв тугунлари, бош мия юмшоқ қобиклари жароҳатланади.
 - ✦ Хужайралар некробиози ретикуляр формацияда, бош мия нервлари ядросида, орқа мия бўйин қисмининг олдинги шоҳларида кучли кузатилади.
 - ✦ Клиник жиҳатдан юқоридаги ўзгаришлар суст парез ва параличлар кўринишида намоён бўлади
- Касалликнинг алиментар юқишида вирус гематоген йўл билан ички аъзоларга кириб, у ерда репликацияга учрайди. Кейинчалик иккиламчи вирусемия туфайли МНС жароҳатланиши кузатилади.

Клиник манзараси

- Касалликнинг инкубацион босқичи бир неча кундан то 3 хафтагача давом этади ва ўртача 2 хафта бўлади. Касаллик кечишида 3 босқич кузатилади: бошланғич, неврологик бузилишлар келиб чиқиш ва натижа босқичи (тузалиш, сурункали даврга ўтиши ёки ўлим билан тугаши)
 - ✦ Касалликнинг бошланғич босқичи ўрта ҳисобда 1 хафта давом этади ва умумий токсик белгилар билан характерланади
 - ◆ Кам ҳолларда продрамал белгилар: бош оғриғи, уйқу бузилишлари, илдизли оғриқлар, тана ва юз териси жимирлаши, рухий бузилишлар билан намоён бўлади
 - ◆ Кўп ҳолларда касаллик ўткир бошланади, бунда тана ҳарорати 39-40⁰Сгача кўтарилади. Бунда қалтираш, кучли бош оғриқлари, бел ва оёқ – қўллар, кўз соҳаси оғриқлари, гиперестезиялар, фотофобия, кучли умумий ҳолсизлик кузатилади
 - ◆ Кўнгил айнаши ва қайталаб қайт қилиш кузатилиши мумкин
 - ✦ Беморлар кўздан кечирилганда уларнинг тормозланганлиги, баъзида уйқучанлиги, гаранглиги кузатилади, аммо онги сақланган бўлади
 - ◆ Юз – бўйин ва кўкрак терилари тарқалган гиперемияси кузатилади. Кўз шиллиқ қавати тўлақонли, склера қизарган. Юқори нафас йўллари шиллиқ қаватлари ҳам гиперемияланган
 - ✦ Неврологик бузилишлар босқичи
 - ◆ Бу босқич: оёқ-қўллар парестезиялари ва парезлари, эпилептиформ тутқаноқлар кўринишидаги неврологик бузилишлар билан намоён бўлиб ва касалликнинг биринчи кунлариданоқ юзага чиқиши мумкин
 - ◆ Неврологик белгиларнинг кўринишига қараб: қалтираш, менигиал, менингоэнцефалитик, менингоэнцефалополиомиелитик ва полирадикулоневритик клиник шакллари фарқланади
 - ◆ Икки тўлқинли менингоэнцефалит
 - ◆ Энтэрал юқишдан сўнг ривожланади
 - ◆ Канали энцефалитнинг бу турига тана ҳарорати реакциясини

икки тўлқинли бўлиши ва ҳар бир тўлқиннинг 2 кундан бир ҳафтагача ва 1-2 ҳафтали интервалларда давом этиши хосдир ♦ Тана ҳароратининг биринчи тўлқини уммумтоксик белгилар билан кузатилади, иккинчисида эса уларга менингиал ва умуммия белгилари кўшилади ♦ Касалликнинг бу шаклини кечиш натижаси яхши, беморнинг тез тузалиб кетиши ва асоратларсиз эканлиги билан характерланади.

Дифференциал диагностикаси. Кана энцефалити МНСни турли генезли зарарланишлар (ўсма, йирингли жараёнлар, чуқур қон-томир патологияси)дан, шу жумладан турли этиологияли менингоэнцефалит ва полиомиелитлардан фарқлаш лозим.

Лаборатор диагностикаси • Касалликнинг бошланғич босқичида гемограммада нейтрофил лейкоцитоз, ЭЧТ ошиши кузатилади • Касалликнинг биринчи ҳафтасида юктирилган янги туғилган оқ сичқонлар қони ва орқа мия суюқлигида вирус аниқланади • Вирусни кейинги идентификациясини иммунофлюоресцент усул билан амалга оширилади • Серологик усуллар кенг қўлланилади – РСК, РНГА, ФА нейтраллаштириш реакцияси ♦ Реакциялар 2-3 ҳафта оралиғида икки жуфтли зардоб билан қилинади. АТ титрини 4 маротаба ошиши диагностик аҳамиятли бўлиб ҳисобланади.

ДАВОЛАШ

- Касалликнинг ўткир даврида, унинг оғир ёки енгиллигидан фарқли равишда беморларга ётоқ режим буюрилади • Касалликнинг бошланғич даврида махсус даво чораси сифатида кана энцефалитига қарши одам иммуноглобулини қўлланилади (3 кун давомида ҳар куни 3-12 мл. дан м/о) ♦ Оғир ҳоларда 1 кунлик дозасини 12-24 мл.гача кўпайтирилади ва 12 соат оралиқ билан 2 марта юборилади, кейинги кунлари иммуноглобулин 1 маротаба юборилади.
- Бу билан параллел равишда дезинтоксикацион ва дегидратацион даволаш олиб борилади • Касалликнинг оғир ҳолларида реанимация бўлимида комплекс даво чоралари қўлланилади • Охирги пайтларда ИФН препарати самарали қўлланилмоқда • Неврологик бузилишлар бўлмаган беморларга тана ҳарорати нормаллашгандан 2-3 ҳафта ўтгач шифохонадан уйларига жаваб берилади ва кейинчалик улар узок вақт диспансер кузатувида бўладилар ♦ Махсус профилактика активлиги камайтирилган культурали зардоб билан олиб борилади. Табиий ўчоқ ёнида яшовчи ёки ўша жойларда ишловчи кишилар эмланадилар.

ХКК –10 • А84 Канали вирусли энцефалит.

ВИРУСЛИ ЭНЦЕФАЛИТ

Вирусли энцефалит – бош миянинг ўткир инфекцион яллиғланиши бўлиб кўзгатувчининг бевосита таъсири (бирламчи энцефалит) ёки организмга вируснинг кириши натижасида (иккиламчи энцефалит) кузатиладиган яллиғланиш реакциясидир. Касаллик мия қобиғи, орқа мия ва периферик нервларнинг зарарланиши билан кечади. Кўп ҳолларда бирламчи вирусли энцефалит – кам

учрайдиган тарқалган вирусли инфекция (герпесли, энтеровирусли, эпидемик паротит)нинг асоратидир. Иккиламчи энцефалитлар одатда иммунологик механизмлар (гиперсезувчанлик реакцияси) билан кечади ва бирламчи вирусли зарарланишдан сўнг, 2 – 12 кун ўтгач ривожланади.

Этиологияси. Кўзгатувчилари –1-чи ва 2-чи типдаги ОГВ, Эпстайн-Барр вируси, *Herpes zoster* вируси; грипп вируси, аденовируслар, эпидемик паротит вируси, энтеровируслар (кўпинча В гурпуадаги Коксаки вируслари), ЦМВ, қизамиқ вируси, қизилча вируси, ОВИ, Денге вируси, калифорния энцефалити вируси, япон В энцефалити вируси, кана энцефалити вируси (тогавирус), Мюррей водийси энцефалити вируси, арбовируслар, кутуриш вируси.

Эпидемиологияси. Кўзгатувчи биологиясига қараб резервуар ва касаллик ташувчилар – касал одамлар, ҳар хил бўғимоёқлилар. Трансмиссив инфекциялар эпидемиологияси кўшимча резервуарлар – қуш ва хайвонларни ўз ичига олади. Инсонга ҳаво томчиси, алоқа, фекал-орал, жинсий йўлар, трансмиссив ёки зарарланган сутни истеъмол қилиш натижасида юқади. Трансмиссив энцефалитларнинг чўққиси – баҳор, ёз; энтеровирус инфекция чўққиси – ёзнинг иккинчи ярми. Эпидемиологик паротит ва сувчечак вируси билан чақирилган энцефалитлар асосан баҳор фаслида кўп учрайди. Қолган барча вирусли энцефалитларга мавсумийлик хос эмас.

Патоморфологияси • Кўпинча периваскуляр яллиғланиш устунлик қилади • Нерв элементларининг бўқиш ва дегенератив ўзгаришлари • Патоморфологик топилмалар этиологияга боғлиқ ҳолда фарқланади ♦ Герпетик энцефалитларда Коудри таначаларининг А типи аниқланади ♦ ОГВ –2 билан зарарланганда бош мия, кўпинча чакка бўлак пўстлоғи оқ ва кулранг моддаси некрози ♦ Цитомегаловирусли этиологияли зарарланишда олдин яллиғланиш ва ўчоқли некрозлар, кейин фиброз ва оҳакланиш (кальцификация) вужудга келади. Бош мияда жойлашиш соҳаси – қоринчалар эпендимаси ва субэпендимал соҳасида бўлади. Баъзан эпителиал тўқималарда патогномоник ядроли қўшилмали гигант хужайралар (бой ўғли кўзи хужайраси) топилади ♦ Қутуришда – бош мия, конъюнктива, бўйин асоси терисида Бабеш-Негри таначаларини учратиш мумкин.

КЛИНИК МАНЗАРАСИ

- Специфик бўлмаган белгилар (тана ҳароратини кўтарилиши, тумов, ҳолсизлик) неврологик белгиларни вужудга келишига олиб келади.
- Ундан сўнг бош оғриғи, кўнгил айниш ва қусиш, фотофобия, эс-хушнинг бузилиши (кома), тутқанок, ўчоқли неврология белгилари кўшилади.
- Касаллик ҳар хил авж олади (жуда тез ривожланувчидан то аста секинлик билан кечувчигача). Мия қобикларининг зарарланиши бош оғриғи ва менингиал белгилар билан кузатилади (энса мушакларини ригидлиги, Керниг ва Брудзиньски белгилари мусбатлиги).
- Ҳомила она қорнида зарарланганда бошқа аъзоларни ҳам зарарланади (ўпка, жигар, буйрак).

- Белгилар этиологияга боғланган ҳолда турланади ♦ Сувчечак энцефалитида мияча ва вестибуляр зарарланишлар хос: бош титраши, нистагм, гандираклаб юриш, тутилиб гапириш, энтенцион тремор, координация синамаларини қийналиб бажариш; белгилар бир ва икки томонлама бўлиши мумкин ♦ Канали, эпидемик энцефалитларда ва ОГВ-1 билан зарарланишларда кўпинча мия нервлари ҳар зарар кўради.

Лаборатор текширишлар • Қоннинг умумий ва биохимик таҳлилларида специфик ўзгаришлар аниқланмайди • Ликворни текшириш (бел пункцияси) ♦ Лейкоцитлар сони одатда ошган ($0,01-0,1 \times 10^9/\text{л}$), аммо меъёрада ҳам бўлиши мумкин, айниқса иммунитет бузилганда; эрта босқичларда нейтрофиллар, кейин лимфоцитлар устун келади ♦ Герпетик энцефалитларда эритроцитлар сони ошади ♦ Оқ миқдори меъёрида ёки оз миқдорда ошган ♦ Глюкоза концентрацияси меъёрада ёки оз миқдорда камайган ♦ Ликвор опалесцирланиши мумкин ♦ ГК даволаш ликвор таҳлилинини бузиши мумкин ♦ Иммунитети паст беморларда ликвор таҳлили меъёр атрофида бўлиши мумкин.

Махсус текширишлар • ЭЭГ ♦ α -ритмни сўндириш, σ – ва δ – тўлқинларнинг суст бўлиши, тез диапазоннинг ўткир чўққили тўлқинларни ♦ Беморни узок муддат сукунат саклаб ўтириши яхши белги эмас ♦ Чакка бўлакларидаги периодик эпилептиформ разрядлар герпетик энцефалитнинг билвосита белгилари • Кўпчилик вирусли энцефалитларнинг махсус диагностикаси – зардобда аниқ Аг.га АТ даражаси нисабатини аниқлаш. Текширишлар ўткир ва реконвалесцент даврда ўтказилади (2-3 haftaдан кейин). АТ титрининг 4 марта ва ундан ортиқ ошиши диагностик аҳамиятга эга • Энцефалитни инфекцияли этиологиясини тасдиқлаш учун ликвордаги АТ индекси аниқланади. Ликвордаги ва қон зардобдаги альбумин ва иммуноглобулин миқдори аниқланади. Қон зардобига қараганда, глобулинлар/альбуминларнинг ликвордаги юқори нисбати касалликнинг инфекцияли генезини тасдиқлайди • Энтеровирусли ва герпетик зарарланишларда ПЗР ёрдамида ликворда аниқ Аг. аниқланади • 60% холларда ликворни экиш натижасида энтеровирусли зарарланиш диагностика қилинади. Бошқа этиологияда кўзгатувчи ликворда жуда паст концентрацияда, уни диагностика қилиш қийин • Касалликнинг эрта босқичларида рентген текшириш, КТ, МРТ ва бош мияни сканирлаш натижалари ўзгармаган бўлиши мумкин, кейинроқ эса специфик бўлмаган бузилишлар аниқланади. Герпетик энцефалитларда чакка бўлак тўқималарини зичлигининг камайиши, қоринчалар кенгайиши, бош миянинг марказий структураси зарарланган томонга жиши кузатилади.

Дифференциал диагностикаси • Бактериал менингит • Бош мия абсцесси • • Мушук тирнаши касаллиги • Қояли Тоғлар ола-чипор иситмаси • Эрлихиоз • Захм • Лайм касаллиги • Лептоспироз • Амёбали энцефалитлар (*Naegleria* ва *Acanthamoeba* турлари томонидан чақирилган) • Токсоплазмоз • Инсульт • Субарахноидал қон қуйилиши • МНС ўсмалари • Бош мия шикастланиши • СҚВ • Захарланиш • Гипогликемия.

ДАВОЛАШ

Олиб бориш тамойили • Нафас олиш ва қон айланиш функциясини қўллаб қувватлаш • Мия шиши вужудга келишини олдини олиш (гипервентиляция, осмотик диуретиклар) • Тутқаноққа қарши воситалар – кўрсатма бўйича • Монанд бўлмаган АДГ секрецияси синдромини ўз вақтида аниқлаш.

ДОРИЛАР БИЛАН ДАВОЛАШ

• Танланган дорилар ✦ Герпетик инфекцияларда – ацикловир (в/и томчилаб, катталарга 10 мг/кг.дан ҳар 8 соатда, болаларга 3 ойлигидан 12 ёшгача – 5 мг/кг/кунда, [250 мг/кг. тана юзаси/кунда]) 10 кундан кам бўлмаган муддат давомида. Даволашни касалликнинг эрта босқичларида бошлаш керак ✦ Арбовирусларда – рибавирин в/и 2 г.дан, кейин 1г.дан ҳар 6 соатда 4 кун давомида, сўнг 0,5 г. дан ҳар 8 соатда 6 кун давомида ✦ Бошқа этиологияли энцефалитларда вирусга қарши специфик даволаш ишлаб чиқилмаган ✦ Ёрдам (химоя, қўллаб қувватловчи) даволаш.

Асоратлари этиологияга қараб турланади. Барча вирусли энцефалитлар ичида энг кўп учрайдиган ва ўлимга олиб келадиган касаллик – герпетик энцефалитлардир (даволанмаганда 70% ўлимга олиб келади, 5% дан камроқ тирик қолган беморларда неврологик статусда ўзгаришлар йўқ).

Прогнози. Касалликни этиологик агентини билмасдан, олдиндан айтиб бериш қийин (ОГВ зарарланишида – оғир, сувчечак энцефалитида – енгилроқ). Герпетик инфекцияда прогноз – даволаш бошланган вақтга боғлиқ (кома вужудга келишига қадар бошланган даволаш самаралидир).

Ёшга хос ўзаришлар • Болалар ✦ Болаларда арбовирусли энцефалитлар клиник симптоматикаси, катталарда нисбатан яққолроқ кўринишга эга ✦ ОГВ ёки энтеровируслар томонидан чақирилиб касаллик билан оғриган чақалоқлар, унинг оғир тури ривожланиши мумкин бўлган катта хавф-хатар гуруҳига киритадилар • Қарияларда ҳам энцефалитнинг оғир турлари ривожланишининг хавфи катта.

Ҳомиладорлик. Ҳомиладор аёл ОГВ-2 билан бирламчи зарарланганда, чақалоқнинг табиий йўл билан туғилиши даврида зарарланиш хавфи 40%ни ташкил этади; генитал герпес қайталанишида хавф 3-5%гача камаяди. Ҳомила она қорнида энтеровируслар билан зарарланиш эхтимоли бор.

Профилактикаси. Тегишли репеллентларни қўллаш. Эндемик ўчоқларга юбориладиган одамларга касаллик ва унинг юқиш йўллари ҳақида маълумот бериш.

ХКК-10 • **A83** Вирусли чивин энцефалити • **A84** Вирусли кана энцефалити • **A85** Бошқа рубрикаларда классификацияга ажартилмаган вирусли энцефалитлар • **A86** Аниқланмаган вирусли энцефалит.

БОШ МИЯНИНГ ЛАТ ЕЙИШИ

Бош мия лат ейишининг оғир даражаси (оғир калла – мия шикасти – бош мия шикасти натижасида кома ҳолатига олиб келган патологик ҳолат (Глазго комаси шкаласи бўйича 3 – 8 балл)

ХКК – 10 • S06.1 Бош миянинг травматик шиши • **S06.2** БМнинг диффуз шикасти

• **S06.3** БМнинг ўчоқли шикасти • **S06.4** Эпидурал қон қуйилиши • **S06.5** Травматик субдурал қон қуйилиш • **S06.6** Травматик субарахноидал қон қуйилиш • **S06.7** Узоқ комага сабаб бўлган калла ичи шикасти • **S06.8** Бошқа калла ичи шикастлари

ҚИСҚАРТМА: КМШ – калла мия шикасти

ЭПИДЕМИОЛОГИЯСИ

Аниқ статистик маълумотлар йўқ. КМШ беморларининг 50% йўл транспорт ҳодисаларининг қурбони бўлиб, кўпчилиги 35 ёшгача бўлган эркекларни Ташқил қилади.

ПРОФИЛАКТИКАСИ

Йўл ҳаракати хавфсизлигини таъминлаш, криминоген вазиятни яхшилашга йўналтирилган ижтимоий чора-тадбирларни ўтказиш.

КЛАССИФИКАЦИЯСИ

- Халқаро тасниф бўйича КМШ Глазго кома шкаласи бўйича энгил, ўртача оғир, оғир турларга ажратилади (1 – жадвал). Бу тасниф ватанимиздаги энгил, ўртача оғир ва оғир даражалар тушунчасига тўғри келади.

Бу бўлимда КМШ га таъриф беришда биз халқаро меъзонлар ва терминлардан фойдаланамиз.

1 - жадвал

Глазго кома шкаласи			
Баллар	Кўзларнинг очилиши	Ҳаракат реакцияси	Сўз билан жавоб бериш
1	Йўқ	Йўқ	Нутқи йўқ
2	Оғриқ кўзгатувчисига жавобан	Оғриқ кўзгатувчисига жавобан оёқ – кўлларнинг тоник ёзилиши (децеребрация)	Ноаниқ товуш
3	Сўз билан мурожаатга	Оғриқ кўзгатувчисига жавобан оёқ – кўлларни йиғиб олиниши (декорткация)	Ноаниқ сўзлар
4	Ихтиёрий очилиши	Оғриқ кўзгатувчисига жавобан аниқ	Тушунарсиз нутқ

		бўлмаган ҳаракат	
5		Оғриқ кўзгатувчига жавобан аниқ ҳаракатлар	Сўзлашув нутқи аниқ
6		Сўз билан айтилган буйруқларни бажаради	

Олинган натижалар талқини: жами 3 – 15 балл; КМШ энгил тури 13 – 15 балл; Ўртача КМШ 9 – 12 балл; Оғир КМШ 3 – 8 балл.

Энгил турида ва КТ да операцияни талаб қиладиган ўзгаришлар бўлмаганда специфик даволаш ўтказилмайди (“Бош мия чайқалиши” бўлимига қаралсин). Ўрта даражасида касаллик кечиши ва кўпчилик беморларда КТ даги ўзгаришлар энгил турдаги пациентлардагига яқинлашади. Лекин 10-20% беморларда 1 – суткаларда аҳвол оғирлашиб, кома ҳолатигача бориши мумкин, кейинчалик касалликнинг кечиши оғир КМШ даражасида ўтади. Бундай беморларни даволашда ўта оғир КМШ бўлган беморларда қўлланиладиган усуллар ишлатилади. Энгил КМШ бўлган беморларни даволаш БМ нинг чайқалиши бўлимида берилган. Қуйида оғир КМШ даволаш кўриб чиқилган.

ДИАГНОСТИКАСИ

Анамнез ва физикал текшириш

Травма механизми кўпинча унинг оғирлигини кўрсатади (йўл – транспорт ҳодисаси, оғир буюм, ёғоч ғўласи билан бошга уриш, баландликдан йиқилиш, зарб билан бошни бирор жойга уриб олиш ва ҳ.к.). Танада ва бошда шикаст белгиларини кўриш мумкин, зудлик билан ҳаётий муҳим функциялар кўрсаткичларини (нафас олиш, нафас йўлларининг ўтказувчанлиги, пульс, АБ, шок белгилари ва бошқалар) баҳолаш керак бўлади. Неврологик текширувда биринчи ўринда Глазго шкаласи бўйича эс – ҳуш йўқолиши даражасини белгилаш ва дислокацион синдром белгиларини аниқлаш керак бўлади [анизокория, мидриаз, Кушинг синдроми (брадикардия АГ билан биргаликда), дещеребрация, декортакция].

Асбоблар ёрдамида текшириш

- Бош миянинг КТ (компьютер томографияси ни баъзи ҳолларда бир неча марта ўтказишга тўғри келади. Чунки касалликнинг кечиши ўзгарувчан бўлади ва кечикқан гематома ва лат ейиш ўчоқлари ҳо бўлиши хавфи кузатилади).
- Глазко комаси шкаласи бўйича эс – ҳуш 3 – 8 балл даражасида бўлганда КТда патологик ўзгаришлар бўлган барча беморларни (лат ейиш ўчоқлари, кичикроқ гематома, цистерналарнинг “боиши”, бош миянинг шишуви натижасида аниқлаш имкони бўлмаганда) махсус имплантация қилинган датчиклар ёки вентрикулостомия ёрдамида доимий мониторинг ўтказилади.

- Кома ҳолатида ётган барча беморларни бўйин умуртқалари соҳасининг рентгенографияси ўтказилади, чунки 5% ҳолларда ёндош шикастлар ҳам кузатилиши мумкин. Рентгенография ўтказиш учун бемор бўйинини каттик ёқа (шина) билан иммобилизация қилинади (мустаҳкамлаш).
- КМШ бўлган беморларда КТ қилгунга қадар ва ўсма тузилмаси бор – йўқлиги аниқлангунча бел пункциясини ўтказиш ман этилади.

ДИФФЕРЕНЦИАЛ ДИАГНОСТИКАСИ

Анамнез аниқ бўлган оғир КМШда муаммо пайдо бўлмайди. Касалликнинг кечишига кўра доимо КТ ни қайта ўтказиб боришни эсда тутиш керак бўлади, айниқса ўчоқлардан келиб чиқадиган белгилар пайдо бўлиши кузатилса, шикаст белгилари кўринмаган ҳолларда ёки анамнез ноаниқ бўлганда дифференциал ташхислашни бошқа сабабли комалар билан ўтказилади [қандли диабет ва бошқа модда алмашинуви касалликлари, мияда қон айланиши бузилиши касалликлари (инсулт натижасида йиқилиш ҳам мумкин) алкоғолдан заҳарланиш, дори воситалари (ДВ) дозасини ошириб юборилганда].

Мутахассис маслаҳатига кўрсатма. Оғир КМШ бўлган беморларнинг ҳар бири нейрохирург маслаҳатидан ўтиши лозим.

ДАВОСИ

Даволаш мақсади

- Воқеа содир бўлган жойда реанимация тадбирларини ўтказиш (нафас йўллари ўтказувчанлигини таъминлаш, систолик А/Б ни доим 90 мм симоб устундан камайишига йўл қўймаслик). Нафас йўллари ўтказувчанлигини тиклаб туриб (заруриятга кўра – интубацион) шикатланганни иммобилизация қилиб махсус даволаш муассасасига транспортировка қилинади. Транспортировкани беморни чалқанча ётган ҳолатида каттик ўринда албатта умуртқа поғонаси бўйин соҳасини иммобилизация қилиб бажарилади. Аралаш ёки мураккаб КМШ да кечиктириб бўлмайдиган ҳолатлар ҳам даволанади.
- Касалликнинг ўткир даврида даво махсус нейрореанимация бўлимида ўтказилади. Мия перфузион босимини 70 мм симоб устунда ушлаб туриш мақсадида мия ичи босими 20 мм симоб устунда, систолик босимни 90 мм симоб устунда таъминлаш керак бўлади.
- Реабилитация.

ШИФОХОНАГА ЁТҚИЗИШГА КўРСАТМАЛАР

Ўткир даврида оғир КМШ бўлган беморларни даволашни реаниматолог ва нейрохирург ўтказадилар. Шу сабабли зудлик билан реанимация (нейрореанимация бўлса, янада яхши) бўлими бўлган касалхонага ётқизиш керак, чунки у ерда кечаю кундуз нейрохирург бўлиб, зудлик билан КТ ўтказиш имкони бўлади.

ДОРИЛАРСИЗ ДАВОЛАШ

Кома ҳолатида бўлган беморларни юқори калорияли оқ аралашмалари билан зонд орқали овқатлантирилади (агар меъда – ичак системаси нормал ишлаганда). КМШ ли беморларни тўлиқ парентерал овқатлантиришга (1 – 2 суткага) ўтказишга камдан – кам зарурат бўлади.

ДОРИЛАР БИЛАН ДАВОЛАШ

- Мия ичи босими 20 мм симоб устунидан ошиб кетса ёки ўчоқли симптомлар кўзга кўринса, маннитол қилинади. Препаратни 1г/кг миқдорида 20 минут давомида томчи усулида в/и юборилади. Сурункали юрак етишмовчилиги бўлган беморларга аввал в/и фуросемид (1 – 2 мг 40% ли эритма) ундан бир неча дақиқадан сўнг маннитол юборилади (Маннитол айланаётган қон миқдорини осмотик градиент бўйича суюқликнинг тўқималардан қонга ўтишини таъминлайди ва юракка тушаётган зўриқишни оширади, бу эса юрак етишмовчилиги декомпенсациясига олиб келиши мумкин).
- КМШ бўлган беморларга глюкокортикоидлар таъсири бўлмаганлиги туфайли буюрилмайди.
- Гипервентиляция натижасида бош мияда иккиламчи ишемик зарарланиш кузатилиши туфайли уни ҳозирги вақтда фақатгина бош мия босимини бошқариб бўлмайдиган ҳолларда қўлланилади.
- Барбитуратларни қўллаш (барбитурат комаси) мия ичи гипертензиясини тўхтатиш учун мақсадли деб ҳисобланмайди, чунки уларнинг мия ичи босимига таъсири тизимли гипотензия эффектига нисбатан анчагина паст.
- Талвасага қарши препаратлар эпилептик хуружларда буюрилади (карбамазепин, фенитоин). Профилактика мақсадида талвасага қарши ДВ ни буюриш КМШ нинг биринчи ҳафтасида фойдали, ундан сўнгги профилактика ўринсиз деб ҳисобланади.

ХИРУРГИК ДАВО

Беморда мия ичи босими тобора кўтарилиб, пардалар ёки мия ичи гематомасининг (гематома ҳажми 30 мл бўлса) ўчоқли синдроми кузатилса, оператив даво (гематомани олиб ташлаш) буюрилади. Бошқариб бўлмайдиган ўткир мия шишувида баъзида мия пардаси пластикаси билан ўтказиладиган декомпрессион краниотомия ўтказилади (лекин бу чоранинг самараси аниқланмаган).

КЕЙИНГИ КУЗАТИШ

Шикастланишнинг кечки даврида (бемор бир неча ҳафтадан бир неча йилларгача) қолдиқ неврологик белгилари бўлган беморларга реабилитация чоралари ўтказилади (даво физкультураси, логопедик машғулотлар ва бошқалар).

ПРОГНОЗИ

Прогнози кўп ҳолларда КМШ оғирлигига ҳамда касалхонагача бўлган босқичда ўтказилган бирламчи реанимация ва даво чораларининг самарали ўтишига боғлиқ бўлади. Қуйида ўлим ҳоллари ҳамда ўз – ўзига ёрдам бериш имкони сақланганлигига кўра тузилган жадвал келтирилган:

2 – жадвал

Прогностик мезонлар		
Глазго шкаласи буйича баҳолаш, баллар	Ўлим, %	Ўз – ўзига ёрдам бера олиш
3	90	5
4	76	10

5	62	18
6 – 7	51	44

* 60 ёшдан юкориси – оғир КМШ да нохуш натижа эҳтимолини оширувчи мустақил омил ҳисобланади.

БОШ МИЯ ЧАЙҚАЛИШИ

БМЧ – бу КМШ энг энгил варианты бўлиб, қисқа (30 минут) муддатли эс – хуш йўқолиб амнезия эҳтимоли бўлган, ўчоқли неврологик ва менингеал симптоматикасиз ўтувчи хасталиқдир.

ХКК – 10 • S06.0 Бош мия чайқалиши.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯСИ

Маълум эмас, чунки барча бош мия чайқалиши билан ўтган шикастлар унчалик оғир бўлмагани туфайли беморлар ҳар доим ҳам тиббий ёрдамга мурожаат қилмайдилар.

ПРОФИЛАКТИКАСИ

Травматизмнинг олдини олишга қаратилган.

ДИАГНОЗИ

Одатда анамнезда беморларнинг бўйи баробар баланддан йиқилганлик ёки унчалик қаттиқ бўлмаган зарб билан бошига теккани кўрсатилади. Кўпинча бемор ўзи врачга мурожаат этиб келади, шикастнинг кўпинча мастликдан келиб чиққани қайд этилади. БМЧ да кузатиладиган асосий белгилар бу қисқа муддатли эс – хуш йўқолиши (15 – 30 минут) ва анамнездир. Бундан ташқари, беморлар бош оғриғи, кўнгил айниши ва қайт қилишлардан шикоят қиладилар. Неврологик текширув натижасида ўчоқли белгилар кўринмайди, лекин 2 соатдан сўнг текширувни яна қайта ўтказиш керак бўлади. Биронта лаборатор ёки асбоблар билан текширишнинг ҳожати бўлмайди.

ДИФФЕРЕНЦИАЛ ДИАГНОСТИКАСИ

Бош мия чайқалишини бош мия лат ейиши билан таққослаш ўтказилади. БМ лат ейиши оғир шикаст бўлиб, эс – хушнинг йўқолиши 1 соатдан бир неча соатгача ва ундан кўпроқ кузатилади, неврологик текширишда эса БМ лат ейишида ўчоқли симптомлар кўринади.

Мутахассис маслаҳатига кўрсатма. Агар бор симптомлар БМЧ ташхисига тўғри келмаса, нейрохирург маслаҳати керак бўлади (пастрокка қаранг).

ДАВОСИ

Даволаш мақсади

Махсус медикаментоз ёки оператив даволашга зарурат йўқ. Оғриқ қолдирувчи ва қушишга қарши препаратлар буюрилади. 24 соатдан сўнг беморни қариндошларига тушунтириб уйига юбориш мумкин.

ШИФОХОНАГА ЁТҚИЗИШГА КЎРСАТМАЛАР

- Кекса беморлар (касалликдан чиқишлари секин кечганлиги учун).
- Аралаш шикастланган ва ўз – ўзига хизмат кўрсата олмайдиганлар.

- Болалар.
- Алкоголдан кучли мастлигида бўлганлар.
- Ноаниқ анамнезликлар.
- Юқори кинетик энергияли буюмдан шикаст олган беморлар (ёғоч билан уриш, отилган буюм билан уриш ва бошқалар).
- БМЧ нотипик кечганда оғирроқ БМ шикастига шубҳа бўлганда:
 - ◆ бетиним қусишда (в/и суюқлик қуйиш керак бўлади);
 - ◆ кучли ва доимий бош оғриши;
 - ◆ ўчоқли неврологик симптомлар кузатилиши;
 - ◆ калла суяги синиши бўлганда;
 - ◆ дифференциал ташхислаш қийин бўлганда (м: гематома, эпилепсия, субарахноидал қон қуйилиши).

Нотипик кечган ҳамма беморларга бош мия КТ ўтказилади. Заруриятга кўра нейрохирург консультацияси ҳамда нейроофтальмолог ва отоневролог маслаҳати керак бўлади.

ДОРИЛАРСИЗ ДАВОЛАШ

Шикастланишдан сўнг бир сутка ётоқ режими тайинланади. 1 – 3 суткадан кейин бемор ўзининг аввалги фаол ҳаракатига қайтиши мумкин.

ДОРИЛАР БИЛАН ДАВОЛАШ

Заруриятга кўра оғриқ қолдирувчи (парацетамол 500 мг суткасига 3 марта ва қусишга қарши (метоклопрамид 5 – 10 мг 3 марта суткасига оғиз орқали ёки мушак орасига 2 мл дан) препаратлар ишлатилади.

БЕМОРГА ЎРГАТИШ

Бемор ва унинг яқинлари огоҳлантирилади. Агар унда касалхонага ўтказишни талаб қиладиган белгилар пайдо бўлса, тезда қайта шифокор кўригидан ўтиш зарур (юқорига қаралсин).

МУТАХАССИС МАСЛАҲАТИГА КЎРСАТМА

Атипик БМЧ симптомлари бўлган беморларда БМ лат ейиши ва пардалар гематомаси йўқлигини аниқлаш учун нейрохирург консультациясидан ўтказилади.

КЕЙИНГИ КУЗАТИШ

Шикастланишдан 3 сутка ўтгач кўп ҳолларда бемор тuzалади. Агар белгилари ва шикоятлари сақланиб қолса (7 кундан кўп) беморни текшириш ва сабабларини аниқлаш мақсадида касалхонага ётқизилади.

ПРОГНОЗИ

БМЧ прогнози яхши – симптомлар йўқолади, бемор фаоллиги тўла тикланади. Кўпчиликнинг фикрича, сурункали бош оғриғи бўлганларда БМЧ кейин кучаймайди.

БОЛАЛАР ЦЕРЕБРАЛ ФАЛАЖИ

Болалар церебрал фалажи (БЦФ) марказий асаб тизимининг ривожланиш нуқсони ҳамда бош миянинг перинатал зарарланиши оқибатида келиб чиқадиган касалликлардир. Бунда ҳаракат функциясининг бузилиши кузатилади. БЦФ нинг белгилари, бола ҳаётининг 1 – йилида (турганида ва юрганида) юзага келади ва ихтиёрый ҳаракат фаолиятининг бузилиши билан характерланади. Касаллик ой куни етиб туғилган чақалоқларнинг 0,1 – 0,2 % ида, чала ва вазнига етмай туғилганларнинг 1 % да учрайди.

Анатомик таснифи • Гемиплегия – тананинг бир томонида неврологик ўзгариш (ўнг ва ёки чап) • Тетраплегия – оёқ ва қўлларнинг фалажланиши (ўнг ва чап) • Параплегия – қўл (юқори параплегия) ёки оёқ (пастки параплегия) зарарланиши.

Этиологияси • Миянинг ривожланиш нуқсони • Ҳомила инфекцияси • МНС нинг ҳомиладорлик давридаги гипоксик зарарланиши • Шикастлар • Асфиксия • Чақалоқлар гемолитик касаллиги.

Хавф омиллари • Вақтидан аввалги туғруқ • Чала туғилиш • Ҳомила гипоксияси • Перинатал даврда мия қоринчаларига қон куйилиши • Туғруқ шикастлари.

КЛИНИК МАНЗАРАСИ

- БЦФ нинг 70 % ни спастик шакллари Ташқил этади. Спастиклик бош мия қобиғи мотор зоналари нейронларининг зарарланишига боғлиқ ✦ Ҳаракат кўникмаларининг шаклланиши кечикади ✦ Зарарланган оёқ ёки қўлларда атрофия кузатилади ✦ Пай рефлекслари кучаяди, мушаклар гипертонуси, талваса фаоллиги кучаяди ✦ Гемиплегик юриш ва оёқ учларида юриш ✦ Тетраплегияда – дизартрия кузатилади (тил, танглай, оғизнинг ҳаракатланиши бузилади)
- Атетоид ёки дискинетик синдромлар 20% ҳолларда баъзан ганглийларнинг зарарланиши оқибатида келиб чиқади ✦ Қўлларнинг секин, чувалчангсимон, беихтиёр ҳаракатланиши (атетоз), шунингдек танада ҳам бу ҳолат кузатилади ✦ Оёқ – қўлларнинг кескин ҳаракатланиши яққол дизартрия ✦ Стресс ҳолатида неврологик танқисликнинг кучайиши
- Атоксик шакли 10 % ҳолларда мия ва унинг ўтказувчи йўллариининг патологик жараёнига қўшилиши оқибатида келиб чиқади ✦ Кучсизлик, ҳаракат дискоординацияси ✦ Интенцион тремор ✦ Оёқларни кенг очиб, қатъиятсиз юриш ✦ Нозик ҳаракатларда қийинчилик
- Аралаш шакллари: спастик ва атетоз ва атаксия ёки атетоз шакллариининг бирга учраши
- Қўшилиб келган белгилар: талваса синдроми, шабкўрлик ёки кўришнинг бошқа патологияси, эшитув нервининг зарарланиши, ақлий қоқоқлик.

Текширув усулари • Эхоэнцефалография • ЭЭГ • Бош миянинг КТ, МРТ текшируви.

ДАВОСИ

Кузатув: • Хавф гуруҳига кирувчи болаларни невролог бола ҳаётининг 1 – йилида 1 ойда 1 марта кузатади. Кейинчалик 3 ойда 1 марта кузатади. БЦФ белгилари бўлмаганда болани 5 ёшда диспансер ҳисобидан чиқарилади • БЦФ ташхиси қўйилган болалар педиатр ва невропатолог ҳисобида турадилар. Динамикада

неврологик статус, мия функциялари, ортопед кузатуви олиб борилади • 1 йилда 1 марта ЛОР ва окулист маслаҳати.

Беморни даволаш тактикаси • Даво гимнастикаси, массаж, физиотерапия, жисмоний фаоллик чегараланмайди • Эрта ортопедик коррекция (махсус пойафзал, корсаж), хирургик амалиётни қўлаш мумкин (спастикани даволаш учун ризотомия ёки контрактурани тўғрилаш) • Малакали ўргатиш ва адаптацион жиҳозлар • Медикаментоз даволаш – симптоматик.

Дори билан даволаш • Седативлар, талваса ҳоллари кузатилганда ва спастик формаларда талвасага қарши препаратлар • Қон томирлари деворига таъсир қилувчилар, ноотроп препаратлар ва аминокислоталар (церебролизин, аминалон, пирацетам, глутамин кислота) • Симптоматик терапия ва йўлдош касалликларни даволаш.

Кечиши ва прогнози. Касаллик кучаймайди. Оқибати бош миянинг органик зарарланиш даражасига боғлиқ. Меҳнат ва ўқув фаолияти келажакда қандай бўлиши ҳаракат аппаратидаги ўзгаришлар формаси ва бола интеллектининг бузилиш даражасига боғлиқдир.

Қисқартмаси. БЦФ – болалар церебрал фалажи.

ХКК – 10 • G80 Болалар церебрал фалажи.

Илова. Торсион дистония – мушакларнинг дистоник қисқариши билан кузатиладиган клиник ёки ирсий гетероген ҳаракат бузилиши бўлиб, мушак ҳаракатларининг беихтиёр қисқаришига олиб келади.

ЮРАК УРИШИ

ЮРАКНИНГ АОРТАЛ НУҚСОНЛАРИ

Аорта клапанининг стенози – юрак нуқсони бўлиб, аортал клапан ва клапан олди структураларининг касаллиги туфайли аорта тешигининг торайишидир.

Аорта клапанининг етишмовчилиги – патологик ҳолат бўлиб, бужмайган клапан орқали қон аортадан чап қоринчага қайтиб оқиб тушиши (ретроград оқим) билан характерланади.

ХКК – 10 • 106 Аортал клапаннинг ревматик касалликлари • **106.0** Ревматик аортал стеноз • **106.1** Аортал клапаннинг ревматик етишмовчилиги • **135** Аортал клапаннинг норевматик зарарланиши • **135.0** Аортал (клапан) стеноз • **135.1** Аортал (клапан) етишмовчилиги.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯСИ

Аортал стеноз – саноати ривожланган мамлакатларда юрак клапани зарарланишининг энг кўп тарқалган тури.

- 60 % ҳолларда туғма икки тавақали нуқсони бор аортал клапан зарарланади (аортал клапаннинг туғма нуқсонли бўлиши, тарқалганлиги жиҳатидан 1 % ни ташкил қилади), 10 % ҳолларда анатомик нормал уч тавақали клапанда сенил дегенерация ва кальциноз кузатилади, 15 % ҳолларда аорта стенози ривожланишига ревматизм, 15 % ҳолларда бошқа сабаблар (инфекцион

эндокардит, Педжет касаллиги, гиперхолестеринемиянинг II тип, ревматоид артрит, СКВ, охроноз, нур касаллиги, сурункали буйрак етишмовчилиги) натижасида юзага келади.

- 50 ёшлардаги беморларда аортал стенознинг сабабчиси – ревматизмдир. 50 ёшдан 60 ёшгача туғма икки тавақали клапаннинг зарарланиши, 60 ёшдан ошганларда анатомик нормал уч тавақали клапаннинг сенил дегенерацияси туфайли.
- Ёши катталар гуруҳида эркаклар / аёллар нисбати 4:1 ни ташкил қилади.

Аорта клапаннинг регургитацияси. Бу нуқсоннинг тарқалганлиги беморнинг ёшига ва касаллик ривожланишига мойил омиллар борлигига боғлиқ.

- Ёши 65 дан ошганлар гуруҳида 20 – 30 % га яқин беморларда аорта регургитацияси аниқланади. Бу артериал гипертония ва атеросклероз натижасида аорта клапани склерози ва аорта илдизининг дилатацияси ривожланиши оқибатида юзага келади.
- Кўп ҳолларда аорта клапанининг зарарланиши унинг нуқсонларида (икки қаватли клапан), Вальсальва синусининг аневризмаси, ревматизмда кузатилади.
- Захм, АГ ва бириктирувчи тўқималар туғма дисплазиясида аорта клапанининг етишмовчилиги, асосан аорта илдизи дилатацияси билан боғлиқ.
- Инфекцион эндокардит аортанинг қаватланиши ва клапан тавақасининг жароҳат туфайли узилиши – аорта клапанининг ўткир етишмовчилиги ривожланишининг асосий сабабчиси.

Кўпгина ҳолларда ёши катталар тоифасида аорта стенози ва аорта етишмовчилиги кўшилган ҳолда учрайди. Бундай ҳолларда стеноз билан боғлиқ клиник белгилар устун туради.

ПРОФИЛАКТИКАСИ

- Аввало, ҳеч қандай симптомларсиз кечаётган аортал пороки бор беморлар, бирор бир белги пайдо бўлиши билан ўз вақтида шифокорга мурожаат қилиш муҳим эканлигини тушуниб етганликларига ишонч ҳо қилиш керак.
- Ҳозирги вақтда белгиларсиз кечадиган аортал стенознинг, аорта оғзининг торайишини секинлаштирувчи профилактик чора – тадбирлар маълум эмас. Эҳтимол тутилган аралашувлардан бири – статинлар тайинлашдир. Дори – дармонлар билан даволаш касаллик асоратларининг олдини олишга қаратилган бўлиб, инфекцион эндокардит, ревматик хуружлар қайталанишини бартараф қилиш мақсадида антибиотик профилактикани ўз ичига олади.
- Юрак ишемик касалликлари ривожланишига сабаб бўлувчи омиллар тўғрисида беморларга тўлиқ маълумот берилиши керак, бундан ташқари, олдини олувчи чора – тадбирларни ҳам ўтказиш зарур (“Барқарор кучланиш стенокардияси” мақоласига қаралсин).
- Аортал нуқсони бор беморлар стоматологик ва бошқа инвазив муолажалардан сўнг инфекцион эндокардит ривожланиш хавфи борлиги учун антибиотик профилактика тамойилларини тўлиқ билишларига ишонч ҳо қилиш керак.

СКРИНИНГ

Аортал порок борлигига расмий ихтисослашган скрининг ўтказилмайди. Айни вақтда клиник текширишда юрак аускультацияси ёрдамида беморларда қуйидаги

ҳолатларда аортал юрак пороки борлигини истисно қилиш лозим ● Бошдан кечирилган ревматик хуруж ёки тез – тез ангинага чалинишга анамнезда кўрсатмалар борлиги ● Тез чарчаш, кўкрак қафасида оғриқ, синкопал ҳолатлар, нафас қисишига шикоятлар борлиги ● Бириктирувчи тўқимадаги туғма дисплазия ● Захм.

КЛАССИФИКАЦИЯСИ

Аортал стеноз. Бу касалликнинг қанчалик оғирлиги аорта клапани тешиги майдонининг қанчага торайганлиги билан аниқланади:

- Нормада аорта клапани тешигининг майдони 2 см^2 дан $3,5 \text{ см}^2$ гача. Аорта клапани тешигининг майдони $1,5 \text{ см}^2$ дан катта бўлса, стеноз енгил ҳисобланади. Аорта клапани тешигининг майдони 1 дан $1,5 \text{ см}^2$ гача бўлса, стеноз ўртача, агар майдон 1 см^2 дан кичик бўлса оғир ҳисобланади.
- Аортал стенознинг оғирлигини аниқроқ баҳолаш учун аорта клапани тешигининг майдонини тана юзаси майдонига индексация қилиш билан аниқланади: енгил – $0,9 \text{ см}^2 / \text{м}^2$ дан катта, ўртача оғирликда – 0,6 дан $0,9 \text{ см}^2 / \text{м}^2$ гача, оғир – $0,6 \text{ см}^2$ дан кичик.
- Систолик градиент чўққисини (нормада 3 – 10 мм. сим. уст) ҳисоблаш асосида порокнинг оғирлигини баҳолаш унчалик аниқ эмас, аммо градиент 50 мм. сим. уст. дан катта бўлса, аорта стенози оғир деб ҳисобланади.

Аортал клапан етишмовчилиги. Бу нуқсоннинг оғирлиги қон фракциясининг регургитацияси ҳажми билан аниқланади.

- Чап қоринча регургитацияси оқими узунлигига қараб, аортал етишмовчилигининг 4 босқичи ажратилади (ярим миқдорли белги): I босқич – чап қоринча чиқарув йўли даражасидаги регургитация, II босқич – митрал тавақанинг олдинги томонигача, III босқич – сўрғичсимон мушаклар сатҳигача, IV босқич – сўрғичсимон мушакларгача ва кейин чап қоринча деворигача.

ДИАГНОЗИ

АНАМНЕЗ

- Юрак аортал пороклари узок вақт клиник кўринишларсиз кечиши билан характерланади.
- Беморларни сўраб – суриштирганда кўкрак қафасида оғриқ эпизодлари бўлишини, синкопал ҳолатларни, жисмоний зўриқишда нафас қисишини, олдинги текширувларда юракда шовқинлар эшитилганлигини сўраб билиш керак.
- Аортал стенознинг энг кўп намоён бўладиган клиник кўриниши – стенокардия хуружлари (50 – 70 %), синкопал ҳолатлар (15 – 30 %) ва сурункали юрак етишмовчилиги белгилари (ёши катталарда кўпайиб боради: «сурункали юрак етишмовчилиги» мақоласига қаранг). Камроқ тарқалган белгиси бўлиб, тўсатдан ўлим ҳолати кузатилади (1 % га яқин), ошқозон – ичаклардан қон кетиши (ангиодисплазия натижасида), юрак ритмининг бузилиши ва катта қон айланиш доирасида эмболия бўлиши.
- Аортал етишмовчиликнинг асосий клиник белгиси – нафас қисиши. Бундан ташқари, тез чарчаб қолиш, юракнинг тез уриш ҳисси ва кўкрак қафасининг чап тарафида ноҳушлик сезиш.

- Аортал етишмовчилигига шубҳа қилинганда унинг ўткир ёки сурункали эканлигини аниқлаш муҳимдир. ўткир аортал етишмовчилигига клиник белгиларнинг тез ўсиб бориши хосдир, йўтал, тиниқ балғам ажралиши (баъзан қон ипчалари билан), жисмоний зўриқишга толерантликнинг сезиларли пасайиши ва кўкрак қафасида оғриқ бўлиши.

ФИЗИКАЛ ТЕКШИРУВ

Аортал стенозга гумон қилинганда қуйидаги белгиларга эътибор қаратиш лозим.

- Дуксимон шаклдаги ҳайдаб чиқарувчи систолик шовқин (*crescendo – decrescendo*), эпицентри аорта проекцияси устида ва уйқу артерияларига ўтадиган кечки диастоланинг максимал интенсивлиги билан.
- Юрак чўққисида эшитиладиган юқори интенсивликдаги систолик шовқин (Галаверден симптоми).
- Аортада II тоннинг заифлашуви (клапан тавақаларининг аниқ кальцинозида беморларда клапан тавақалари ҳаракатчанлигининг йўқолиши, аортал компонентнинг заифлашувига олиб келади).
- Аортада юрак II тонининг кучайиши ва ҳайдаш систолик «черткиси» - клапаннинг ревматик зарарланиши ёки икки тавақали аортал клапан (кальцификатсиз) бўлган беморларда.
- Чап қоринча гипертрофияси яққол бўлган беморларда юрак IV тонининг бўлиши.
- Баъзи беморларда пульснинг классик ўзгариши (*pulsus parvus et tardus*); кўпинча ёши катта беморларда аорта деворларининг ва йирик артериялар эластиклигининг пасайиши натижасида каротид пульс эгри чизигининг юқорига кескин йўналган тиззаси аниқланади.
- Бўйин венаси пульсациясини аниқлаганда A тўлқинининг кучайиши кузатилади (Бернхайд феномени).
- Чап қоринча дисфункцияси қўшилганда, Вальсальва синамаси ўтказилганда, изометрик зўриқишда, бемор тик турган ҳолатида ва вазопрессорлар қўлланилганда шовқин интенсивлиги камаяди, бемор чўккалаб ўтирганда шовқин интенсивлиги кучаяди.

Аортал етишмовчиликка гумон бўлганда қуйидаги белгиларга аҳамият бериш керак.

- Юқори частотали эрта сўнувчи диастолик шовқин, диастоланинг бир қисмини ёки ҳаммасини эгаллайди. Шовқин эпицентри тўш суягининг чап тарафида III – IV коворғалар орасида (Боткин – Эрба нуктасида). Баъзи ҳолларда шовқин фақат бемор ўтирган ва олдинга эгилган ҳолатида, нафас чиқаришда нафасини тутиб турганида аускультация қилинганда эшитилади.
- Қисқа систолик шовқин эпицентри шу жойнинг ўзини аускультация қилганда.
- Юрак чўққисида диастолик (ўрта диастолик ёки пресистолик) юмшоқ паст частотали шовқин (Остин Флинт шовқини) митрал клапан тешигининг ўртача стенозида.
- Юрак I – II тонларининг заифлашуви.

- III тон (чап қоринча етишмовчилиги ривожланганда) ва IV тонлар (чап қоринча гипертрофияси яққол намоён бўлганда) борлиги.
- Диастолик артериал босимнинг пастлиги, пульс босимининг катталиги.
- Билак артериясидаги босимдан, тизза ости ёки тақим артериясида артериал босимининг баланд бўлиши (30 мм. сим. уст. ва ундан катта) (Хилл симптоми).
- Пульс тўлқинларининг характерли ўзгаришлари (puesus celer, altus et magnus).
- Аниқ аортал етишмовчиликда бир қатор кўргазмалар, аммо кам ахборот берувчи периферик симптом аниқланади. Бу беморларда чап қоринчада регургитация қонининг кўплиги, артериал оқимдаги артериал босим ўзгарувчанлиги туфайли юзага чиқади.
- Де Мюссе симптоми – юрак циклининг (систола ва диастолада) фазаларига мос равишда бошнинг олдинга ва орқага тебраниши. Уйқу артериаларининг яққол пульсацияси («каротид рақси»).
- Квинке симптоми («капилляр пульс») – лабларнинг ёки тирноқ ўрни рангининг артериалар томир уришига мос равишда уларни тиниқ ойна билан боганда «томир уришига мос ўзгариши».
- Дюрозье симптоми. Сон артерияси босиб турилганда аускультация қилинган жойга яқинроқ систолик шовқин ва сон артерияси босиб турилганда аускультация қилинаётган жойдан узоқроқда диастолик шовқин эшитилади.
- Траубе кўшалок тони – баланд («пушқасимон») кўшалок тонлар (систола ва диастолага мос равишда) сон артерияси устида.

Физикал текширув натижаларининг сурункали аортал етишмовчиликка хослигини таъкидлаш керак. Ўткир аортал етишмовчиликда бу маълумотлар кўпинча бўлмайдиган ёки кўриниши ўзгарган ҳолда бўлади ва бошқача клиник кўриниш беради.

- Физикал текширув ёки кўкрак қафаси аъзолари рентгенографияси кўрсаткичлари бўйича юрак ўлчамлари меъёрида.
- Пульс босими катталашмаган бўлиши мумкин, чунки систолик АБ пасайган, аортадаги босим чап қоринчадаги ошган диастолик босим билан тезда тенглашиб олади.
- Аортал етишмовчиликка хос шовқин етарлича яхши эшитилмаслиги мумкин, чунки аортадаги босим ва чап қоринчадаги босим тезда мувозанатга эришади. Бу қисқа, юмшоқ, баъзан тутиб бўлмайдиган диастолик шовқин пайдо бўлишига олиб келади.
- Жуда кўп ҳолларда сурункали аорта клапани етишмовчилиги учун хос бўлган симптомлар аниқланмайди.

ЛАБОРАТОР ТЕКШИРУВЛАР

- Аортал порок бор беморларнинг ҳаммасига стандарт умумий ва боқимёвий қон таҳлилларини ўтказиш зарур (СД га скрининг, гиперхолестеринемия, жигар ва буйрак фаолияти ҳолатини баҳолаш).
- Келгусида режалаштирилаётган жарроҳликка гумон қилинаётган беморларда, захм касаллигини аниқлаш учун серологик реакциялар комплексини ўтказиш зарур.

МАХСУС ТЕКШИРУВЛАР

- Аортал пороки бор беморларнинг ҳаммасига 12 уланишда ЭКГ ўтказиш зарур.
 - ◆ Чап қоринча гипертрофияси белгилари бор йўқлигига диққатни қаратиш керак (аортал стенози бўлган беморларда 50 % ҳолларда учрайди), ST сегментининг ва T тишчасининг носпецифик ўзгаришларига ҳам аҳамият бериш керак.
 - ◆ Тебранма (мерцательная) аритмия бўлганда митрал клапаннинг биргаликда кечаётган бошқа касалликларини аниқлаб олиш керак. Тебранма аритмия аортал стенози бор беморлар аҳволини ёмонлаштиради (юрак бўлмачалари дам олиши йўқолиши сабабли).
- Аортал пороки бор беморларда, қизилўнғачга контраст модда юбориб, икки проекцияда кўкрак қафаси аъзоларини рентгенографик текширувдан ўтказиш зарур.
 - ◆ Юрак сояси тузилишини ва ўлчамларини (кардиомегалия) баҳолаш зарур – меъёрида ёки «бошмоқ» кўринишида, бу кўриниш чап қоринча концентрланган гипертрофиясига хос.
 - ◆ Стеноздан кейинги аорта кенгайиши ёки клапан кальцификацияси ўпкада димланиш белгилари бор-йўқлигига аҳамият бериш керак.
- Юрак аортал пороки бўлган барча беморларга, трансторакал ЭхоКГ^D
 - ◆ кўрсатилган. Қалинлашган, кўпинча оҳакланган аортал клапан тавақалари, ҳаракатларининг чекланганлиги билан
 - ◆ Клапанлараро қон оқими тезлигини баҳолаш (3 м/с дан кам бўлса – унчалик катта бўлмаган стеноз, 3 – 4 м/с – ўртача стеноз, 4 м/с дан катта – оғир стеноз)
 - ◆ Регургитация мавжудлигида унинг қанчалик яққоллиги аниқланади
 - ◆ Юракнинг бошқа клапанлари ҳолати баҳоланади
 - ◆ Ўпка артериясидаги босим, чап қоринча миокардининг қисқариш хусусияти баҳоланади. Унинг деворлари қалинлиги, бўшлиғи диаметри ва чап бўлмача ўлчамлари баҳоланади.
- Кўз билан кўрганда қонқарли бўлмаса ёки олинган маълумотлар клиник кўриниш билан мос келмаса, қизилўнғач орқали датчик ишлатиб текшириш кўрсатилган.
- Аортал етишмовчилиги бор беморларда миокард қисқарувчанлик хусусиятини баҳолаш учун трансторакаль ЭхоКГ визуал қонқирмаси ёки олинган маълумотлар клиник кўринишига мос келмаса, радионуклид вентрикулография.
- Аортал пороки бўлган беморларга функционал статусни баҳолаш мақсадида жисмоний фаоллик билан синов ўтказиш кўрсатилган.
 - ◆ Аортал стеноз белгиларисиз кечаётган беморларга жисмоний фаолликлар АБ ва ЭКГ ни назорат қилиб шифокор кузатуви остида ўтказилиши керак.
 - ◆ Аортал стенози бўлиб клиник кўринишлари мавжуд бўлса, шунингдек оғир аортал стенози борлиги аниқ бўлган (аортал клапан тешиги майдони 1 см² дан кам) беморларга жисмоний фаоллик синовлари ўтказилмайди.
 - ◆ Ўртача ёки оғир аортал етишмовчилиги бор, кам ҳаракат ҳаёт тарзини олиб боровчи ёки функционал текширувда ҳар хил натижалар олинган бўлса, жисмоний синовни ўтказиши кўрсатилган.

- Аортал стенози бўлган ёши 35 ёки ундан катта беморлар, агар уларга аортал клапанда хирургик муолажа режалаштираётган бўлса, коронар ангиография ўтказиш учун юборилади.
 - ◆ Атеросклерознинг вақтли бошланишига сабаб бўлувчи иккита ёки ундан кўп омилларнинг (жинсини ҳисобга олмаганда) мавжудлиги ✦ 1 типдаги АГ ✦ СД ✦ Гиперлипидемия ✦ Чекиш ✦ оила анамнезида ЮИК дан ўлган беморлар борлиги (I даражали қариндошлар орасида, 55 ёшдан кичик бўлганлар).
 - ◆ Чап қоринча систолик дисфункцияси.
- Беморларга, агар уларда ноинвазив текширувлар ёрдамида аортал стенознинг оғирлик даражасини баҳолаш мумкин бўлмаган бўлса, ёки клиник кўриниши ва ЭхоКГ натижалари бири-бирига мос келмаса, юракнинг чап ва ўнг бўлмаларини катетерлаш кўрсатилган.
- Ёш болаларда клапанга протез кўйишдан олдин агар ноинвазив текширувлар, порокнинг оғирлиги тўғрисида аниқ ахборот берса, коронар ангиография ва юракни катетерлашни вақтинчалик тўхтатиб туриш керак.
- Клиник яққол намоён бўлган аортал етишмовчилиги бор беморларни юрак катетеризациясига юборилади. Агар уларда трансоракаль ва қизилўнгач орқали ЭхоКГ ўтказилганда кам ахборот олинган бўлса, агар бу маълумотлар чап қоринча фаолиятини ва регургитациясининг қанчалик намоён бўлишини баҳолаш учун етарли бўлмаса.
- Аортал етишмовчилигини ва ЮИК (ИБС) ривожланганлигига хавф солувчи омиллар борлиги беморларга юрак катетеризациясини ўтказишга кўрсатмадир.

ДИФФЕРЕНЦИАЛ ДИАГНОСТИКАСИ

- Аортал пороклари дифференциал диагнозида бошқа касалликлар ҳам учраши мумкинлигини таъкидлаш керак.
- Аортал стеноз деб гумон қилинаётган беморларда қуйидаги касалликларнинг йўқлигини аниқлаш лозим. Субаортал мембрана, Гипертрофияланган кардиомиопатия (обструктив хили) Туғма клапан усти аортал стенози. Ўпка артерияси клапани стенози. Қоринчалараро тўсиқ иллари. Митрал клапан етишмовчилиги.
- Аортал етишмовчилиги бор беморларни дифференциал ташхисида асосий вазифа регургитациянинг ўткир ёки сурункали эканлигини аниқлашдир. Ўткир аортал етишмовчилигини таъкидловчи белгилар қуйидагилар: тез ривожланиши ва клиник белгиларнинг кўпайиши. Беморда артериал гипотензия. Пульс босими меъёрида. Яққол кардиомегалиянинг йўқлиги. Ўпка шишиши белгилари, инфекциян эндокардит борлигига гумон.

КАРДИОЛОГ МАСЛАҲАТИГА КўРСАТМАЛАР

Кардиолог маслаҳатига ўрта ёки оғир аортал стенози бор беморларни юбориш лозим. Юрак етишмовчилиги белгилари бўлганлар, жисмоний фаолликни кўтара олмайдиган, стенокардия, ўрта ёки оғир аортал етишмовчилиги бор беморлар, чап қоринча дисфункцияси ёки дилатацияси клиник белгилари билан, клиник кўриниши билан текширув натижалари бир-бирига тўғри келмаган касаллар юборилади.

ДАВОСИ**ДАВОЛАШДАН МАҚСАД**

Яшаб кетиш муддатини узайтириш, клиник симптомларни йўқотиш ёки камайтириш, асоратларнинг олдини олиш.

ШИФОХОНАГА ЁТҚИЗИШГА КЎРСАТМАЛАР

- Ўткир аортал етишмовчилигига гумон қилинган беморларни шифохонага юбориш лозим.
 - ◆ Ўткир бошланган аортал етишмовчилик аниқ клиник белгилар билан кечади ва шошилиш даво бошлашни талаб қилади.
 - ◆ Белгиларни йўқотиш учун в/и вазодилататорлар ва диуретиклар юбориш керак бўлади.
 - ◆ Диагностик текширувни тезда бошлаш зарур, чунки баъзи ҳолларда шошилиш аралашув талаб қилиниши мумкин.
- Шифохонага амбулатор шароитда назорат қилиб бўлмайдиган аортал юрак белгилари бор беморлар ҳам юборилади.
- Шифохонага клиник белгилари йўқ, аммо юракнинг катталаниши ёки унинг қисқарувчи хусусияти пасайишининг зўрайиб бориши кузатилаётган беморлар ҳам юборилади.
- Шифохонада даволанишга жарроҳлик йўли билан даволаниш кўрсатилган беморлар ҳам юборилади.
- Беморни стационардан кўчириш мезонлари:
 - ◆ Беморнинг тўлиқ текширувдан ўтганлиги ва амбулатория шароитида ўтказиш мумкин бўлган кўрсатмалар.
 - ◆ Беморнинг сурункали барқарор ҳолати ва бу ҳолатни кардиолог назорати остида амбулатория шифокори кузатиб бориши мумкинлиги.

ДОРИЛАРСИЗ ДАВОЛАШ

Беморларни юрак ишемик касалликларини келтириб чиқарувчи омиллари билан таништириш ва юрак-томир тизимида ривожланадиган асоратларни камайтиришга доир дори-дармонларсиз даволаш усуллари кенг қўллаш керак (Стабил зўриқиш стенокардиясига қаралсин).

ДОРИЛАР БИЛАН ДАВОЛАШ

- Аортал пороки бор беморлар агар улар стоматологик ёки инвазив аралашувлар ўтказган бўлсалар, антибиотикопрофилактика кўрсатмаларига риоя қилишлари керак.
- Анамнезида ревматик хуруж бўлган беморлар, касаллик қайталанишининг олдини олиш учун профилактика қилиш зарур.
- Аортал стенози бўлган беморларда кескин жарроҳлик чора-тадбирларини амалга оширишга монеликлар бўлганда уларга симптоматик дори-дармонлар билан даволаш тайинланади.
 - ◆ Юрак етишмовчилиги активлигининг намоён бўлиши диуретиклар, дигоксин ва АПФ ингибиторлари ёрдамида тегишли назоратни олиб бориш керак.

- ◆ Аортал стенози бўлган беморларда кўпинча АГ кузатилишини эътиборга олиш керак; шундай ҳолларда артериал босимни пасайтирувчи дори препаратларини эҳтиётлик билан қўллаш керак.
- ◆ Стенокардияси бор беморларга β – адреноблокаторлар ва нитратлар қўлланилади, аммо шуни ҳисобга олиш керакки, аортал стеноз билан хасталанган беморларга нитратлар ёмон таъсир кўрсатади.
- ◆ Аортал стеноз фонида яққол юрак етишмовчилиги ривожланган беморларга, агар стенокардия белгилари бўлмаса β – адреноблокаторлар буюрилмайди.
- Хозирги вақтда оғир аортал стенози бор беморларда юрак – қон отилиши камайишидан келиб чиққан синкопал ҳолатларда қўлланиладиган махсус даво чоралари ишлаб чиқилмаган.
- Ритм бузилиши билан боғлиқ бўлган синкопал ҳолатларни даволашга антиаритмик терапия қўллаш орқали эришилади.
- Аортал стенозли беморларда мерцал аритмияни даволаш зарур.
 - ◆ Тез орада кардиоверсия ўтказишнинг имкони бўлмаганда ёки синус ритмини тиклашга нисбий қаршиликлар бўлса (мерцал аритмиянинг юзага келган муддати номалум ёки пароксизм давомийлиги 48 соатдан кўп), қоринчалар қисқариш частотасини назорат қилишга ДВ ёрдамида эришиш зарур ✦ Айланма канал блокаторлари (верапамил ёки дилтиазем) ёки β – адреноблокаторлар (аортал стеноз билан боғлиқ ўткир юрак етишмовчилиги бўлмаганида) ✦ Дигоксин.
 - ◆ Аортал стенозли беморларда мерцал аритмия юзага келса, унга қўшимча митрал клапан зарарланишига гумон қилиш мумкин.
- Аортал клапан кальцификацияси бор беморларда аортал стеноз ривожланишини профилактика қилиш мақсадида станинлар буюрилади.
- Қуйидаги ҳолларда сурункали аортал клапан етишмовчилиги бор беморларга перорал ичиш учун вазодилататорлар (гиралазин ва нифедипин) буюриш мақсадга мувофиқ.
 - ◆ Аортал клапанни протезлаш режалаштирилмаган клиник манзарили беморларга.
 - ◆ Вазодилататорлар билан қисқа муддатли терапия клиник маазарали беморларда симптоматиканинг енгиллашишига олиб келиш мумкин; бундай терапияга аортал клапанни протезлаш операциясидан олдинги тайёргарлик деб қаралади.
 - ◆ Юракнинг нормал қисқариш функцияси ва клиник белгиларсиз бўлган беморлар (компенсация даврени узайтириш мақсадида вазодилататорлар буюрилади).
 - ◆ АГ ва аортал клапан етишмовчилигининг ҳамма даражасида клиник белгилари бўлмаганларда.
- АБ керакли даражага етмагунча ёки ножўя тасирлар пайдо бўлгунча ДВ ларнинг миқдори ошириб борилади.

ХИРУРГИК ДАВО

- Хирургик даво – аорта стенозининг клиник белгилари намоён бўлишида бирдан – бир самарали даво тури ҳисобланади. Клиник белгилари ривожланиб бораётган беморларга операциясиз даво ўтказилганда уларнинг 50% ининг умри 2 йилдан ошмайди.
- Аортал вальвулопластика усулидаги операцияни туғма аортал стенози бўлган ёши кичик беморларда, ҳамда аортал клапанларни протезлашга мўлжалланган беморларда ўтказилиши зарурлигини белгилаб олиш керак бўлади.
 - ◆ Баллонли аортал вальвулопластикани ўтказиш ёш туғма аорта стенози бўлган беморларда яхши натижа беради.
 - ◆ Баллонли аортал вальвулопластикани ўтказишга кўрсатма бўлиб клиник белгилари аниқ намоён бўлган беморлар, агар уларнинг ёндош касалликлари йўл бермайдиган бўлса ёки бемор операцияга розилик бермаган ҳолларда хизмат қилади.
 - ◆ Баъзи бир ҳолларда баллонли аортал вальвулопластика усулини оғир юрак етишмовчилиги бўлган беморларда ёки оғир аортал стенози бўлган ҳомиладорларда аортал клапанни протезлашдан аввал ўтказиладиган операция деб ҳисобланади.
- Аортал клапанни протезлаш кўпинча катта ёшдаги аортал стенознинг клиник белгилари бўлган беморларда ўтказиладиган давонинг охириги босқичи деб ҳисобланади. Вальвулопластика бундай тоифадаги беморларда кўпинча клапанда кальциноз бўлганлиги туфайли уларнинг тўла тикланишига олиб келолмайди.
 - ◆ Клиник манзараси аниқ намоён бўлган аортал клапан стенозли беморларда аортал клапанни протезлаш зарурияти ва унинг имконларини баҳолаб олиш зарур бўлади.
 - ◆ Аортал клапанни протезлаш оғир аортал стенози бўлган беморларда қуйидаги ҳолларда ўтказиш мўлжалланади ✦ Клиник манзараси аниқ бўлган оғир аортал стенозда ✦ Коронар шунтлаш операциясига режалаштирилган оғир аортал стенозда ✦ Аорта ва бошқа юрак клапанида операция мўлжалланган оғир аортал стенозда.
 - ◆ Аортал стенози оғир бўлмаган беморларда аортал клапанни протезлаш қуйидаги ҳолларда мўлжалланади ✦ Аорта, коронар томирлар ва юракнинг бошқа клапанларида оператив даво ўтказишда ✦ Чап қоринча дисфункцияси кузатилганда ✦ Юклама синамасини ўтказишда юкламага гипотензив реакция берганда.
- Аортал клапанни протезлаш оғир сурункали аортал етишмовчилиги қуйидаги ҳолатлар билан биргаликда учраганда:
 - ◆ Чап қоринча дисфункцияси кузатилиб, унинг чиқариш фракцияси 50% дан кам бўлганда.
 - ◆ Чап қоринча бўшлиғининг ўртача ёки анчагина кенгайишида (якуний диастолик ўлчам 70мм дан, якуний систолик ўлчам 50мм дан ортиқ бўлганда).
 - ◆ Стенокордияда, коронар артериялар окклюзион атеросклерози бўлганда ёки бўлмаганда.

- ◆ Коронар шунтлаш ёки юракни бошқа клапанида операция режалаштирилганда.
- Аорта илдизи зарарланиши (Марфан синдроми) клиник белгилари кузатилаётган беморларда аорта илдизининг 55мм дан ортиқ кенгайишида ҳам протезлашга кўрсатма берилади.

БЕМОРНИ ЎРГАТИШ

- Касаллик табиати ва унинг табиий кечишини беморларга тушунтириш керак.
- Аортал парокнинг типи ва кўринишига қараб беморларга зарурий актив жисмоний кун тартиби тавсия этилади.
 - ◆ Беморларга енгил аортал стеноз ва клиник манзараси бўлмаганида жисмоний активликни чагаралаш керак эмас.
 - ◆ Ўртача аортал стенози бор беморлар динамик ёки статик мушак зшриқишини талаб қилувчи спорт беллашув мусобақаларида қатнашишдан ўзларини тийишлари зарур.
 - ◆ Оғир аортал стенози бор беморларга жисмоний зўриқишни минимумга туширишларига кўрсатма бериш зарур.
 - ◆ Сурункали аортал етишмовчилиги бор беморлар чап қоринча фаолияти меъёрида бўлса, ҳар кунги ҳаракат фаолликларини катта бўлмаган жисмоний зўриқишни ўз ичига олган ҳолда, баъзи спорт беллашув мусобақаларида иштирок этишлари мумкин.
 - ◆ Фаол спорт билан шуғулланувчи беморлар ўзларининг функционал статусларини баҳолаш учун зўриқишни синаб кўришлари керак.
- Беморларга касаллик кечишининг оғирлашиш белгиларини тўлиқ ёритиб бериш керак.
 - ◆ Беморлар ҳар бир ўзгаришларни, агар улар клиник белгиларининг кўринишига боғлиқ бўлса, қайд қилишлари керак.
 - ◆ Касаллик кечишининг оғирлигига гумон қилувчи белгилар ✦ нафас қисиши ✦ жисмоний зўриқишларга чидамлик пасайиши ✦ кучли ҳолсизлик ✦ стенокардия ✦ ҳушдан кетиш ҳолатлари ✦ шишлар.
- Беморларга инфекцион эндокардит профилактикаси муҳимлигини тушунтириш. Пенициллинга аллергияда, амоксициллин қўлланилади – клиндомицин, цефолексин, азитромицин ёки рокситромицин.

КАРДИОЛОГ МАСЛАҲАТИГА КЎРСАТМАЛАР

- Дори – дармонлар билан даволашга оид саволлар ва жарроҳлик усули бўйича кардиолог билан маслаҳатлашиш зарур.
- Аортал стенозда кардиолог билан маслаҳатлашиб, беморларни қуйидаги ҳолларда қандай усулларда олиб бориш кераклигини ҳал қилиш зарур
 - ◆ Трансторакал ЭхоКГ маълумотларига кўра ўрта ва оғир аортал стенозларда
 - ◆ Клиник белгилари яққол намоён бўлган аортал стеноз
 - ◆ ЭхоКГ маълумотлари ва клиник белгилари бир – бирига мос келмаганда
 - ◆ Олдиндан бор белгилар динамикаси ва янгиларининг пайдо бўлиши
 - ◆ чап қоринча дисфункцияси бўлган аортал стеноз.

- Касаллик кечиши зўрайиб, янада кўпроқ эътибор талаб қилганда, агар беморларда текширувни давом эттириш учун инвазив муолажалар ўтказиш керак бўлса ёки аортал клапан протезини қўйиш режалаштирилган бўлса, кардиолог маслаҳатини ўтказиш зарур.
- Аортал етишмовчилиги бўлган қуйидаги ҳолларда кардиолог билан маслаҳатлашиш яхши натижа бериши мумкин ♦ ўткир аортал етишмовчилигининг юзага келиши ♦ Клиник белгилар билан кечадиган аортал етишмовчилик ♦ Ўрта ёки оғир сурункали аортал етишмовчилиги ♦ Инвазив бўлмаган текширувлар маълумотида, аортал регургитацияси катта бўлмаган, лекин клиник белгилари яққол кўринган аортал етишмовчилик ♦ Чап қоринча катталашуви ёки систолик дисфункция.

КЕЙИНГИ КУЗАТИШ

- Беморларда касалликнинг ривожланиб боришини баҳолаш учун клиник ва ЭхоКГ текширувларини ўтказиб, мунтазам динамик кузатув олиб бориш зарур.
- Аортал пороки бор беморларни камида йилда 1 марта текшириб назорат қилиб туриш зарур ♦ Енгил аортал стенози бўлса: шикоятларини ва анамнези атрофлича ўрганиш, физикал текширув ✦ Ўрта ва оғир аортал стенози бор беморларда шикоятлари ва анамнезини ҳар олти ойда йиғиш, агар янги белгилар пайдо бўлса ёки мавжуд белгиларнинг кўриниши ўзгарса – зарурат бўлса ✦ Инфекцион эндокардит профилактикаси зарур.
- Аортал стенозли беморларда шикоят ва анамнез ва физикал текширувларга қўшимча равишда динамикада кузатиш мақсадида трансоракал ЭхоКГ ни ҳам қўллаш зарур.
 - ♦ Бу усулни аортал клапан тешиги майдонини баҳолаш ва чап қоринча деворининг қалинлигини, миокарднинг қисқариш қобилятини баҳолаш учун қўлланилади ✦ Оғир аортал стенози бор беморларда ҳар йили ✦ Ўрта аортал стенозида ҳар 2 йилда ✦ Енгил аортал стенози бор беморларда ҳар 5 йилда.
 - ♦ Клиник кўриниши ёки чап қоринча фаолияти ўзгарганда текширувлар орасидаги оралик, зарурат бўлса, қисқартирилиши мумкин.
 - ♦ ЭхоКГ текширувнинг сифати техник сабабларга кўра қониқарсиз бўлса, беморларни динамикада кузатиш учун юрак МРТ сени қўллаш мумкин.
- Биринчи бор аниқланиши ва сурункали аортал етишмовчилиги бор деб тахмин қилинаётган беморларда, агар аортал клапанни зудлик билан протез қилишга кўрсатмалар бўлмаса (анамнез, физикал текширув ва ЭхоКГ ни ўз ичига олган ҳолда) ривожланиб бораётган ярим ўткир жараённи аниқ қайта текширувдан 2-3 ойдан сўнг ўтказиш кўрсатилган.
- Енгил аортал етишмовчилиги клиник кўринишсиз бўлган ва чап қоринчанинг фаолияти ва ҳажми ўзгармаган беморларга ҳар йили оралик текширувни ўтказиш лозим, бунда анамнез йиғиш, физикал текширув, ЭхоКГ эса 2-3 йилда 1 марта ўтказилади.
- Оғир аортал етишмовчилиги бор, аммо клиник белгиларисиз, чап қоринча фаолияти ва унинг ҳажми ўзгармаган беморларда клиник текширув, ЭхоКГ ўз ичига олган ҳолда 6 – 12 ойда 1 марта ўтказиш зарур.

- Чап қоринча бўшлиғи дилатациясининг зўрайиши тасдиқланмаса, ЭхоКГ ни 1 йилда бир марта ўтказиш керак.
- Асоратлар ривожланиши хавфи катта бўлган беморларда (диастолик ўлчам чегараси 70 мм дан катта, систолик ўлчам чегараси 50 мм) клиник текширув, ЭхоКГ ни қўшган ҳолда ҳар 4 – 6 ойда такрор ўтказиб туриш керак.
- Қўшимча қайта ЭхоКГ текширув қўйидаги ҳолларда ўтказилади ♦ Илк бор намоён бўлган клиник белгилар ♦ Клиник белгилар намоён бўлишининг ўзгаришлари ёки жисмоний зўриқишни кўтара олиши ҳақида аниқ маълумотлар бўлмаганда ♦ Чап қоринча бўшлиғи дилатациясининг ўсиб боришини тасдиқловчи клиник белгилар ёки аортал етишмовчилигининг зўрайиши ♦ Аорта илдизи зарарланишининг зўрайиши.
- Шуни таъкидлаш керакки, клиник белгиларсиз, чап қоринча фаолияти меъёрида бўлган беморларда давомли зўриқиш тестлари ўтказиш зарурияти йўқ, аммо шундай текширувлар ўтказиш, симптоматикаси ишонарсиз бўлган беморларда жисмоний зўриқишга толерантликнинг бузилиши юзага келишини аниқлашда фойда бериши мумкин.

ПРОГНОЗИ

- Аортал стенозининг табиий кечиши шу билан характерланадики, у узок вақт компенсацияланган бўлади ва клиник белгилар бўлмайди. Ҳар йили аортал клапан тешиги майдони ўртача 0,12 см² га кичраяди, бунда трансклапан градиенти 10 – 15 мм симоб устунига катталашади. Клиник кўринишлари пайдо бўлганда (стенокардия, синкопал ҳолат, юрак етишмовчилиги) беморларнинг умр кўриши кескин камаяди ва 2-3 йилдан ошмайди.
- Сурункали аортал етишмовчилигида юрак етишмовчилиги ривожланиши содир бўлиши йилига 4,3% ни ташкил қилади. Бунда чап қоринча фаолиятининг пасайиши, клиник кўринишлар пайдо бўлмасдан, йилига 1,3% ни ташкил қилади. Клиник кўринишлар пайдо бўлгандан кейин беморлар ўлими йилига 10% дан кўпроқни ташкил қилади.

ЮРАКНИНГ МИТРАЛ НУҚСОНЛАРИ

Митрал стеноз – чап бўлмача – қоринча тешигининг торайиши бўлиб, систола вақтида қоннинг чап бўлмачадан, чап қоринчага физиологик оқимига ҳалақит беради.

Митрал етишмовчилик – юрак қоринчаларининг систоласи вақтида, чап қоринчадан чап бўлмачага қоннинг орқага оқиш ҳаракатига чап бўлмача – қоринча клапанининг қаршилиқ қила олмаслигидир.

Митрал клапан пролапси – чап қоринчанинги систоласи вақтида, митрал клапаннинг 1 та ёки иккала тавақасининг чап бўлмачага патологик оиб (эгилиб туриши) қолиши.

ХКК-10: • **I05** Митрал клапаннинг ревматик касалликлари • **I05.0** Митрал стеноз • **I08.0** Митрал ва аортал клапанларнинг биргалиқда зарарланиши • **I08.1** Митрал ва уч тавақали клапанларнинг биргалиқда зараланиши • **I08.3** Митрал аортал ва уч тавақали клапанларнинг биргалиқда зарарланиши • **I34** Митрал клапаннинг

норевматик зарарланишлари • **I34.0** Митрал (клапан) етишмовчилик • **I34.1** Митрал клапан пролапси • **I39.0** Бошқа бўлимларда таснифланган касалликлар натижасида митрал клапаннинг зарарланиши.

• **Q23.2** Туғма митрал стеноз • **Q23.3** Туғма митрал клапан етишмовчилиги • **Q23.8** Аортал ва митрал клапанларнинг бошқа туғма нуқсонлари.

ҚИСҚАРТМА: МС – митрал стеноз, МЕ – митрал етишмовчилик.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯСИ

- МС доим ўткир ревматик хуруж бўлиб ўтгандан кейин пайдо бўлади, кўпроқ аёлларда. Яширин (латент) даври юракнинг (кардит) ревматик зарарланиши вақтидан нуқсоннинг клиник кўринишлар пайдо бўлгунча 20 йилга яқин вақт ўтади. Шундай қилиб, касаллик намоён бўлиши 30 – 40 ёшларга тўғри келади.
- Кўп ҳолларда МЕ нинг сабабчиси – митрал клапан пролапсидир (2 – 6%). Ревматизм сабабли МЕ пайдо бўлиши 1/3 дан кам ҳолларда келиб чиқади. Митрал клапан етишмовчилиги кўпроқ эркакларда учрайди.

ПРОФИЛАКТИКАСИ

- А гуруҳидаги β – гемолитик стрептококк туфайли келиб чиққан касалликларда беморларга бир хил (адекват) антибактериал терапия тайинланиши керак.
- Анамнезида ўткир ревматик хуруж ўтказган беморларда юрак зарарланиши (ревматик кардит) бор бўлса, касаллик айниқса қайталаниши (рецидив) нинг олдини олиш учун узоқ вақт антибиотикопрофилактика ўтказиш керак.
- Инфекцион эндокардит ривожланиш хавфи бор беморларга стоматологик, инвазив муолажалар ва хирургик аралашувлардан олдин керакли антибактериал профилактика чораларини ўтказиш лозим.
- Чап қоринча дисфункцияси бўлган беморларга, чап қоринча бўшлиғининг дилатациясини олдини олиш мақсадида, МЕ ривожланишига сабаб бўлганлиги учун АПФ ингибиторларини ва β – адреноблокаторларни тайинлаш керак.

СКРИНИНГ

- Клиник белгилари йўқ беморларга митрал порок ташхиси, одатда бошқа касалликлар туфайли текширув ўтказилаётганда аниқланади.
- Ўткир ревматик хуружни бошидан кечирган кишиларда юрак митрал пороки бор – йўқлигини аниқлаш учун скрининг ўтказиш керак.
- Асосий скрининг усули – юрак аускультациясидир.

КЛАССИФИКАЦИЯСИ

- МС таснифида оғирлик даражаси чап бўлмача – қоринча тешигининг торайишига қараб белгиланади (жадвалга қара).
- МЕ таснифида оғирлик даражаси қоннинг орқага қайтадиган (регургитация) фракциясининг ҳажми билан белгиланади. Чап бўлмачага қайтадиган оқимнинг яққолигига қараб, митрал клапан етишмовчилиги 4 даражага бўлинади.
 - ◆ Минимал (I даража). Регургитация тавақалар сатҳи билан тенг (регургитация оқими узунлиги тавақалар асосидан чап бўлмачагача 4 мм гача).
 - ◆ Ўртача (II даража). Регургитация оқими чап бўлмача бўшлиғига 1/3 гача кириб боради (10 – 15 мм).

- ◆ Яққол (III даража). Регургитация оқими чап бўлмачанинг ўрта қисмигача кириб боради.
- ◆ Оғир (IV даража). Регургитация чап бўлмачанинг бор узунлигига тенг.

ДИАГНОЗИ**АНАМНЕЗИ**

- Митрал пороклар узоқ вақт клиник белгиларсиз кечиши билан характерланишини ҳисобга олиш керак.
- Беморни сўраб – суриштираётганда қуйидагиларни айниқса батаф сўраш керак: ревматик хуруж бўлиб ўтганлиги, оила анамнезида туғма юрак касалликлари ва бириктирувчи тўқима диспозияси борлиги, чунки бу маълумотлар ревматизм мезонларини аниқлаш учун зарур.
- Ревматизм мезонлари (Қайта кўриб чиқилган Джонс мезонлари, 1992):
 - ◆ Катта мезонларлар ✦ Кардит ✦ Полиартрит ✦ Хорея ✦ Тери ости тугунчалари ✦ Эритема.
 - ◆ Кичик мезонлар ✦ Артралгия ✦ Иситмалаш ✦ ЭЧТФ ✦ СРБ нинг ошиши ✦ P-R интервалининг узайиши ✦ А гуруҳ стрептококклари келтириб чиқарган инфекция бўлганлигига кўрсатмалар ✦ Қонда антистрептококк АТ титрининг кўпайиши.

Даражаси	Митрал клапан тешиги майдони, см ²	Трансмитрал градиент, мм сим.уст.
Ўртача	>1,5	<5
Яққол	1 – 1,5	5 – 10
Оғир	<1	>10

- Беморларни сўраб – суриштиришда қуйидаги шикоятлар бор – йўқлигига эътибор бериш керак ◆ Нафас қисиши (жисмоний зўриқиш, проксизмал тунги нафас қисиши, юрак астмаси) ◆ Кучли дармонсизлик ◆ Юрак уриши сезиш ◆ Кўкрак қафасининг чап қисмида ноқулайлик сезиш ◆ Қон тупуриш ◆ Овоз бўғилиши ◆ Синкопал ҳолат (митрал клапан пролапсида) ◆ Бош мия томирлари зарарланиши билан боғлиқ эмболик асоратнинг белгилари (ТИА, кўриш қобилиятининг ўтувчан бузилиши ва бошқалар) ◆ Периферик шишлар ◆ Ўнг қовурға остида оғирлик сезиш.
- Шуни назарда тутиш керакки, ҳар хил ҳолатлар туфайли юракнинг зўриқиб ишлаши ва юракнинг қонни итариб беришининг кучайиши сабабли бемор аҳволининг ёмонлашишини ҳисобга олиш керак, - иситмалаш, проксизмал тахикардия, камқонлик, ҳомиладорлик, тиреотоксикоз. Ревматик хуружларнинг қайталаниши катта аҳамиятга эга (60% беморлар буни пайкамайдилар).
- Ўткир оғир МЕ борлигига, тўсатдан бошланган нафас қисиши, ўпка шишиши ёки кардиоген шок бўлган беморларда гумон қилиш мумкин. Қуйидаги шикоятларга диққатни қаратиш лозим:

- ◆ Яққол намоён бўлаётган хансираш.
- ◆ Йўтал, баъзи ҳолларда тиниқ балғам билан (баъзан қон лахталари билан).
- ◆ Ортостатик артериал гипотензия.
- ◆ Ўнг қоринча етишмовчилиги белгилари (ўнг қовурға остида нохушлик, овқатланаётган вақтда дарров тўйиб қолиш, шишлар).

ФИЗИКАЛ ТЕКШИРУВ

Беморларни физикал текшириш вақтида қуйидаги симптомларга аҳамият бериш керак.

МИТРАЛ СТЕНОЗ

- Ташқи кўриниш – митрал юз (facies mitralis): кўкимтир лаблар ва қизил ёноқлар.
- Пульс – пульс тўлқинининг ошиб бориш тезлиги меъёрида, тўлиқлиги суст.
- Бўйин веналари – ўнг қоринча етишмовчилиги йўқлигида ўзгаришсиз.
- Чўққи турткиси – жойлашиши ва тезлиги одатдагидай. Жойидан жиши МЕ ёки аортал порок кўшилганлигидан далолат беради.
- Баъзи ҳолларда диастолик титраш аниқланади (“мушук хириллаши” симптоми).
- Аускультация.
 - ◆ Тонлар.
 - ✦ I тон – кучайган (“қарловчи”). Аниқ фиброз ўзгаришларда, табақаларда оҳакланишда ёки табақалар деформациясида кучайиш йўқолиши мумкин.
 - ✦ II тон – ўзгаришсиз (ўпка гипертензияси бўлмаганда). Ўпка гипертензиясида ўпка артерияси устида II тон акценти эшитилади.
 - ✦ III тон – эшитилмайди.
 - ✦ IV тон – эшитилмайди.
 - ✦ Тон (“чертиш”) митрал клапан очилиши (диастола вақтида).
 - ✦ Зўрайган I тон, зўрайган II тон ва митрал клапан очилиши тони биргаликда «бедана ритмини» пайдо қилади.
 - ◆ Шовқинлар.
 - ✦ Диастолик шовқин – паст частотали, декрешшено характерли, митрал клапан очилиши тонидан кейин даров юзага келади, жисмоний зўриқишдан сўнг кучаяди. Чап ён бошига ётганда яхши эшитилади.
 - ✦ Диастолик шовқин (Грэм Стилл шовқини) – ўпка артерияси етишмовчилиги шовқини.

Митрал етишмовчилик

- Пульс – оғир МЕ да – тез кўтарилади, тўлиши ўртача, тебранма аритмия бошланганда ритми бузилган.
- Бўйин веналари – ўпка гипертензияси бўлмаганда ўзгармаган.
- Чўққи турткиси – ёйилган, узайган, чапга жиган.
- Аускультация .
 - ◆ Тонлар
 - ✦ I тон – меъёрида ёки кучсизланган (МЕ оғир турида).
 - ✦ II тон – ёрилган (чап қоринчанинг тез бўшалиши, эрта аортал компонентга олиб келади), шовқин туфайли ёмон эшитилиши мумкин.

- ✦ III тон – кўпинча эшитилади, доим ҳам чап қоринча етишмовчилиги билан боғлиқ эмас.
- ✦ IV тон – камдан – кам эшитилади (тебранма аритмияда эшитилмайди).
- ◆ Шовқинлар.
 - ✦ Юқори частотали, голосистолик шовқин, юрак чўққисида максимал эшитилади, чапга қўлтиқ ости соҳасига (иррадиация) берилиши мумкин (митрал клапан орқа тавақаси зарарланганда) ва юқорига тўш бўйлаб (олди тавақаси зарарланганда) шовқин (постнагрузка) зўраяди. (кўлларнинг изометрик кучланиши).

Митрал клапан пролапси

Митрал чертиш – кўшимча аускультатив феномен, юрак чўққисида ўрта ва кечки систолада эшитилади.

Митрал клапаннинг ўткир етишмовчилиги

Кардиоген шок ёки ўпка шиши симптоматикаси билан характерланади. Физикал текширувда қуйидаги белгилар аниқланади.

- Юрак чўққисида чап қўлтиқ остига ўтувчи – голосистолик шовқин.
 - ◆ Баъзи ҳолларда шовқин юрак асосига узатилиши мумкин.
 - ◆ Ўткир оғир МЕ бўлмаганда шовқин узоқ чўзилмайдиган бўлиши мумкин.
 - ◆ III тон борлиги.
 - ◆ IV тон борлиги (синус ритмли беморларда).
 - ◆ Ўнг қоринча етишмовчилиги белгилари (бўйин веналарининг бўртиши, гепатомегалия, оёқлар шишиши).

ЛАБОРАТОР ТЕКШИРУВЛАР

- Юрак митрал пороки бор беморларнинг ҳаммасига бир хил қоннинг умумий ва биокимёвий тахлилларини ўтказиш зарур (ҚД га скрининг, гиперхолестеринемияга, жигар ва буйраклар фаолиятини баҳолаш), кейинчалик жарроҳлик усулида даволашга тахмин қилинганда жуда ҳам зарур.
- Юрак митрал порокида ва тебранма аритмияда қалқонсимон без фаолиятини ҳам баҳолаш керак.

МАХСУС ТЕКШИРУВЛАР

- Юрак митрал пороки бор беморларнинг ҳаммасига 12 стандарт уланишда ЭКГ қилиш зарур. Қуйидаги белгилар борлигига аҳамият берилади:
 - ◆ Митрал стеноз: синус ритмида – P – mitrale, V₁ уланишда P тишча фазаси чуқур ва манфий, кўпинча тебранма аритмия кузатилади. Чап қоринча гипертрофияси белгиларида унинг бошқа сабабларини рад қилиш керак (митрал етишмовчилик, аортал порок, АГ).
 - ◆ Митрал етишмовчилик синус ритмида чап бўлмача гипертрофияси ва дилатация белгилари аниқланади. Чап қоринча (чап бўлмачалар ҳам) гипертрофияси МЕ нинг охирги босқичларида, ўпка гипертензияси бор бўлганда қайд қилинади.
 - ◆ Митрал клапан пролапси: ЭКГ да одатда ўзгаришлар бўлмайди. II-III, avf уланишларда икки фазали ёки манфий T тишча, шунингдек қоринча ва қоринча усти экстрасистолалари қайд қилиниши мумкин.

- Юракнинг митрал пороки бор беморларга икки проекцияда кўкрак қафасининг рентгенографиясини ўтказиш керак. Бунда қизилўнғачга контраст модда барий эритмаси юборилади. Қуйидаги белгилар борлигига диққатни қаратиш лозим.
 - ◆ Митрал стеноз ✦ Ўпка веноз гипертензияси белгилари, Б типидagi Керли чизиғи борлиги ✦ Ўпка артериал гипертензиясида «ампутация» симптоми аниқланади ✦ Ўпка артерияси стволи ва шохчаларининг кенгайиши ✦ Тўғри проекцияда – чап бўлмача кулоқчаси ва ўпка артерияси стволининг шишиши юракнинг учинчи ва иккинчи ёйи ✦ Баъзан митрал клапан оҳакланиши аниқланади ✦ Ўнг ён бош қийшиқ проекцияда катталашган чап бўлмача контрастланган қизилўнғачнинг орқага итаради (одатда кичик ёй радиуси бўйича).
 - ◆ Митрал клапан етишмовчилиги ✦ Чап бўлмача ва унинг кулоқчасининг (учинчи ёйи) дилатацияси ✦ Чап қоринча катталашуви (тўртинчи ёйи) ✦ Порокнинг қийинлашган босқичларида кардиомегалия ✦ Аниқ МЕ да ўпка гипертензияси белгилар характерлидир.
 - ◆ Митрал клапан пролапси: одатда метинографик ўзгаришлар бўлмайди.
- Юрак митрал пороки бўлган барча беморларга ЭхоКГ қилиш керак.
 - ◆ МС бўлган беморларга қуйидаги ҳолларда трансторакаль ЭхоКГ ўтказилади:
 - ✦ МС диагностикаси, гемодинамиканинг оғирлигини баҳолаш (градиент, митрал клапан тешиги майдони, ўпка артериясидаги босим), ўнг қоринча ҳолатини баҳолаш.
 - ✦ Митрал клапан морфологиясини баҳолаш, тери орқали баллонли вальвулотомия ўтказиш мумкинлигини аниқлаш мақсадида.
 - ✦ Клапандаги биргаликда кечаётган қўшилиб келган зарарланишни баҳолаш ва диагностикаси.
 - ✦ МС диагнози бўлган беморларни клиник кўриниши ўзгарганда динамик текширув.
 - ◆ Қизилўнғач орқали ЭхоКГ, митрал стеноз бўлган беморларда қуйидаги ҳолларда ўтказилади.
 - ✦ Тери орқали баллонли вальвулотомия ёки кардиоверсия ўтказиш режалаштирилган беморларда чап бўлмачада тромб бор – йўқлигини аниқлаш учун.
 - ✦ Митрал клапан морфологиясини ва юрак ичи гемодинамикасини баҳолаш учун трансторакаль ЭхоКГ натижалари кам ахборот берганда.
 - ◆ МЕ бўлган беморларга трансторакаль ЭхоКГ қуйидаги ҳолларда кўрсатилган.
 - ✦ Текширишга бошқа илож қолмаганда МЕ оғирлигини баҳолаш мақсадида ва чап қоринча фаолиятини баҳолаш учун МЕ борлигига гумон қилинган ҳар бир беморда ўтказилади.
 - ✦ МЕ механизмини аниқлаш учун.
 - ✦ Йиллик ва ярим йиллик динамик кузатув – чап қоринча фаолиятининг аҳволини (чап қоринча итариш фракциясини текшириш ва охириги систолик ўлчамни аниқлаш учун) оғир МЕ бор, аммо клиник кўринишлари йўқ беморларга.

- ✦ Клиник белгилари ўзгарган ҳолларда юракнинг аҳволини баҳо бериш учун.
- ✦ МЕ ни хирургик давосидан сўнг юракнинг кейинги ҳолатини аниқлаш учун.
- ◆ Бошқа ҳолларда қизилўнгач орқали датчикни қўллаган ҳолда ЭхоКГ ўтказиш.
 - ✦ Трансторакал текширувдан МЕ оғирлиги ва чап қоринча фаолияти ҳолати тўғрисида кам ахборот олинганлиги учун МЕ бор беморларда МЕ ни баҳолаш учун.
- Митрал клапан пролапси ва қуйидаги клиник белгилари бор беморларда юрак ўйнаши, синкопал ҳолат, Холтер бўйича суткалик мониторланган ЭКГ ўтказиш кўрсатилган.
- Диагностик тестлар (лаборатор, ноинвазив ва инвазив текширувлар) митрал порокларда.
 - ◆ Одатдаги текширувлар сўнггида: қоннинг умумий ва биокимёвий таҳлиллари, кўкрак қафаси аъзолари рентгенографияси, ЭхоКГ (динамик назорат тартибида ҳам).
 - ◆ Чап қоринча фаолияти бузилганлигини характерлар учун, айниқча у тез ривожланганда юрак катетерланади.
 - ◆ 35 ёшдан ошган беморларда ёки юрак ишемик касалликлари омиллари хавфи бор беморларда, агар уларга жарроҳлик усуллари режалаштирилаётган бўлса – коронароангиография қилинади.
- Қуйидаги ҳолларда МС бор беморларни юрак катетеризациясини ўтказиш учун юбориш керак.
 - ◆ Тери орқали баллонли вальвулотомия ўтказиш мўлжалланаётган беморларда клиник кўриниши ва ЭхоКГ маълумотлари бир – биридан фарқ қилганда МС оғирлигини баҳолаш учун.
 - ◆ Ўпка артерияси ҳолатини баҳолаш, чап бўлмачадаги босим ва чап қоринчадаги диастолик босимнинг сўнгисини қуйидаги ҳолларда, клиник кўриниш ва ёки ўпка артериясида ҳисобланган босим маълумотлари бир – бирига мос келмаганда ва икки ўлчамли ЭхоКГ маълумотларига кўра МС оғирлиги.
 - ◆ Тинч ҳолатда аниқланган ЭхоКГ маълумотлари клиник кўриниш ва гемодинамик кўрсаткичлар бир – биридан фарқ қилса, зўриқишга жавоб тариқасида ўпка артериясида ва чап бўлмачада босим ўзгаришини баҳолаш.
- Қуйидаги ҳолларда МЕ бўлган беморларни юрак катетеризациясини ўтказиш учун юбориш керак.
 - ◆ Ноинвазив усуллар ёрдамида текшириш МЕ оғирлиги нисбатини ва чап қоринча фаолияти тўғрисида кам ахборот олинганда, шунингдек жарроҳлик усулида даволаш.
 - ◆ МЕ оғирлигига нисбатан клиник кўриниш ва ноинвазив текширув усулларида олинган маълумотлар бир – биридан фарқ қилганда.

ДИФФЕРЕНЦИАЛ ДИАГНОЗ

- Ҳар бир эшитилган шовқинни патологик ҳолат деб ҳисоблаб бўлмайди, чунки қатор ҳолларда шовқин функционал бўлиши ҳам мумкин.
- Чуқур текширув ўтказилса, митрал порок диагнози шубҳа туғдирмайди. Дифференциал диагноз ўтказишдан мақсад клапан зарарланиши сабабини аниқлаш.
- Юрак митрал порокларида дифференциал диагностика.
 - ◆ МС ни ✦ чап бўлмача миксомаси билан (икки ўлчамли ЭхоКГ) ✦ бошқа клапан нуқсонлари билан (митрал етишмовчилик уч табақалик клапан стенози) (ЭхоКГ) ✦ бўлмачалар орасидаги тўсиқ нуқсонлари: ЭхоКГ (чап бўлмача катталашмаган), қайд қилинган ва тарқалган II тон билан дифференсация қилинади.
 - ◆ МЕ ни қуйидаги ҳолатлар билан дифференсация қилинади ✦ гипертрофияланган кардиомиопатия (ЭхоКГ) ✦ ўпка ёки трикуспидал регургитация (ЭхоКГ) ✦ қоринчаларо тўсиқнинг нуқсонлари (ЭхоКГ, вентрикулография);
 - ◆ Митрал клапан пролапсини ✦ клапаннинг бошқа зарарланишлари (ЭхоКГ), констриктив перикардит (рентгенография, ЭхоКГ) ✦ чап қоринча аневризмаси (рентгенография, ЭхоКГ) ✦ дифференциалланади.

МУТАХАССИС МАСЛАҲАТИГА КЎРСАТМАЛАР

- Митрал клапан пороги бор беморларни кардиолог маслаҳатига ташхис аниқ бўлмаганда ёки клапан фаолияти бузилганлиги қанчалик оғирлигига шубҳа туғилганда, беморларни даволаш тўғри режа асосида олиб бориш талаб қилинганда юборилади. Кардиолог маслаҳати қуйидаги ҳолларда кўрсатилган.
 - ◆ Клиник кўриниш ва митрал порок намоёнлиги ёки чап қоринча фаолиятининг бузилиши трансоракал ЭхоКГ маълумотлари билан мос келмаслиги.
 - ◆ Трансоракал ЭхоКГ натижаларининг кам ахборот бериши, қизилўнғач орқали ЭхоКГ ўтказиш талаб қилинганда.
 - ◆ Митрал порок қанчалик оғир эканлигини аниқлаш зарур бўлганда.
 - ◆ Чап қоринча катталашганлиги белгилари ёки унинг фаолиятининг пасайиши.
 - ◆ Қўшимча текширув усуллари ўтказиш зарур бўлганда, ўз ичига қизилўнғач орқали ЭхоКГ ва юрак катетеризациясини олади, порокни жарроҳлик йўли билан даволаш ҳал қилиниши керак бўлганда.
 - ◆ Митрал клапан пролапси бор беморларни, диагноз аниқ бўлмаганда ёки қўшимча юрак билан боғлиқ ёки юракдан ташқари кўринишлар, аниқлиги талаб қилинган кардиолог маслаҳатига юбориш керак.

ДАВОСИ

ДАВОЛАШДАН МАҚСАД

Умрни узайтириш, клиник белгиларни йўқотиш ёки енгиллаштириш, асоратларнинг олдини олиш.

ШИФОХОНАГА ЁТҚИЗИШ УЧУН КЎРСАТМАЛАР

- Ўткир митрал етишмовчиликка гумон қилинганда беморлар шифохонага ётқизиши керак

- ◆ Оғирлигини аниқлаш ва клапан дисфункцияси эҳтимоли бор этиологиясини аниқлаш.
- ◆ Ҳамроҳ бўлган инфекцион эндокардит ва ўткир миокард ишемиясини инкор қилиш учун.
- ◆ Давони бошлаш учун.

- Шифохонада даволаниш митрал клапан пороги клиник белгилари бор, аммо амбулатор шароитдаги одатдаги назоратга бўй сунмайдиган беморларга кўрсатилган.
- Шифохонада даволаниш клиник белгилари йўқ, аммо юрак катталашини ўсиб бораётган ёки юрак қисқариш хусусияти пасайган беморларга зарур.
- Шифохонада даволанишга жарроҳлик муолажаси тайинланган беморлар юборилади.

Стационардан чиқаётган беморга бериладиган касаллик варақасидан кўчирма киритилсин.

- Беморни тўлиқ текширувлари тугагани ва амбулатория шароитида бажариш мумкин бўлган кўрсатмалар берилгани.
- Беморнинг сурункали барқарор ҳолатида, амбулатория шароитида умумий шифокор ёки кардиолог назоратида кузатиб туриш мумкин.

ДОРИЛАРСИЗ ДАВОЛАШ

- Ҳаёт тарзини ўзгартириш тадбирлари ҳажми беморларнинг фаолият статуси ва касаллик оқибатига боғлиқ.
- Клиник белгилари бўлмаган беморлар оддий ҳаёт тарзини олиб боришлари мумкин, фақат ҳаддан ташқари жисмоний зўриқишдан ва ош тузини кўп истеъмол қилишдан сақлансалар бўлгани.

ДОРИЛАР БИЛАН ДАВОЛАШ

- Клиник белгилари бўлмаган беморларга махсус дори – дармонлар билан даволаш зарурияти йўқ. Оғир босқичдаги МЕ бор, аммо клиник белгилари йўқ беморларга АПФ ингибиторларини тайинлаш ўзини оқлаган, чап қоринча дисфункцияси кучайишини секинлаштириш мақсадида.
- Ҳамма беморларга митрал пороги бўлганда ревматизм профилактикасини ўтказиш кўрсатилган.

◆ ДВ (дори воситалари)

- ✦ Бензилпенициллин по 1, 2 млн ЕД мушакларга ҳар 4 ҳафтада ёки
- ✦ Феноксиметилпенициллин 250мгдан суткасига 2 марта ёки
- ✦ Сульфадиазин натрий 0,5-1г дан суткасига 1 марта.
- ✦ Пенициллинга ёки сульфадиазин натрийга аллергия бўлганда эритромицин 250мг дан суткасига 2 марта.

- ◆ Иккиламчи профилактика давомийлиги клиник ҳолатларга қараб аниқланади. Кардитли ревматик хуруж ва юракнинг қолган қисмининг зарарланиши (шаклланиб бўлган порок): сўнгги эпизод моментидан 10 йилдан кам эмас, 40 ёшгача ундан кам эмас ёки кўрсатмалар асосида – умрининг охиригача. Кардитли ревматик хуруж ва юрак пороги шаклланмаганда: 10 йил. Кардити йўқ ревматик хуруж: 5 йил ёки 21 ёшгача.

- Клиник кўринишлар бор бўлганда диуретиклар тайинлаш кўрсатилган (чап бўлмачадаги босимнинг ва ўпка гипертензияси яққоллигини камайтириш учун).
- β – адреноблокаторларни тайинлаш мумкин, дигидропиридин ҳоаларига (верапамил ва дилтиазем) даҳлдор эмас, улар ЧССнинг секинлаштиради ва чап қоринча тўлишини яхшилайти, диастола давомийлигини оширади.
- Ҳилпилловчи аритмияни даволаш («Бўлмачалар фибрилляцияси») мақоласига қаранг.
- Антикоагулянтлар қуйидаги ҳолларда қўлланилади.
 - ◆ Ҳилпилловчи аритмия, пароксизмал ёки доимий.
 - ◆ Анамнезда тромбоэмболия борлиги.
 - ◆ Оғир МС ва чап бўлмачанинг 5,5 см дан ортиқ катталашиши (ЭхоКГ маълумотлари бўйича).
- Қайталанувчи тромбоэмболияларда варфарин билан даволашга қарамай МНО (халқаро нормаллашган муносабат) мақсадли қийматларгача дозасини 3,0 (2,5 дан 3,5 гача) кўпайтириш ёки ацетилсалицилат кислота (суткасига 80 – 100 мг), дипиридамом (суткасига 400 мг), тиклопидин (250 мг дан суткасига 2 марта) ёки клопидогрел (суткасига 75мг дан 4 маҳал).
- Ревматик хуружга анамнезтик кўрсатмалари бор беморларга ревматизмнинг иккиламчи профилактикаси керак (юқорига қаралсин).
- Митрал клапан пролапси бўлган беморларга юрак ўйнаши ва ҳавотирлик ҳолатлари бўлганда β – адреноблокаторлар тайинлаш керак.

ХИРУРГИК ДАВО

- Юрак митрал пороги бўлган ва клиник белгилари бор беморларни хирургик даволаш учун потенциал номзод сифатида қаралади.
- МСни хирургик даволашга кўрсатмалар.
 - ◆ Митрал клапан тешиги майдони $1,5\text{см}^2$ дан кам, клиник манзара аниқ юзага келганда (Нью – Йорк таснифи бўйича юрак етишмовчилигини III – IV функционал синфи).
 - ◆ Аниқ юзага келган ўпка гипертензияси (ўпка артериясидаги босим тинч ҳолатда симоб устунни бўйича 50мм дан ортиқ ёки юклама берилганда 60ммдан юқори бўлса).
- Юрак ишемик касаллигига (ЮИК) боғлиқ бўлмаган митрал етишмовчилигида қуйидаги ҳоллар хирургик давога кўрсатма бўла олади.
 - ◆ Митрал регургитация (ўткир ёки сурункали) туфайли келиб чиққан яққол клиник белгилар борлиги.
 - ◆ Ҳилпилловчи аритмия.
 - ◆ Ўпка гипертензияси (ўпка артериясида босим тинч турганда 50мм симоб устундан ортиқ ёки нагрускада 60 мм симоб устундан юқори).
 - ◆ Хўрдаларнинг сақланиб қолиш эҳтимоли юқори бўлганда чап қоринча систолик дисфункцияси яққоллиги (чап қоринчанинг қон отиш фракцияси 30 % дан кам, чап қоринча охириги систолик ўлчами 55 мм дан ортиқ).

- Оператив амалиёт тури беморнинг функционал статуси ва клапан морфологияси билан белгиланади.

БЕМОРГА ЎРГАТИШ

- Беморларга касалликнинг табиати ва унинг табиий кечишини тушунтириш лозим.
- Митрал порок яққоллиги ва типига қараб тегишли жисмоний активлик тартибини тавсия этиш керак. Клиник белгилари бўлмаганда беморларнинг жисмоний фаоллигини чекламаслик лозим.
- Касаллик кечишидаги ёмонлашиш белгиларини беморларга тушунтириш лозим.
 - ◆ Беморларга клиник белгиларининг юзага чиққанлигига тааллуқли ҳамма ўзгаришларни белгилаб бориш тавсия этилади.
 - ◆ Касалликнинг кечиши ёмонлашганига шубҳа пайдо қиладиган клиник белгилар ✦ хансираш ✦ жисмоний зўриқишларнинг кўтара олишнинг пасайиши ✦ тез чарчаб қолиш ✦ стенокардия ✦ ҳушдан кетиш ҳолатлари ✦ шишишлар.
- Ревматик хуружни бошидан кечирганига анамнезда маълумотлар бўлган беморларга А гуруҳидаги β гемолитик стрептококк чақирган инфекциянинг профилактикаси тамойилларини тушунтириш.
- Беморларга инфекцион эндокардитнинг профилактикаси муҳимлигини тушунтириш зарур.
- Инфекцион эндокардит профилактикаси учун амоксициллин, пенциллинларга аллергияда эса клиндомицин, цефолексин, азитромицин ёки трокситромицин қўлланилади.

МУТАХАССИС МАСЛАҲАТИГА КЎРСАТМАЛАР

- Кардиолог билан дори терапияси ва хирургик давонинг зарурлиги ҳақидаги масалалар бўйича маслаҳатлашиш лозим.
- Кардиолог маслаҳати қуйидаги ҳолларда беморларни даволаш тактикасини белгилашда зарур.
 - ◆ Трансторакал ЭхоКГ бўйича ўртача ёки оғир митрал порок.
 - ◆ Клиник яққол митрал порок.
 - ◆ Клиник кўриниш ва ЭхоКГ дан олинган маълумотларнинг мос келмаслиги.
 - ◆ Илгари бўлган симптомларнинг динамикаси ва янгиларининг пайдо бўлиши.
 - ◆ Митрал порок чап қоринча дисфункцияси билан.
- Кардиолог маслаҳатига батаф кузатишни талаб қиладиган касаллиги авж олган беморларни шунингдек инвазив муолажалар қўлланиб текширишни давом эттириш зарур ёки порокни операция усули билан даволаш режалаштирилган беморларни юбориш лозим.

КЕЙИНГИ КУЗАТИШ

- Митрал порокли беморлар устидан батаф тузилган динамик кузатиш графиги функционал статусни назорат қилиш ва хирургик даволаш учун оптимал вақтни белгилашга имкон беради.
- Текшириш сони ва ҳажми клиник белгилар мавжудлиги ва динамикаси билан белгиланади.

- Енгил МС ёки ўртача МЕ ли ва клиник белгилари бўлмаган беморлар шикоятлар анамнезни физикал текшириш маълумотлари, кўкрак қафаси аъзолари рентгенографияси ва ЭКГ ни жамлаган баҳони ўз ичига олган ҳар йилги режа асосидаги текширишдан ўтишлари керак. Клиник статусда ўзгаришлар бўлмаганда бу тоифадаги беморларда йил сайин ЭхоКГ ўтказиш керак эмас.
- Оғир МЕ ли ва клиник белгилари йўқ беморлар ҳар 6 ойда ЭхоКГ қўлланилиб, текширишдан ўтишлари керак.

ПРОГНОЗИ

- Прогнози клиник белгилари борлигига кўра аниқланади.
- Касаллик табиий кечганда прогнози ёмон: кутилган ҳаёт давомлилиги (даволаш ўтказилмаганда) одатда клиник белгилар ривожлангандан бошлаб 2 – 5 йилни ташкил қилади.
- Клиник белгилари бўлган МЕ табиий кечганда 5 йил мобайнида 30 дан 55% гача беморлар нобуд бўладилар.

БИРИКТИРУВЧИ ТЎҚИМАНИНГ ТИЗИМЛИ КАСАЛЛИКЛАРИ

СИСТЕМАЛИ ҚИЗИЛ ВОЛЧАНКА

Системали қизил волчанка (СҚВ) – номаълум этиологияли систем аутоиммун касаллик бўлиб, иммун регулятор механизмларнинг генетик асосида ривожланади, бу эса ядронинг турли компонентларига ва иммун комплексларга органоспецифик бўлган кенг спектрдаги антителаларнинг (АТ) кўплаб ишланишига олиб келади, натижада тўқималар иммун яллиғланишли зарарланишга учраб ички аъзолар функцияси бузилади.

ХКК-10 • М 32.1 Системали қизил волчанка.

ҚИСҚАРТМА: АФС – антифосфолипид синдроми.

Эпидемиологияси. СҚВ касаллиги йилига 100,000 аҳолида 4-250 ҳолларда қайд этилади.

Касаллик кўпинча репродуктив ёшдаги аёлларда кўпроқ учрайди: СҚВ да касалликнинг зўрайиши аксарият ҳолларда ҳомиладорлик ва туғруқдан кейинги даврларда тўғри келади. Аёллар ва эркеклар нисбати – 10 : 1, касалликнинг кўп учраши 15 – 25 ёшлар.

Профилактика. Ҳозирги вақтга қадар СҚВ этиологияси ноаниқ, шу сабабли бу касалликда бирламчи профилактика ўтказилмайди.

КЛАССИФИКАЦИЯСИ

СҚВ – клиник белгиларнинг ва касаллик кечиши турларининг ҳаддан зиёд ранг – баранглиги билан характерланади.

КЕЧИШ ТУРЛАРИ

- Ўткир кечиши буйрақлар зарарланиши ва юқори иммунологик фаолликни ўз ичига олган мультиорган белгиларнинг тез ривожланиши билан намоён бўлади.

- Ўртача кечишида ўткир кечишдаги каби аниқ бўлмаган вақти-вақти билан пайдо бўладиган хуружлар кузатилади, касалликнинг 1 – йилида буйраклар зарарланади.
- Сурункали кечишида клиник манзарада бир ёки бир неча белгиларнинг устунлиги кузатилади (терининг дисксимон зарарланиши, полиартрит, гематологик бузилишлар, Рейно феномени, озроқ протеинурия, эпилепсия шаклидаги тутқаноқлар ва бошқалар). СҚВ ва АФС нинг биргаликда келиши сурункали кечиши учун айниқса характерлидир.

КЛИНИК – ИММУНОЛОГИК ТУРЛАРИ

Кексаларда СҚВ (50 ёшдан сўнг юзага келган). Ёшларда нисбатан касалликнинг бир мунча яхши кечиши кузатилади. Клиник манзарасида конституционал белгилар, бўғимлар (асосан йирик), ўпка зарарланиши (ателектаз пневмонит, ўпка фибрози), Шёгрэн синдроми, периферик невропатия устун келади. Лаборатор текширишларда ДНК га бўлган антителалар камроқ, Ro га бўлган антителалар ёшлардаги СҚВ га қараганда кўпроқ учрайди.

Неонатал СҚВ. Онаси СҚВ билан оғриган чақалоқларда ёки соғлом аёллар ядроли рибонуклеопротеидлар ёки Ro га антителаси қон зардобиди бўлмаган соғлом аёллар чақалоқларида учрайди. Туғилгандан бир неча ҳафта ёки бир неча ойдан кейин клиник белгилар ривожланади. Бунга эритематоз тошма, юракнинг тўлиқ, кўндаланг блокадаси (35%), айрим ҳолларда СҚВ нинг бошқа белгилари кузатилади.

Ўртача ўткир тери қизил волчанкаси тарқалган нурга сезгир тангачали папулосквамоз (псориазсимон) ёки ануляр полициклик пилакчалар, буларда АНАТ аксарият бўлмайди, лекин юқори даражада (70 %) Ro га АТ лар топилади.

Антифосфолипид синдроми. АФС – симптомокомплекс бўлиб, веноз ёки артериал тромбозлар, акушерлик патологияси (I ва II триместрларида ҳомиладорликни кўтара олмаслик, вақтидан олдинги туғруқ) камроқ ҳолларда тромбоцитопения ва бошқа (юрак қон – томир, неврологик, тери ва ҳоказо) белгилар билан характерланиб, булар фосфолипидларга АТ ларнинг кўплаб ишланишига боғлиқ белгиларга олиб келади. СҚВ билан оғриган 20 – 30 % беморларда АФС ривожланиши мумкин.

ДИАГНОЗ

Клиник белгилари

Клиник манзараси турли беморларда ўзгариб туриб, унинг фаоллиги билан боғлиқ. Ўз навбатида касаллик фаоллиги эса (фаолликнинг 3 даражаси фарқ қилинади) бир беморнинг ўзида вақт ўтиши билан ўзгариши мумкин.

Конституционал белгилар (ҳолсизлик, тана вазнининг камайиши, иситма, анорексия) – СҚВ нинг хос белгилари мавжудлиги; бу патологик жараённинг фаол эканлигини кўрсатади. Беморда фибромиалгияни эслатувчи белгилар ривожланиши мумкин.

Тери шикастланиши

- Гипермия, инфилтратсия, чандикли атрофия ҳамда марказида депигментация бўлган дисксимон ўчоқлар, тери фолликулларининг тикилиб қолиши ва телеангиэктазиялар кузатилади.

- Юз, бўйин, кўкракда («декольте» соҳаси) ва йирик бўғимлар соҳасида жойлашадиган эритема. Бурун ва ёноқларда “капалак” шакли хо бўлади.
- Фотосенсибилизация – терининг қуёш нурига сезгирлиги ортиши.
- Ўртача ўткир тери қизил волчанкаси – юз, кўкрак, бўйин, қўл ва оёқларда телеангиэктазия ва гиперпигментацияли ануляр полициклик ўчоқларнинг тарқалганлиги.
- Соч тўкилиши (алопеция) кенг авж олиб кетган ёки ўчоқли бўлиши мумкин.
- Панникулит.
- Тери васкулитининг турли белгилари (пурпура, эшакем, тирноқ олди ёки тирноқ ости микроинфаркти).
- Тўрсимон ливедо (livedo reticularis) кўпинча АФС да кузатилади.

Шиллиқ пардалар зарарланиши. Хейлит ва оғиз бишлиғи шиллиқ қаватида оғриксиз эрозиялар беморларнинг учдан бирида аниқланади.

Бўғимлар зарарланиши

- Артралгиялар деярли барча беморларда.
- Артрит – симметрик (камроқ асимметрик) эрозив бўлмаган полиартрит, кўпроқ қўл майда бўғимлари билан кафт ва тизза бўғимлари зарарланади.
- Сурункали волчанкали артрит баъзан турғун деформация ва контрактуралар билан характерланиб, ревматоид артритдаги бўғимлар зарарланишини эслатади («оққуш бўйни», латерал девиация).
- Асептик некроз, кўпинча сон суяги бошчаси ва елка суягида учрайди.

Мушаклар зарарланиши миалгия ва/ёки проксимал мушак заифлиги, камдан – кам миастения синдроми ҳолида намоён бўлади.

Ўпка зарарланиши

- Плеврит, қуруқ ёки ҳўл, кўпинча икки томонлама, 20 – 40 % касалларда кузатилади. қуруқ плевритда плевра ишқаланиш шовқини хос бўлади.
- Камдан – кам ҳолларда волчанкали пневмонит аниқланиши мумкин.
- Жуда кам ҳолларда АФСда ўпка томирлари эмболиясининг қайталаниши ҳисобига келиб чиққан ўпка гипертензияси кузатилади.

Юрак зарарланиши

- Перикардит (одатда қуруқ) тахминан 20 % СҚВ беморларда учрайди. Камдан – кам ҳолларда эксудатив перикардит кузатилади. ЭКГ да одатда Т тишча ўзгаришлари аниқланади.
- Миокардит касалликнинг юқори фаоллигида ривожланади, ўтказувчанлик ва ритм бузилиши билан юзага чиқади.
- Эндокарднинг зарарланиши митрал, кам ҳолларда аорта клапан тавақалари қалинлашиши билан намоён бўлади. Одатда белгисиз кечади ва фақатгина ЭхоКГ – текшириш орқали аниқланади (кўпинча АФС да топилади).
- СҚВ фаоллиги ошиши оқибатида тожсимон артериялар (коронариит), васкулити ривожланиши, ҳатто миокард инфаркти келиб чиқиши мумкин.

Буйрақлар зарарланиши. Деярли 50 % беморларда нефропатия кузатилади. Волчанкали нефрит манзараси хилма – хил тўлиқ юзага чиқмайдиган протеинурия

ва микрогематуриядан тортиб то тез ривожланиб кетувчи гломерулонефрит ва СБЕ терминал босқичгача бўлади. ЖССТ классификациясига кўра волчанкали нефритнинг куйидаги морфологик турлари фаркланади: I синф (ўзгаришлар бўлмаслиги), II синф (мезангиал), III синф (ўчоқли пролифератив), IV синф (диффуз пролифератив), V синф (мембраноз), VI синф (сурункали гломерулосклероз).

Нерв системасининг зарарланиши

- Кўпинча мигрен кўринишидаги бош оғриғи, оғриқ наркотик бўлмаган, ҳатто наркотик анальгетикларга ҳам чидамли бўлиши мумкин.
- Тиришишли тутқаноқлар (катта, кичик, чакка эпилепсияси кўринишида).
- Бош суяги зарарланиши ва кўриш қобилиятининг бузилиши билан ўтадиган кўрув нервларининг зарарланиши.
- Инсулт, кўндаланг миелит (камдан – кам), хороя.
- Периферик невропатия (симметрик сезувчан), СҚВ билан оғриган 10 % беморларда кузатилади. Бунга кўп сонли мононеврит (кам ҳолларда), Гийен – Барре синдроми (жуда кам ҳолларда) ва бошқалар киради.
- Ўткир психоз (СҚВ белгиси сифатида ёки глюкокортикоидларнинг юқори дозаси билан даволаш натижасида ривожланиши мумкин).
- Эмоционал лабиллик (депрессия эпизодлари билан), хотиранинг бузилиши ва аклий заифлик.

Ретикулоэндотелиал тизимнинг зарарланиши кўпинча СҚВ фаоллиги билан юзага чиқадиган лимфаденопатия ҳолида намоён бўлади.

Шёгрэн синдроми.

Рейно феномени.

ЛАБОРАТОР ТЕКШИРУВЛАР

Лаборатор ўзгаришлар хилма – хилдир.

Қоннинг умумий таҳлили

- СҚВ да кўпинча ЭЧТ ошиши кузатилади. Унинг тушунарсиз ҳолда ошиши интеркуррент инфекция белгиси бўлиб ҳисобланиши мумкин.
- Лейкопения (асосан лимфопения) касаллик фаоллиги билан ассоцияланади.
- Гипохром анемия сурункали яллиғланиш ошқозондан яширин қон оқиши, айрим ДВ ни қабул қилиш билан боғлиқ. Кўпинча енгил ва ўртача оғирликдаги анемия аниқланади. Яққол Кумбс – мусбат аутоиммун гемолитик анемия 10% дан кам беморларда кузатилади.
- Тромбоцитопения, асосан АФС билан оғриган беморларда топилади, жуда кам ҳолларда тромбоцитларга нисбатан АТ синтези билан боғлиқ аутоиммун тромбоцитопения ривожланади.

Сийдикнинг умумий таҳлили. Протеинурия, гематурия, лейкоцитурия аниқланиб, уларнинг қай даражада яққоллиги волчанкали нефритнинг клиник ва морфологик турига боғлиқ.

Биокимёвий текширишлар. Биокимёвий кўрсаткичларнинг бузилиши касалликка хос бўлмай, балки унинг турли босқичларида ички аъзолар зарарланиши билан боғлиқ.

СРО кўпайиши характерли эмас ва касаллик кўшилиб келган инфекция бўлганида кузатилиши мумкин.

Иммунологик текширишлар

- Антинуклеар омил – АТ ларнинг гетероген популяцияси бўлиб, хужайра ядросининг турли компонентларига сезгир. Ушбу омил СҚВ билан оғриган 95 % беморларда юқори титрларда аниқланади ва унинг бўлмаслиги диагнозни шубҳа остига кўяди.
- Антинуклеар АТ (АНАТ) ♦ Икки спиралли ДНК га нисбатан АТ СҚВ учун специфик бўлиб, 50 – 90 % беморларда топилади ♦ Гистонларга нисбатан АТ кўпинча дори волчанкаси учун характерли ♦ РНК – тутувчи молекулалар (сплайсосомалар): га нисбатан АТ Sm га нисбатан СҚВ учун юқори специфик бўлади, аммо, фақат 10 – 30 % беморларда аниқланади; майда ядроли рибонуклеопротеидларга нисбатан АТ кўпинча бириктирувчи тўқиманинг аралаш касаллиги бор бўлган беморларда топилади ♦ Ro/SS – А га нисбатан АТ лимфопения, тромбоцитопения, фотодерматит, ўпка фибрози, Шёгрэн синдроми билан биргаликда кечади. La/SS – В га нисбатан АТ кўпинча Ro га нисбатан АТ ўрнида топилиши мумкин.
- Фосфолипидларга нисбатан АТ: Вассерман реакциясининг сохта мусбат бўлиши, волчанкали антикоагулянт ва кардиолипинга нисбатан АТ.

Бошқа лаборатор ўзгаришлар. Жуда кўп беморларда LE (lupus erythematosus) – хужайралар (лейкоцитлар, фагоцитланган ядро материали), иммун комплекслар циркуляцияси, ревматик омиллар топилса ҳам, лекин бу лаборатор ўзгаришларнинг клиник аҳамияти унчалик катта эмас.

ДИАГНОСТИКАСИ

СҚВ диагностикаси учун касалликнинг бир белгиси ёки бир лаборатор ўзгариш топилиши етарли эмас.

Диагноз клиник белгилар, лаборатор ва инструментал текшириш усуллар ёрдамида топилган ўзгаришларга асосланиб, ҳамда Америка ревматологлар ассоциациясининг касаллик мезонлари таснифига кўра кўйилади.

СҚВ диагностикаси учун таклиф этилган Америка ревматологлар ассоциацияси мезонлари

1. Ёноқлардаги тошма: ёноқ дўмбоқларида ёпишган эритема пайдо бўлиб, бурун – лаб соҳасига тарқалиши мумкин.
2. Дискоид тошма: ёпишувчи тери тангачали ва фолликуляр тикинли, теридан кўтарилиб турувчи эритематоз дўмбоқчалар.
3. Фотосенсибилизация: тери тошмаси бўлиб, қуёш нурига одатдан ташқари реакцияси натижасида келиб чиқади.
4. Оғиз бўшлиғидаги ярачалар: оғиз бўшлиғи ёки бурун ҳалқумда асосан оғриқсиз яралар ҳо бўлиши.
5. Артрит: икки ёки ундан ортиқ периферик бўғимни зарарловчи оғриқ, шиш ва суюқлик ҳо бўлиши билан кечадиган ноэрозив артрит.
6. Серозит: плеврит, (плеврал оғриқ ёки плевра ишқаланиш шовқини ёки плеврал суюқлик бўлганда) ёки перикардит (ЭхоКГ ёрдамида аниқланган ёки перикард ишқаланишидан эшитилган шовқин ёрдамида тасдиқланган).

7. Буйрак зарарланиши: персистерланган протеинурия $> 0,5$ г/кунига ёки цилиндрурия (эритроцитар, гемоглобинли, донадор ёки аралаш).
8. МНС зарарланиши: талваса ёки психоз.
9. Гематологик бузилишлар: ретикулоцитоз билан кечувчи гемолитик анемия ёки лейкопения $< 4,0 \pm 10^9$ /л (2 ва бундан кўп марта аниқланган) ёки тромбоцитопения $< 100 \pm 10^9$ /л (ДВ қабул қилинмаганда).
10. Иммунологик бузилишлар: ♦ Кўшспиралли ДНК га нисбатан АТ ёки ♦ Sm га нисбатан АТ ёки ♦ Фосфолипидларга нисбатан АТ: ✦ Кардиолипинга нисбатан IgG ёки IgM – АТ лар даражасининг ошиши ✦ Стандарт усуллар қўлланилганда волчанкали антикоагулянтга мусбат тест ✦ Сохта мусбат Вассерман реакцияси камида 6 ой давомида захм келтириб чиқармайдиган бўлса, оқиш трепонема иммобилизация реакцияси ва трепонем АТ ларнинг товланувчан адсорбцияси тести билан аниқланади.
11. АНАТ титри ошиши (волчанкасимон синдром чақирувчи ДВ лар қабул қилинмаганда).

СҚВ диагнози юқорида кўрсатилган 11 та мезонлардан 4 ёки ундан кўпи аниқланганда қўйилади.

СҚВ га гумон қилинганда умумий амалиёт врач куйидаги текширишларни ўтказиши зарур • Умумий қон таҳлили (ЭЧТ ни аниқлаш ва лейкоцитлар миқдорини санаш (лейкоцитар формул) ва тромбоцитлар сони) • АНАТ ни аниқлаш • Сийдикнинг умумий таҳлили • Кўкрак қафаси рентгенографияси • ЭКГ, ЭхоКГ.

ДИФФЕРЕНЦИАЛ ДИАГНОСТИКА

- **Сурункали чарчаш синдроми, фибромиалгия.** Пальпация қилинганда оғриқли бўлган 11 та ундан ортиқ характерли нуқталар, бел юқори қисми ва пастида сурункали оғриқ бўлишида шу ташхис қўйилади. СҚВ билан оғриган 30 % беморларда фибромиалгия; кўпчилигида эса сурункали чарчаш кузатилади.
- **Лайм касаллиги.** Моноартикуляр (тизза бўғими) ёки олигоартикуляр артрит. СҚВ да лаймборрелиозга иммунофермент анализ қилинганда сохта мусбат натижа бўлиши мумкин.
- **Доридан бўладиган волчанка.** Иситма, серозит, артрит. Гидралазин, прокаинамид ва изониазид кўпинча дори волчанкасини чақиради.
- **Ревматоидли артрит.** СҚВ да артритни эслатувчи симметрик полиартрит бўлиб, эрозиялар ҳам топилади. СҚВ ли беморларда мусбат ревматоидли омил бўлиши мумкин.
- **С гепатити доирасидаги аралаш криоглобулинемия.** Пальпацияланувчи пурпура, нефрит, невропатия. СҚВ билан оғриган 30 % га яқин беморларда жигар тестининг ўртача ошиши кузатилса ҳам, бу тест В ва С гепатитларни истисно қилишни талаб қилади.
- **Вегенер гранулематози.** Бурун атрофи синуслари, буйраклар зарарланиши, ўпкада инфилтратлар. Антинейтрофил цитоплазматик АТ бўлиши.

- **Тугунчали полиартрит.** Васкулит, буйраклар зарарланиши, кўп сонли мононеврит, биопсияда ўртача калибрли томирлар васкулити; иммуноглобулинга нисбатан яққол иммунофлюоресценция ва комплементнинг бўлмаслиги (СҚВ даги каби).
- **Зардоб касаллиги.** Иситма, тошма ва комплементни боғлаш. Тўлиқ дори анамнези.
- **Атероматоз эмболия.** Тромбоэмболик бузилишлар.
- **Тромбоцитопеник пурпура.** Иситма, МНС зарарланиши, тромбоцитопения ва буйрак етишмовчилиги. Периферик қон суртмасида шизоцитлар топилиши диагноз қўйишда асосий рол ўйнайди.
- **Ҳалокатли АФС.** Иситма, буйрак етишмовчилиги ва ички аъзоларнинг кўп сонли зарарланиши СҚВ ни эслатиши мумкин. СҚВ ли беморларда АФС ривожланишини эсда тутиш керак. Антикардиолипинли АТ нинг ўртача ва юқори титри ва волчанкали антикоагулянт СҚВ ли беморларнинг деярли ярмида учрайди.
- **ОИВ– инфекция/ОИТС.** Антифосфолипид АТ лар кўп ишланиб чиққанда (одатда β_2 – гликопротеинга боғлиқ бўлмаган), тромбоцитопения, Кумбс синамаси мусбат. СҚВ билан оғриган айрим беморларда ОИВ – иммунофермент анализининг сохта мусбат натижаси бўлиши мумкин. ОИВ ни иммуноблотнинг ёрдамида исботлаш лозим.
- **Хавфли ўсмалар.** Мусбат АНАТ, анемия, ЭЧТ ошиши, полиартрит, плеврит, иситма.
- **Вирусли артрит.** Симметрик полиартрит бўлиб, клиник белгилари одатда ўз – ўзидан йўқолади. Касалликнинг авж олиши популяцияда асосий рол ўйнаши мумкин.

ДАВОЛАШ

СҚВ га чалинганлар ихтисослаштирилган бўлимларда даволанади ва ремиссия даврида умумий амалиёт ва касалликка чалинганлар) доимий давога мухтож эканликлари сабабли олиб бориладиган чора – тадбирлар ҳамда қўлланиладиган дориларнинг таъсир механизмлари тўғрисида улар яхши хабардор бўлишлари лозим.

Даво ҳар доим индивидуал (клиник белгилар ва касаллик фаоллигига боғлиқ) ҳолда буюрилади. Иммунологик кўрсаткичлар ўзгариши даволашни тайинлаш учун кўрсатма бўлолмайди. Давони бошлашдан олдин бемор билан яхши алоқа ўрнатиш лозим, чунки у бутун умри давомида даволанади. Уни узок вақт мобайнида даволаш зарурлигига, тавсияларга амал қилишга ва иложи борича дориларнинг нохуш белгиларини ёки касаллик авж олишини билиб олишга ўргатилиш керак.

ДАВОЛАШ МАҚСАДИ

- Касалликнинг клиник ва лаборатор ремиссияга эришиш.
- Ҳаёт учун зарур аъзолар, биринчи навбатда – буйраклар ва МНС ни зарарланишдан асраш.

ШИФОХОНАГА ЁТҚИЗИШ УЧУН КЎРСАТМАЛАР

- Ноаниқ сабабли иситма (инфекцион асоратлар – СҚВ ли беморларнинг ўлими учун энг кўп тарқалган сабаблардан бири ҳисобланади).
- Кўкрак қафасидаги оғриқлар.
- МНС зарарланиш белгилари.
- Яққол тромбоцитопения.
- Тез авж олиб борадиган буйрак етишмовчилиги.
- Ўткир пневмонит ёки ўпкадан қон кетиши.

ДОРИЛАРСИЗ ДАВОЛАШ

Умумий тавсиялар. Психоэмоционал зўриқишни йўқотиш, куёш нурида бўлишни камайтириш, ёндош инфекцион касалликларни фаол даволаш. Касаллик хуружи даврида ва цитотоник препаратлар билан даволашда самарали контрацепция лозим. Таркибида эстрогенлар кўп миқдорда бўлган контрацептив препаратларни ичиш тавсия этилмайди, чунки улар СҚВ хуружини келтириб чиқаради.

Остеопороз профилактикаси мақсадида тавсия қилинади • чекишни тўхтатиш • витамин D ва кўп миқдорда кальций сақловчи овқатлар истеъмол қилиш • жисмоний машқлар • бисфосфонат (масалан: натрий алендронат).

Атеросклероз профилактикаси мақсадида тавсия қилинади • ёғ ва холестерин чегараланган парҳез • тана вазнини назорат қилиш • фолат кислота қабул қилиш.

ДОРИЛАР БИЛАН ДАВОЛАШ

Энг асосий ДВ: глюкокортикоидлар, иммуносупрессив воситалар ва иммуномодуляторлар (азатиоприн, циклофосфамид), гидроксихлорин^А, яллиғланишга қарши ностероид дори воситалари.

ЯҚНДВ СҚВ нинг даволашда стандарт терапевтик дозаларда қўллаш мумкин (иситма ва серозитнинг яққол кўринишларида ҳам). АФС ли беморларда циклооксигеназа – 2 нинг специфик ингибиторларини (мелоксикам, нимесулид, целекоксиб ва бошқалар) эҳтиёткорлик билан қўллаш лозим. Чунки антиромбоцитар самарасининг йўқлиги туфайли гиперкоагуляцияси бор беморларда тромбоз ривожланишига олиб келиши мумкин.

Гидроксихлорохин. Тери, бўғимлар зарарланишида ва конституционал бузилишларда бошланғич дозада суткасига 400 мг дан тайинланади. Уни қўллаш СҚВ хуружи ривожланишининг олдини олади. Бундан ташқари гидроксихлорохин қондаги липидлар миқдорини пасайтиради ва тромботик асоратлар ҳавфини камайтиради. Ретинопатия (1:5000) ривожланиш эҳтимоли борлиги туфайли йилига 1 марта тўлиқ офтальмологик текшируви ўтказилиши шарт.

Глюкокортикоидлар. ЯҚНДВ ва гидроксихлорохин самараси етарли бўлмаганда ва касаллик фаоллиги паст беморларга глюкокортикоидларнинг кўп бўлмаган дозалари (преднизолан суткасига < 10 мг) тайинланади. Касалликнинг фаоллиги ўртача бўлган беморларда (артрит хуружи, полисерозит, гемолитик анемия, тромбоцитопения ва бошқалар) глюкокортикоидларнинг ўртача дозаси (суткасига 20 – 40 мг) 2 – 4 ҳафта мобайнида аста – секин ушлаб турувчи дозагача пасайтирилади.

МНС кузатиладиган оғир клиник белгиларда, гломерулонефрит, тромбоцитопения ва гемолитик анемияда глюкокортикоидлар ва иммунодепрессантларнинг юқори дозаси тайинланади. Глюкокортикоидларнинг юқори дозасини буюришга мутлоқ

кўрсатмалар (1 мг/кг/кунда ва ундан ортик) – СҚВ нинг юқори фаоллиги ҳисобланади. Даволанмаганда тақдирда ҳаётий муҳим аъзоларда қайтмас зарарланишлар ривожланади. Мезангиал ва кўпинча мембраноз волчанкали нефрити бўлган беморларда глюкокортикоидлар билан юқори дозаларда монотерапия (перорал ёки пульс – терапия) ўтказиш самаралидир. Уларнинг юқори дозасини қабул қилиш давомийлиги клиник самарадан қатъи назар 4 – 12 ҳафтагача ўзгариб туради. Дозани камайтиришни синчков клиник – лаборатор назорат остида аста – секин амалга ошириш лозим. Ушлаб турувчи дозани эса (5-10 мг/кунда) беморлар бир неча йиллар мобайнида қабул қилишлари керак.

Пульс – терапия (метилпреднизолонни вена ичига 500 – 1000 мг дан 30 минут давомида 3 кун кетма – кет) СҚВ нинг фаоллиги юқори бўлган беморларга натижага тезроқ эришиш, шунингдек перорал глюкокортикоидларнинг дозасини камайтириш мақсадида тавсия этилади.

Циклофосфамид – пролифератив ва мембраноз волчанкали нефрит ва оғир зарарланишда агар ГК нинг юқори дозаси берилган тақдирда ҳам касаллик кечиши «назорат» қила олинмаса, танлов препарати бўлиб ҳисобланади. Циклофосфамидни қўллаш СҚВ нинг клиник белгиларини назорат қилиш имконини беради, ГК ларнинг юқори дозали монотерапиясига рефрактер бўлган тромбоцитопения, МНС зарарланиши, ўпка геморрагияси, интерстициал ўпка фибрози, систем васкулит шулар жумласидандир. ГК ларга чидамлилиги камроқ бўлган клиник белгиларни даволашда ушлаб турувчи терапия компонентлари сифатида ГК нинг паст дозасига ўтказилади (стероид ҳимояловчи самара). Бунда азотиоприн (100 – 200 мг/кунда), метотрексат (7,5 – 15 мг/ҳафтада), микофенолат мофетил (1 – 3 г/кунда) ва циклоспорин (< 5 мг/кг/кунда) ишлатилади.

Азатиоприн волчанкали нефрит ремиссия даврида индуцирланган циклофосфамидни қувватлаб туриш учун қўлланилиб ГК ларга чидамли бўлган гемолитик аутоиммун анемия шаклларида, тромбоцитопенияда, тери зарарланганда ва серозитда қўлланилади.

Метотрексатни волчанкали артритнинг монотерапиясида ва тери зарарланганда қўллаш мақсадга мувофиқ.

Циклоспорин (< 5 мг/кг/кунда) – нефротик синдромдаги 2-қатор препарати бўлиб, мембраноз волчанкали нефрит ва тромбоцитопенияда ишлатилади.

Плазмаферезни қўллаш цитопения, криоглобулинемия, васкулит, МНС зарарланиши, тромботик тромбоцитопеник пурпурада тавсия этилади. Бу усулдан ҳаёт учун зарур бўлган аъзолар функциясининг тез бузилиши билан оғирлашган беморларни циклофосфамид ва ГК билан биргаликда даволаш учун фойдаланиш керак.

СҚВ тери белгиларини комплекс терапиясида **қуёшдан ҳимояловчи кремлар** ва **ГК ларнинг** маҳаллий ишлатиладиган шакллари ҳам қўллаш лозим.

СҚВ хуружини ўткир инфекцион касалликлардан фарқлаш зарур. Шунинг ёдда тутиш керакки, СҚВ билан касалланган беморлар кўпгина антибактериал ДВ ларга, хусусан сульфаниламидларга алергик реакциялар ривожланишига мойил бўладилар.

СҚВ БЕМОЛЛАРНИ КУЗАТИШ

СҚВ билан касалланган ҳамма беморлар диспансер назоратида бўлишлари керак. Бу уларга касалликнинг бошланғич хуружини аниқлаш, уни бартараф этиш чора – тадбирларини кўриш, даволашга ўзгартиришлар киритиш, шунингдек профилактика ўтказиш ва дори терапияси асоратларини ўз вақтида аниқлашга имкон беради. Тавсияларга риоя қилмаслик ва ўзбошимчалик билан даволашни тўхтатиш касалликнинг ёмон оқибатларига олиб келади. Даволаш жараёнида СҚВнинг клиник – лаборатор активлигининг синчков мониторингини ўтказиб бориш ва дори терапиясининг нохуш оқибатларини олдини олиш зарур. Умумий амалиёт врачлари камида 3 ойда 1 марта ревматолог билан биргаликда, касаллик кечиши ва даволаш самарасини баҳолаши лозим. Нефрит ва цитопенияни ўз вақтида аниқлаш учун ойда 1 марта сийдик ва қоннинг умумий таҳлили, 3 ойда 1 марта қоннинг биокимёвий таҳлилинини ўтказиш зарур. Ҳар йили липид алмашинуви текшириб борилиши лозим. (атеросклероз профилактикаси мақсадида) • денситометрия (остеопороз диагностикаси) • чаноқ суяклари рентгенографияси (сон суяги бошчасининг асептик некрозини топиш) • офтальмологик текширувлар (аминохинолинлар қўлланиш натижасида ретинопатия ривожланиш ҳавфи) • антифосфолипид АТ титрини аниқлаш (иккиламчи АФС бўлганда ва ҳомиладорлик режалаштирилганда) • гинекологнинг маслаҳат кўриги (гонадотоксик эффект ва дисплазия ривожланиш ҳавфи).

ПРОГНОЗИ

Ҳозирги вақтда СҚВ чалинган беморларни яшаш давомийлиги ўсди. Диагноз қўйилгандан 10 йил ўтгач, 80% ни, 20 йилдан сўнг 60% ни ташкил қилади. Касалликнинг бошланғич даврида ўлим ҳолларининг ошиши ички аъзоларнинг оғир зарарланиши (биринчи навбатда буйрак ва МНС) ва интеркуррент инфекциялар билан боғлиқдир, кечки давр эса томирларнинг атеросклеротик зарарланишига асосланган.

Нохуш прогнозларга боғлиқ омиллар қуйидагилардир • буйраклар зарарланиши (асосан диффуз пролифератив гломерулонефрит) • АГ • эркак жинси • касалликнинг 20 ёшгача бошланиши • АФС • касалликнинг юксак активлиги • зарарланиш индексининг юқори қиймати • инфекциялар қўшилиб келиши • дори терапиясидан асоратлар юз бериши.

СИСТЕМАЛИ СКЛЕРОДЕРМИЯ

Системали склеродермия (СС)-бириктирувчи тўқиманинг систем касаллиги бўлиб, тери ва ички аъзоларнинг авж олган фибрози ва яллиғланиши билан характерланади. **Статистик маълумотлар.** Учраши – йилига 1 млн аҳолига 0,6 – 19 ҳолларда. Шахтёрлар орасида касалланиш даражаси кўп, сабаби икат чангининг узок таъсир этиши. Аксарият 30 – 60 ёшларда учрайди. Кўпинча аёллар касалланадилар (3:1).

Этиологияси ва генетик хусусиятлари. Этиологияси ноаниқ. Баъзи ташқи муҳит омиллари (вируслар, токсинлар) томирлар эндотелийсини шикастлайди, бунинг натижасида иммун реакциялар ривожланиб, томирлар ва тўқималар фиброзини янада кўпроқ ривожлантиради. Юқорида айтилганлар узок вақт давомида

поливинилхлорид ва L-триптофан – индуцирланган синдромли эозинофил миалгия билан оғриган беморларда фибрознинг ривожланиши билан тасдиқланади.

Патогенези • Системали склеродермиянинг патогенези асосида эндотелиал, лик мушакли хужайралар – фибробластлар, Т- ва В- лимоцитлар, макрофаглар, семиз хужайралар ва эозинофиллар ўзаро таъсирининг бузилиши ётади.

Классификацияси • Пресклеродермия: Рейно феномени тирноқ ўрни капиллярскопиясидаги характерли ўзгаришлар билан бирга кечади • Диффуз тери шакли. Юз, тана, қўл – оёқлар терисининг симметрик қалинлашуви билан ифодаланиб, патологик жараёнга тезлик билан ички аъзолар ҳам қўшилади • Лимитланган тери шакли. Касаллик бошланишида, кўпинча Рейно синдроми, тери ва ички аъзолар томонидан юзага чиқадиган ўзгаришлар кузатилади. Чекланган шаклининг вариантларидан бирида CREST- синдроми(тери ости кальцинози) (calicinosi), Рейно феномени (Reynaud), қизилўнгач моторикаси бузилиши (esophageal motility disorders), склеродактилия (sclerodactyly) ва телеангиэктазиялар (telangiectasia) кузатилади. Асосий ўзгаришлардан бири ўпка гипертензияси ва бирламчи билиар цирроздир ✦ Кўпинча антицентромер АТ топилади • СС белгилари билан бир қаторда бириктирувчи тўқиманинг бошқа систем касалликларига хос бўлган касалликларнинг клиник манзараси ҳам учрайди.

Клиник манзараси

- Рейно синдроми 90% беморларда диффуз СС да ва 99% да унинг чегараланган формасида учрайди. Рейно синдромининг висцерал эквиваленти сифатида буйрак склеродермик кризи кузатилади.
- 95% беморларда тери яллиғланиши учрайди. Майда томирлар эндотелийсининг эрта (шиш) зарарланиш босқичи томирлар девори ўтказувчанлигининг ошишидан кейинги (индуратив фаза) босқичга ўтиши коллаген синтез кўпайиши билан характерланади. Вақт ўтиши билан тери ва унинг қўшимчалари атрофияга учраб (атрофик фаза), ёндош тўқималар ва терининг бирикиб кетиши хосдир ✦ Панжаларнинг икки томонлама шиши, кейинчалик бармоқлар, юз, билаклар терисининг қалинлашуви, индурация ва атрофия ривожланиши келиб чиқади. Диффуз шаклда –жараён тезда кўкрак ва қоринга тарқалади, лимитланган шаклида ўзгаришлар фақат бармоқлар ва юзда кузатилади ✦ Телеангиэктазиялар 30% ҳолларда диффуз ва 80% ҳолларда чегараланган СС хос ✦ Тери ости кальцинози 15% ҳолларда диффуз ва 45% ҳолларда чегараланган шаклида ва бармоқ учлари, тирсак, тиззада – Тибъерж – Вейсенбах синдроми учрайди ✦ Депигментация майдончалари билан алмашинадиган гиперпигментация, тери ранггининг «туз ва мурч» типиде ўзгариши.Тери тортилган, ялтироқ тортиб, ёндош тўқималар билан бирикиб кетади ✦ Трофик ўзгаришлар: яралар, йирингли яралар, алопеция.
- Бўғимларнинг зарарланиши ✦ СС билан оғриган 50% дан ортиқ беморлар бармоқ, билак – қафт ва тизза бўғимларида оғриқ, шиш бўлиши, ҳаракатнинг чекланганлигига шикоят қилишади (80% диффуз ва 90% чегараланган шакллар) ✦ Касалликнинг дастлабки даврларида ревматоидга ўхшаш, аммо СС учун типик бўлган артрит ривожланиши мумкин, бу бўғим жараёнини

фиброзловчи, ҳаракатнинг яққол чекланганлиги билан боғлиқ деб ҳисобланади ✦ Кафт усти канали синдроми ва ҳаракат вақтида бойламларнинг ишқаланиш шовқини билан ўтадиган тендосиновит ✦ Букувчи контрактуралар ✦ Тирноқ фалангалари остеолизи.

- Мушаклар зарарланиши ✦ Диффуз мушак атрофияси ✦ Яллиғланишсиз мушак фибрози ✦ Дерматомиозитга клиник ўхшаш бўлган яллиғланишли миопатия.
- ОИТ зарарланиши ✦ Қизилўнғач: эзофагит дисфагия, юқори қисмларининг диффуз кенгайиши, пастки учдан бир қисмининг торайиши, перистальтиканинг заифлашуви ёки қизилўнғач дистал қисми шиллик қаватларидаги метапластик ўзгаришлар (Берретт метаплазияси), қизилўнғач моторикасининг бузилиши. Қизилўнғачнинг юқоридаги учдан бир қисмидаги кўндаланг – тарғил мушаклар одатда зарарланмайди. Қизилўнғач стриктуралари ривожланади, (доимий рефлюкс ҳисобига). Қизилўнғачнинг ошқозонга ўтиш қисмида эса яралар ҳо бўлади ✦ Ошқозон ва ўн икки бармоқ ичак: атония ва дилатацияси. Яққол юзага чиққан фиброз темир сўрилишини бузади ✦ Ингичка ичак: дилатация, перистальтиканинг заифлашуви, мальабсорбция синдроми, ингичка ичак бактериал зарарланиш синдроми ✦ Йўғон ичак: дивертикулёз, ич қотишлар.
- Жигар зарарланиши. CREST – синдромда бирламчи билиар цирроз кузатилади.
- Ўпка зарарланиши ✦ Базал, сўнгра диффуз пневмофиброз ривожланиши. Ўпканинг интерстициал зарарланиши перибронхиал ва периаальвеоляр тўқималарнинг фиброзланиши ҳисобига келиб чиқади. Беморлар жисмоний ҳаракат пайтида кучли нафас етишмовчилигидан шикоят қилишади ✦ Курук плеврит ✦ Ўпкада интерстициал фиброз бўлмагандаги гипертензия.
- Юрак зарарланиши ✦ Чап қоринча етишмовчилиги ✦ Баъзан миокардиал фиброз ✦ Асосан дерматомиозит белгилари бўлган беморларда кам ҳолларда миокардит ✦ Ўткир перикардит (кўпинча ЭхоКГ да топиш) ✦ Порок шаклланиши билан борадиган эндокардит (жуда камдан – кам ҳолларда) ✦ Тож артериялари фибрози ҳисобига келиб чиқадиган стенокардия ✦ Кам ҳолларда юрак етишмовчилиги ривожланиши.
- Буйрак зарарланиши ✦ ЎБЕ (склеродермик буйрак кризи) бўлакчалараро артериялар фибрози натижаси сифатида ривожланиб, бирор томир торайтирувчи таъсир билан бирга учрайди (диурезнинг кўпайиши, қон йўқотиш, хирургик муолажа) ✦ Хавфли артериал гипертензия ✦ СС беморларнинг 30% да протеинурия. Сийдик чўкмаси ўзгариши минимал ✦ Тез авж олиб кетадиган буйрак етишмовчилиги ✦ Гиперренинемия 90% ҳолларда ✦ Микроангиопатик гемолитик анемия ва тромбоцитопения.
- Нерв системаси зарарланиши ✦ Полиневритик синдром, Рейно синдроми билан боғлиқ ёки мустақил ҳолда ривожланади ✦ Бош мия нервлари невропатияси камдан – кам учрайди (асосан V жуфт нервлари).
- Шёгрэн синдроми (20% ҳолларда).
- Қалқонсимон без зарарланиши ✦ Хашимото териодити ✦ Фиброз атрофия.

Лаборатор маълумотлар • ЭЧТ нинг ўртача ошиши • Гипергаммаглобулинемия: РО 30% ҳолларда аниқланади • АНАТ 80% ҳолларда аниқланади • ДНК га нисбатан АТ борлиги хос эмас • Склеродермик АТ • Антитопоизомераз АТ Scl – 70 СС нинг диффуз формасида ✦ СС нинг лимитланган формасида антицентромер АТ • Шёгрэн синдромида РО.

ИНСТРУМЕНТАЛ МАЪЛУМОТЛАР

- Рентгенологик текширишлар ✦ Бармоқлар дистал фалангаси остеозиди, тери ости клечаткасида кальций тўпланиши, бўғим тирқишининг торайиши, периартикуляр остеопороз ✦ Қизилўнғачдан контраст модда ўтишининг секинлашиши (кўпинча барий сульфат аралашмаси), ошқозон ва ичак дилатацияси ва атонияси ✦ Ўпканинг пастки бўлимлари фибрози (тотал фиброзда –«уяли ўпка»).
- Рейно синдроми верификацияси учун капилляроскопия капиллярлар қовузлогининг нотекис кенгайиши, уларнинг бўшашиши, томирсиз зоналар.
- ЭКГ ва ЭхоКГ даги ўзгаришлар юрак зарарланиши табиатига боғлиқ бўлади.

Америка Ревматологик ассоциациясининг диагностик мезонлари

- Катта мезонлар: Проксимал склеродермия (бармоқ терисининг симметрик қалинлашуви ва индурацияси, проксимал жойлашган кафт – фаланга ва панжа – фаланга бўғимлари тери майдончаларининг қалинлашуви). Бу ўзгаришлар юз, бўйин, тана, кўкрак кафаси ва қоринга тарқалиши мумкин.
- Кичик мезонлар ✦ Склеродактилия ✦ Бармоқлар тортилиши ✦ Юқорида санаб ўтилган ўзгаришлар ва бармоқ учларидаги чандиқлар ёки ёстикча моддасининг йўқолиши ✦ Икки томонлама базал ўпка фибрози: икки томонлама тўрсимон ёки чизиқли нодуляр соянинг ўпка базал қисмида яққол сезилиши. «Уяли ўпка» келиб чиқиши. Бу ўзгаришлар ўпканинг бирламчи касаллиги билан боғлиқ бўлмаслиги керак.

Ташхис қўйиш учун битта катта ёки камида иккита кичик мезоннинг бўлиши шарт. Сезгирлиги – 97%, спецификлиги 98%.

Дифференциал диагностика • Агар касаллик бошланишида моносиндром кўриниши кузатилиб, Рейно феномени юзага чиққан бўлса касаллик пайдо бўлишидаги турли сабабларни кўзда тутиш лозим. СС ривожланишида склеродермик АТ ни аниқлаш катта аҳамиятга эга • Склеродермияни одатда айрим белгилари ўхшаш бўлганлиги сабабли бошқа диффуз касалликлар билан дифференциал диагностика ўтказиш лозим. Бунда унинг юқорида келтирилган диагностик мезонларига асосланилади.

ДАВОЛАШ

Умумий тактикаси. СС ни даволаш куйидаги йўналишларни ўз ичига олади.

1. Томир бузилишлари, аввало Рейно синдромини даволаш. 2. Фиброз авж олишига қарши чоралар. 3. Иммунодепрессив терапия. 4. Ички аъзолардаги ўзгаришларни даволаш ва олдини олиш.

Тамойиллари. Стресс ҳолатидан қочиш, чекишни тўхтатиш, касбга доир зарарларни йўқотиш (кимёвий моддалар билан контакт вибрация) тавсия қилинади. Рейно синдромида кофеин, β – адреноблокаторлар қабул қилишни тўхтатиш. Қўл

панжалари учун ҳарорат аста – секин ошириб бориладиган контраст ванначалардан фойдаланиш.

Дорилар билан даволаш.

- Рейно синдромида вазодилататорлар қўллаш буюрилади ✦ Танлаш препаратлари бўлиб суткасига дигидропиридин (нефедипин 30-90 мг/, яхшиси ретард шакллари буюрилади). Бемор нифедипинни ёмон қабул қилганда амлодипин, дилтиазем, фелодипин тайинланади ✦ Селектив блокаторлар 5 – HT₂ – серотонин рецепторлари, α – адреноблокаторлар – празозини 1 – 2 мл дан кунда 1 – 4 марта ✦ Синтетик ПгЕ (алпростадил – 20 – 40 мг дан вена ичига 10 – 20 кун) яққол вазоспазмда ишлатилади (гангрена, склеродермик буйрак кризи, ўпка гипертензияси хавфи).
- Фиброз ривожланишини тўхтатувчи асосий препарат пеницилламин ҳисобланади (бошланғич дозаси 125 – 250 мг дан кун ора; дозани аста – секин суткасига 300 – 600 мг ошириш мумкин); дори дозаси препаратни кўтара олиш ва даво самарасига қараб индивидуал танланади. Пеницилламин СС нинг диффуз шаклида буюрилади, склеродермик буйрак синдромида эса бериш мумкин эмас.
- ГК юқори яддиғланишли ва иммунологик активлиги бўлган СС нинг диффуз шаклида (клиник миозит, полисерозит, рефрактерартрит) ҳамда пеницилламинни кўтара олмасликда буюрилади. ГК антифиброз активликка эга эмас. Преднизолон буйрак склеродермик кризи кучайиши келиб чиқмаслиги учун суткасига 15 – 20 мг дан юқори бўлмаган дозада берилади. ГК ўткир склеродермик буйракда қатъиан ман қилинади.
- Иммунодепрессантлар пеницилламинни кўтара олмасликда ёки интерстициал ўпка фиброзида ГК билан бирга буюрилади. Циклофосфамид 0,1 – 0,2 г ҳафтасига 2 марта мушак ичига то юқори дозаси 3 – 5 г га етгунча қўлланилади, кейин инъекциялар орасидаги вақт узайтирилади ✦ Метотрексат 15 мг/ҳафтада ✦ Циклоспорин суткасига 2 – 3 мг/кг, эҳтиёткорлик билан (Рейно синдроми кечишида нефротоксик ва негатив таъсири бор).

АЪЗОЛАР ЗАРАРЛАНИШИГА КЎРА БЕМОРЛАРНИ ПАРВАРИШЛАШ

Ошқозон – ичак тракти • Қизилўнгач зарарланганда ✦ Тез – тез, бўлиб – бўлиб овқатлантириш, овқатни қабул қилишни соат 18:00 дан сўнг тўхтатиш ✦ Кроватни бош томони кўтарилган бўлиши • Кечкурун антацидлар берилади ✦ Прокинетиклар (домперидон 10 мг дан суткасига 3 марта) • Мальабсорбция ва ингичка ичакнинг бактериал зарарланиш синдромларида суткасида 2 г дан 10 – 14 кун давомида тетрациклин, кейин суткасига 2 г дан сульфасалазин буюрилади • Бирламчи билиар циррозда суткасига 250 – 1000 мг дан пеницилламин.

Сийдик чиқариш системаси • Буйраklarнинг артериал гипертензияли зарарланишида суткасига 3 марта 25 – 50 мг. дан каптоприл, суткасига 10-40 мг. эналаприл буюрилади • Буйрак етишмовчилигида зарур бўлса гемодиализга юбориш. ГК, цитостатиклар ва плазмаферез ман қилинади.

Бўғимлар зарарланиши • НЯҚВ буюрилади (ревматоид артритга қаранг).

Тери зарарланиши • Демитил сульфоксиднинг 33 – 50% ли эритмасини 20 – 30 минутга ҳар куни аппликация қилинади. Даволаш курси 20 – 30 аппликация, такрор курслар 2 – 3 ойдан кейин ўтказилади.

Болаларда ўзига хос хусусият • Болаларда СС кам учрайди. Баъзан ювенил сурункали артрит, склеродермасимон синдром ва Рейно синдроми билан ўтади, бунда асосий фарқ бўғимларда эрозив ўзгаришлар бўлишидир.

Ҳомиладорларда ўзига хос хусусиятлар • СС ни кечиши фаоллик паст бўлганда яхшиланади ва касаллик фаоллиги юқори бўлганда ёмонлашади. Ҳомиладорликни сақлаб қолиш масаласини ечишда ҳаётий зарур аъзолар ҳолатини ҳисобга олиш зарур.

Прогнози. Беморларда яшовчанликнинг 5 йиллиги 30-70% ни ташкил этиб, касаллик шаклига боғлиқ бўлади. СС нинг диффуз шакли нохуш прогнозга эга. Кўпроқ хавфли клиник белгилардан бири буйрак склеродермик кризи ҳисобланади.

Синонимлари • Авж олиб кетган склеродермия • Диффуз склеродермия • Универсал склеродермия • Авжланувчи систем склероз.

Қисқартма. СС – Систем склеродермия.

ХКК-10 • **М34** Систем склероз.

ПОЛИМИОЗИТ ВА ДЕРМАТОМИОЗИТ

Дерматомиозит (ДМ) ва полимиозит- бу яллиғланувчи идиопатик миопатиялар бўлиб, кўндаланг – тарғил ва лик мушакларнинг систем зарарланиши билан характерланиб, бемор ҳаракат фаолиятининг бузилиши билан кечади. ДМ да эса кўпинча терининг очик жойлари эритема ва шиш шаклида зарарланади. Яллиғланувчи идиопатик миопатияларнинг қуйидаги турлари фарқланади: • Полимиозит • Дерматомиозит • Бириктирувчи тўқиманинг систем касалликлари таркибидаги полимиозит • Паранеопластик полимиозит ва ДМ • Ҳужайра ичи киритмалари бўлган полимиозит. **Статистик маълумотлар:** Касалланиш 100 000 аҳолига 0,2 – 0,8 **Устунлик қилувчи ёш:** касалланишнинг иккита юқори чўққиси 5 – 15 ёш ва 40 – 60 ёш белгиланади. **Устунлик қилувчи жинс** – аёллар (2:1). **Этиологияси:** номаълум • Вирусли омилларнинг этиологик роли эҳтимол тутилади, аввало пикорнавируслар • Ўсма касалликлари билан боғлиқлиги фараз қилинади.

Патогенези. ДМ патогенезида асосий роль гуморал реакциялардаги комплементни фаоллаштирувчи ва васкулопатияга олиб келувчи реакциялар фараз қилинади, шу билан бирга полимиозитда асосий эътибор хужайравий цитотоксик реакцияларга қаратилади. Патогенездаги бу фарқ гистологик кўринишда акс этади. ДМ да периваскуляр инфилтратлар таркибида $CD4^+$ – Т – лимфоцитлар, В – лимфоцитлар ва макрофаглар топилади. Полимиозитда монокляр инфилтратлар цитотоксик $CD4^+$ – Т – лимфоцитлар эндомиозияда топилиши мумкин.

КЛИНИК МАНЗАРАСИ

- Проксимал мушак заифлиги: соч таралганда, тиш тозаланганда, паст стулдан турганда, транспортга чиққанда кузатилади • Тери зарарланиши ✦

Фотодерматит ва параорбитал соҳанинг «гелиотроп» шиши
 ✦ Юз териси ва «декольте» соҳанинг эритемаси устида эритематоз кўчувчи тошмалар (Готрон симптоми) ✦ Кафт терисининг қизариши ва кўчиши (механик кўли) • Дисфагия • Шегрен синдроми • Рейно феномени, айниқса антисинтеаз кесимма синдромида Рейно синдромидан ташқари, иситма, «механик кўли» ривожланиши, ўпканинг интерстициал фибрози ва ревматоидга ўхшаш артрит кузатилиши мумкин • Ўпка зарарланиши: ўткир диффуз альвеолит, интерстициал ўпка фибрози • Миокарднинг зарарланиши
 ✦ Ритм ва ўтказувчанликнинг тўлиқ АВ – блокадасигагача бўлган мураккаб бузилишлар (камдан – кам ҳолларда) ✦ Дилятацион кардиомиопатия ривожланиши мумкин (камдан-кам) • Деформациясиз симметрик полиартрит-кўпинча касаллик дебютида учраб панжанинг майда бўғимларини зарарлайди
 • Панжа усти канали синдроми: Панжа шиши I – III бармоқларда сезувчанликни йўқолиши ва оғриқ. 4 – бармоқнинг билак томонида сезувчанликни йўқолиши ва оғриқ кузатилади • Тери кальцинози (болаларда)
 • Буйрак зарарланиши (камдан-кам): Протеинурия, нефротик синдром СБЕ олиб келувчи микроглобулурия.

Лаборатор маълумотлар • Касаллик бошланишида қон шаклли элементлари микдорининг ошиши, охириги босқичларида ва паранеопластик миозитда мушак атрофияси кузатилади • Қон зардоби альдолазаси креатинфосфокиназа ошган • Креатинин микдорини ошиши (50% дан кам беморларда) • Миоглобулурия • Систем кўринишларида ЭЧТ ошади • РФ титрининг юқори бўлиши (50% дан кам беморларда) • АНАТ борлиги (50% дан кўп беморларда) • Кўпчилик миозитспецифик АТ лар орасида тРНК нинг анти j α – 1, антисинтеаз маркери, аминоксилсинтеаз тРНК АТ си диагностик аҳамиятга эга.

Инструментал маълумотлар • ЭКГ – аритмия, ўтказувчанликнинг бузилиши • Электромиография – мушак кўзгалувчанлиги ошган, ҳаракат потенциаллари полифазлиги ва амплитудаси пастлиги, фибрилляция • Мушаклар биопсияси (дельтасимон ёки соннинг тўрт бошли мушаги): ўзига хос яллиғланиш ўзгаришлари 75% ҳолларда аниқланади • Бўғимларнинг рентгенологик ўзгариши хос эмас (болаларда юмшоқ тўқималарда кальцинатлар ҳо бўлиши мумкин) • Рентгенологик ташхис учун (ўпканинг интерстициал фиброзида) кўкрак қафаси аъзоларини рентгенография қилинади ва (сезгирликни кучайтириш учун) – КТ.

Дифференциал диагностика • Ревматик касалликлар • Миопатик синдром билан кечувчи неврологик патология (миастения, Лэмберт – Итон синдроми, Дюшенн, Беккернинг мушак дистрофияси) • Эндокрин патология (гипертиреоз, гипопаратиреоз, гиперальдостеронизм) • Инфекцион миозит (вирусли, бактериал, паразитар) • Дори миопатиялари (гиполипидемик воситалар, колхицин, ГК, этанол, делагил, зидовудин қўлланилганда келиб чиқиши мумкин) • Электролит бузилишлари (магний, кальций, калий).

Диагностик мезонлар • Ҳеч бўлмаганда бир типдаги тери жароҳатланиши кузатилганда ва камида 4 та белги бўлганида ДМ диагнози ишонарли ҳисобланади (сезгирлик 94,1% спецификлик 90,3%). Камида 4 хил белги борлиги полимиозит ташхисига мос келади (сезгирлик 98,9%, спецификлик 95,2) • Тери зарарланиши ✦

Гелиотроп тошма • Қовоқларда қизил – бинафша рангли эритематоз тошмалар ✦ Готтрон белгиси – панжанинг ёзилувчи юзасидаги бўғимлар устида қизил – бинафша рангли кипикланувчи эритема ёки доғларнинг бўлиши ✦ Тирсак ва тизза бўғимлари уст юзасида эритема • Проксимал мушак заифлиги (қўл ва оёқлар, танада) • КФК фаоллигининг ошиши ёки қон зардобиди альдолаза ошиши • Миалгияда ёки пальпация қилинганда мушакларда оғриқ • Электромиографияда ўзгаришлар (қисқа полифаз мотор потенциаллари бирлигининг фибрилляция спонтан потенциаллари билан бориши) • АТ j_o – 1 ни топиш (гистидил – тРНК-синтетазага АТ таъсири) • Деструкцияланмаган артрит ёки артралгиялар • Систем яллиғланиш белгилари (37^oС дан юқори иситма, СРО ошиши ёки ЭЧТ 20 мм/с дан юқори) • Гистологик ўзгаришлар: скелет мушакларида мушак фибриллаларининг дегенерацияси ёки некрози билан борувчи яллиғланиш инфилтратлари; фаол фагоцитоз ёки фаол регенерация белгилари.

ДАВОСИ

Даволаш асоси – яллиғланишга қарши терапия ва кейин ремиссия ҳолатини ушлаб туриш.

ДОРИЛАР БИЛАН ДАВОЛАШ

- ГК ✦ Танлов препарати бўлиб хизмат қилади (преднизолон) ✦ Касалликнинг ўткир даврида преднизолоннинг бошланғич дозаси суткасига 1 мг/кг. 4 ҳафта давомида яхши томонга ўзгариш бўлмаса дозани ойига 0,25 мг/кг дан 2 мг/кг гача кўпайтирилади. Бунда клиник – лаборатор текшириш натижалари ҳисобга олинади ✦ Клиник – лаборатор ремиссиясига эришилгандан сўнг (даволаш бошлангандан 4 – 6 ҳафта кейин) преднизолон дозаси аста – секин камайтирилади (1/4 кунлик доза ҳар ой давомида клиник – лаборатор белгилар назорати остида камайтирилади, салбий динамикада доза яна кўпайтирилади) ✦ Даволашнинг умумий вақти тахминан 2 – 3 йил ✦ Пульс – терапия ювенил полимиозитда ёки катталарнинг авж олиб кетган дисфагияси ва систем белгилари бўлган полимиозит/дерматомиозитда қўлланилади ✦ 80 мг/кунда ва ундан юқори дозада 4 ой давомида преднизолон қабул қилингандан сўнг мушак кучи ошмаса, стероид миопатия, «киритмали» миозит, яллиғланиш миопатияларга алоқаси бўлмаган мушаклар патологияси тўғрисида ўйлаш лозим.
- «Стероид сақловчи» натижага эришиш мақсадида иммунодепрессив моддалар ишлатилади ✦ Метотрексат ✦ Оғиз орқали қабул қилинганда бошланғич дозаси 7,5 мг/ҳафтадан ҳафтасига 0,25 мг ошириб борилади, то клиник натижага эришилгунча (ҳафтасига 25 мг дан ошмаслиги керак). Вена ичига юборилганда бошланғич дозаси 0,2 мг/кг (клиник натижага эришилгунча ҳафтадан 0,2мг/кг) ошириб борилади ✦ Бу патологияда метотрексат мушак орасига юборилмайди! ✦ Препаратнинг клиник натижаси 6 ҳафтадан кейин максимал натижа эса 5 ҳафтадан сўнг кўрилади ✦ Ремиссияга эришилгандан кейин аста – секин дозаси камайтирилиб (ҳафтасига 1/4) метотрексат бериш тўхтатилади ✦ Даволаш вақтида қон, сийдик умумий таҳлилини ҳамда жигар синамаларини ўтказиш лозим ✦ Метотрексатни ҳомиладорликда, жигар, буйрак, суяк кўмиги касалликларида бериш тақиқланади; Бу дори

антикогулянтлар, салицилатлар ва қон яратилишини тўхтатувчи дори воситалари билан мос келмайди ✦ Азотиоприн (метотрексатдан фаоллиги пастроқ) ✦ Дозаси 2 – 3 мг/кг/кунда. Максимал натижага 6 – 9 ойдан сўнг эришиш мумкин ✦ Кейин кунлик дозани ҳар 4 – 8 ҳафтада минимал натижага эришгунча 0,5 мг/кг. дан камайтириб борилади ✦ Азотиопринни гемопоз иши сусайганда, жигарнинг оғир касалликларида, хомиладорликда бериш тақиқланади ✦ Аллопуринол азатиоприннинг заҳарлилигини оширади. Азатиоприн лейкопения ва тромбоцитопения чақирувчи дори воситалари билан мос келмайди ✦ Циклоспорин ГК га резистент бўлган дерматомиозит/полимиозитда яхши натижа бериши мумкин ✦ Бошланғич дозаси 2,5 – 3,5 мг/кг. ✦ Ушлаб турувчи дозаси 2 – 2,5 мг/кг. ✦ Циклофосфамид интерстициал ўпка фибрози ривожланганда кунда 2 мг/кг. кўлланилади.

- Аминохиолин хоалари (гидроксихлорохин 200 мг/кунда).
- Иммуноглобулин. Иммуноглобулин вена ичига 0,4 – 0,5 г/кг. дозада (даволаш давомли, қимматбаҳо).

Дориларсиз даволаш • Плазмаферез, лимфоцитоферез васкулит ёки даволашнинг бошқа турларига чидамли бўлган оғир мушак бузилишлари бўлган беморларга буюрилади.

Асоратлари • Узоқ давом этган иммунодепрессив терапия заминидаги рекуррент инфекциялар • Яққол мушак заифлиги, ўпканинг интерстициал зарарланиши натижасида келиб чиққан нафас етишмовчилиги • Аспирацион пневмония

Йўлдош патология • Хавфли ўсмалар (ДМ да кўпинча ўсмаларнинг назофарингеал жойлашуви кузатилади) • Систем склеродермия • Васкулит • Систем қизил волчанка.

Прогнози. Касаллик оқибатларини оғирлаштирувчи омиллар: беморларнинг ёши улуғлиги, касаллик бошланишидаги монанд бўлмаган даво, миозитнинг оғир кечиши, паранеопластик миозит, антисинтетаз синдром.

Синонимлари • Вагнер касаллиги • Вагнер – Унферрихт- Хепп синдроми.

Қисқартмалар • ДМ – дерматомиозит.

ХКК – 10 • М33 Дерматополимиозит.

ТУГУНЧАЛИ ПОЛИАРТЕРИИТ

Тугунчали полиартериит (ТП) – майда ва ўрта калибрли артерияларнинг касаллиги бўлиб, микроаневризмалар, аъзо ва тўқималарнинг иккиламчи зарарланиши билан ўтади. **Статистик маълумотлар.** Тарқалиши: 100.000 аҳолига 0,7-6,3 га тенг. Ўртача ёш 38-43 ёш. 40 ёшдан ошган эркаклар 3 баробар кўп касалланадилар. **Этиологияси** • В гепатити ва С гепатити вируслари (30 – 80% ҳолларда) • ВИЧ • Парвовирус В19 • HTLV • Дори воситалари (сульфаниламидлар, пенициллинлар, йодидлар, тиоурацил, висмут препаратлари, тиазид диуретиклари, гуанитидин). Иккиламчи тугунчали полиартериит жуда кам ҳолларда ревматоид артрит ёки Шёгрэн синдроми заминида ривожланади.

Патогенези. ТП да томир деворининг шикастланиш жараёни ноаниқ. Мушак типидаги артерияларнинг некрозланган панваскулитли, айрим ҳолларда аневризмалар ҳо бўлиши билан борадиган шикастланишлар. Васкулит оқибати бўлиб инфарктлар, қон қуйилиши, чандиқлар ҳисобланади. Томирлар яллиғланиши келиб чиқишида қон реологик хусусиятларининг бузилиши, тромбозлар аҳамиятга эга.

КЛИНИК МАНЗАРАСИ

Умумий белгилар ✦ Иситма ✦ Кўпинча болдир мушакларида миалгиялар ✦ Тана вазнининг пасайиши (кахексияга қадар) жараён фаоллиги билан корреляция қилади.

- Йирик ва ўрта ўлчамлардаги бўғимларда транзитор артрит, (деформациясиз).
- Буйраклар шикастланиши ✦ Айрим сийдик синдроми: протеинурия, микрогематурия, лейкоцитурия (инфекция билан боғлиқ эмас) ✦ Артериал гипертензия: дастлабки босқичларда буйрак васкулити ёки буйрак инфаркти билан боғлиқ, кечки босқичларда коптокчалар шикастланиши; гипертензив синдром кўпинча хавфли бўлиши мумкин ✦ Буйрак артериялари аневризмасининг буйрак олди гематомаси ривожланиши билан ўтадиган ёрилиши (кам ҳолларда).
- Нерв системасини шикастланиши ✦ Болдир, тирсак, билак, сон нервларининг периферик невритлари қўшилиб кетиши. ТП да полиневрит хусусиятлари: асимметриклик, ҳаракат бузилишлари устунлиги, яққол оғриқ синдроми ✦ Гийн – Барре синдроми ✦ МНС: мия инфаркти, талвасалар, психозлар.
- Юрак қон-томир тизими шикастланиши ✦ Аритмиялар ✦ Ишемик синдромли коронариит, МИ бўлиши мумкин (оғриқсиз) ✦ Юрак етишмовчилиги.
- Тери ✦ Геморрагик пурпура ✦ Тугунчалар (артерияларнинг аневризматик ўзгариши) ✦ Тўрсимон ливедо («мармар тери»).
- Абдоминал синдроми қорин бўшлиғидаги томирлар васкулити оқибатидир ✦ Панкреатит ✦ Ингичка ичак яраси перфорацияси ✦ Ўт пуфаги некрози.
- Орхит, эпидидимит (кўпинча ассоциланган ТП HBV – С да).
- Кўз шикастланиши: конъюнктивит, ирит, тўр парда марказий артерияси окклюзияси.
- Ўпка (камдан – кам): ўпка васкулити, интерстициал пневмония.

Лаборатор маълумотлар • Қонни текшириш: ЭЧТ ошиши, лейкоцитоз, тромбоцитоз, қон зардобида мочевина миқдорининг ошиши, анемия (камдан – кам)

• Пешобни текшириш: протеинурия, гематурия • Текшириш: Аг гепатит В (50% ҳолларда); РФ паст титрларда ёки бўлмайди. АНАТ паст титрларда ёки бўлмайди. Буйрак ёки тери зараланганда гипокомплементемия.

Инструментал маълумотлар • Зарарланган тери ёки мушак қисмларидан олинган биопсия олиш 2 баробар кўп аниқлик беради • Бўғимлар рентгенографияси: ўзгаришсиз • Висцерал ангиография-шикастланган артериялар микроаневризмалари.

Диагностик тактика. ТП клиник манзарасидаги нозологик ўзига хослик асимметрик ҳаракат полиневрити, полиорган белгилар (оғриқсиз МИ ривожланиши

билан ўтадиган коронариит, буйрак ва ошқозон – ичак йўли аъзолари зарарланишининг специфик шакллари).

Диагностик мезонлар (Америка Ревматологлар ассоциацияси, 1990) • Бошқа сабаблар билан боғлиқ бўлмаган ҳолда тана вазнининг 4 кг. дан ортиқ пасайиши • Livedo reticularis • Инфекция, травма ёки бошқа сабаблар билан боғлиқ бўлмаган мойялардаги оғриқ • Миалгиялар (оёқ мушакларидаги оғриқ ёки заифлик) • Мононеврит, полиневропатия ёки мононевритлар йиғиндиси • Диастолик АБ. 90 мм.с.у дан юқори • Қон зардобидида креатинин миқдорининг ошиши – 132,5 мкмоль/литр дан юқори, бу сийдик йўллариининг обструкцияси ёки дегидратация билан боғлиқ эмас • Қонда HBV маркёрларининг бўлиши • Артериографияда топиладиган ўзгаришлар: атеросклероз билан боғлиқ бўлмаган, фибро мушак дисплазияси ва бошқа яллиғланишсиз касалликлар билан боғлиқ бўлмаган висцерал артерияларнинг окклюзиялари ёки аневризмалари • Майда ва ўрта калибрли артерияларни гистологик текшириш артериялар деворини гранулоцитар ва моноклеар инфильтрациясини кўрсатади. Ташхис қўйиш учун 4 та мезонни топиш лозим. Сезгирлик 98,9%, спецификлиги 95,2%.

Дифференциал диагнози • Микроскопик полиартрит (артериал гипертензиясиз, аммо тез ривожланадиган буйрак етишмовчилиги, баъзан нефротик синдром билан; биопсияда капиллярларнинг зарарланишини топиш мумкин) • Вегенер гранулематоэти (ТТ да ярали некротик ринит, синусит, ларингит бўлмади) • Чердж – Стросс синдроми: бронхиал астма, иситма, эозинофилия 10%, мононевритлар ва полиневритлар, миграцияланувчи ўпка инфильтратлари, биопсияда – эозинофиллар сақлаган периваскуляр инфильтратлар.

Асоратлари • Қўл оёқлар гангренаси • Ички аъзолар инфаркти • Аневризмаларнинг ёрилиши ҳисобига аъзолар ичига қон оқишлари.

ДАВОСИ

Умумий тактикаси. Иммунодепрессив терапия, уни ўтказмаслик беморни 5 йил яшашини 8 марта ёмонлаштиради. Бундан ташқари иммунодепрессив терапия HBV – инфекцияси шароитида саногенетив иммун жавобни қийинлаштиради, бу эса шу гуруҳдаги беморларга алоҳида ёндошувни талаб этади.

Парҳез. Циклофосфамид геморрагик цистит ривожланишининг олдини олиш мақсадида кўп миқдорда суюқлик қабул қилиш билан буюрилади.

Дорилар билан даволаш • Юқори дозадаги ГК лар қўлланилади. Метилпреднизолон билан бошланғич пульс – терапия ўтказиш тавсия этилади. (3 кун давомида вена ичига 1 г дан) сўнгра клиник натижа олингунча преднизолон 1 мг/кг вазнга ичишга буюрилади (ўртача 1 ой давомида). Кейин дозани аста – секин камайтира борилиб, кувватлаб турувчи (10 мг/кунда) дозагача тушилади ва бекор қилинади (агар ГК иммунодепрессантлар билан бирга берилса даволаш курси қисқа бўлиши мумкин, умумий даволаш муддати 12 – 24 ой).

- Циклофосфамид алоҳида индивидуал танланган режа асосида ҳафтасига 0,5 – 2,5 г 1 марта ёки ойига 1 марта қўллаш мақсадга мувофиқ (масалан, ойига 0,6 г/м² дан 1 йил давомида). Дозани танлашда буйрак ҳолатига ва суяк кўмиги аҳволига эътибор берилди. Циклофосфамид баъзан нохуш ҳолатларга сабаб бўлиши (қовуқ раки, геморрагик цистит, бепуштлик, суяк кўмиги

фаолиятининг бузилиши) мумкин.

Циклофосфамидни ГК билан

бирга даволашда иккиламчи инфекцияларнинг ривожланиш эҳтимоли юқори бўлади.

- HBV – га қарам ТП ҳоллари учун преднизолонни 1 ҳафта давомида кунда 1мг/кг/вазнга 2 ҳафта давомида тез бекор қилиб ✦ рекомбинант ИФН ёрдамида антивирус терапияга ўтилади. Бир йил давомида узлуксиз 12 ҳафталик курслар билан
- НЯҚВ бўғим синдромида берилади.
- АПФ ингибиторлари, масалан, каптоприл 75 – 150 мг/кунда, эналаприл 20 – 40 мг/кунда буйрак артериялари стенози бўлмаганда артериал гипертензияда қўлланилади.

Дориларсиз даволаш. ТП рефрактер кечаётганда, HBV – га қарам ТП да ва гемодиализдаги беморларга плазмаферез буюрилади.

Хирургик даволаш. Буйрак етишмовчилиги юзага келганда (нефрэктомия, донор буйрагини кўчириб ўтказиш), ҳамда ичактутқич артериялари тромбозида ҳам хирургик даво буюрилади.

Прогнози. Нохуш прогностик омиллар

- Қон зардобидида креатинин миқдори > 140 мкмоль/л
- Протеинурия > 1г/л
- Патологик жараёнга ошқозон – ичак йўли кўшилиши
- Юракнинг зарарланиши
- МНС томонидан кузатиладиган белгилар.

Ичак перфорацияси ва хавфли артериал гипертензия энг катта хавф туғдиради.

Синонимлари

- Куссмаул – Майер касаллиги
- Нодоз панартериит
- Нодоз периартериит
- Тугунчали периартериит
- Нодоз полиартериит.

Қисқартма • ТП – тугунчали периартериит.

ХКК – 10 • М30 Тугунчали полиартериит ва бир – бирига яқин ҳолатлар.

Ушбу бобни яқунлар эканмиз, беморда бириктирувчи тўқима касалликларига шубҳа бўлганда умумий амалиёт варачи беморни ревматолог билан бирга кўрув ва лобаратор – инструментал текширишлардан ўтказиши лозимлигини яна бир бор эслатиб ўтмоқчимиз. Диагноз тасдиқланган тақдирда барча даволаш профилактика ишлари иккала мутахассис томонидан биргаликда олиб борилади.

СЕКСУАЛ БУЗИЛИШЛАР

ЭРЕКТИЛ ДИСФУНКЦИЯ

Эректил дисфункция – узоқ вақтгача (камида 6 ой) жинсий қовушиш учун зарур эрекцияга эриша олмаслик ва уни сақлаб туrolмаслик.

ХКК – 10 • F52.2 Генитал реакциянинг етишмовчилиги • **N48.4** Органик келиб чиққан импотенция (жинсий ожизлик).

Қисқартмалар: ПСАг – простатоспецифик Аг.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯСИ

Эректил дисфункциядан жаҳондаги қарийб 150 млн нафар эркаклар азоб чекадилар. Касаллик 40-70 ёшгача бўлган 52% эркакларда учрайди (енгил даражаси 17,2%, ўртача даражадаси 25,2%, оғир даражаси 9,6%).

ХАВФЛИ ОМИЛЛАРИ

- Томирларга боғлиқ (тахминан 20% ҳоллар) атеросклероз.
- Эндокрин сабаблар (тахминан 10% ҳоллар).
 - ◆ Тестостерон танқислиги. Ёши улуғ эркакларда тестостерон буюриш билан боғлиқ бўлган унинг танқислиги. Бу кўпинча семириш билан алоқадор бўлиб, жинсий гормонларни боғлайдиган глобулин концентрациясининг кўпайишига ва эркин тестостерон миқдорининг камайишига олиб келади.
 - ◆ Гиперпролактинемия, қалқонсимон без фаолиятининг бузилиши, қандли диабет.
- Неврологик сабаблар (тахминан 20% ҳолларда). Диабетик, алкоголь невропатияси, вегетатив невропатиялар, тарқоқ склероз оқибатида орқа миянинг зарарланиши, чаноқ травмаси ҳамда ундаги аъзолар операцияси ва бошқалар.
- Спиртли ичимликларга ружу қўйиш (тахминан 20% ҳолларда). Ундан ўзини тиядиганларда эректил дисфункция 50% кам учрайди.
- Узоқ вақт алкоголь, марихуана, кодеин, мепередин, метадон ва героин истеъмол қилиш.
- ДВ (тахминан 10% ҳолларда), АГ ни даволашда ишлатиладиган дори моддалари (кальций каналлари блокаторлари ва ААФ ингибиторлари), биринчи даражали муҳим омилларга кирмаса ҳам эректил дисфункцияга олиб келиши мумкин. Назорат қилинмайдиган артериал босим ҳам баъзан уни келтириб чиқаради ✦ Дигоксин, тиазид диуретиклар, спиронолактон антихолинэстераз моддалар ✦ Кўпгина психотроп моддалар: бензодиазепин, сульпирид ҳам эректил дисфункцияга сабаб бўлиши мумкин ✦ Наркотик анальгетиклар антиандроген фаол моддалар: циметидин, ципротерон, кетоконазол.
- Юрак қон – томир касалликлари. Эректил дисфункция юрак қон – томир касалликлари билан касалланган 40 ёшгача бўлган беморларнинг 39% да ва 70 ёшгача бўлган беморларнинг 67% да учрайди.
- Оғир систем касалликлар, СБЕ билан касалланган беморларда эректил дисфункция 86,4% ни ташкил этади.
- Рухий сабаблар (тахминан 20%).

СКРИНИНГ

Бирламчи анамнез йиғишда бемор билан врач орасида ишончли муҳит юзага келтириш лозим. Беморнинг ҳозирги ва ўтмишдаги жинсий муносабатларини аниқлаш, эмоционал ҳолатини, эректил дисфункция бошланиш ва давом этиш вақтини, илгари мутахассисга ёрдам сўраб мурожаат қилганлигини ва қандай даво олганлигини аниқлаш керак. Эрталабки шахвоний ҳолат ва эрекциялар тўғрисида: жинсий аъзонинг ригидлик даражаси ва давомийлигини синчиклаб сўраш зарур. Бундан ташқари жинсий кўзғалиш, эякуляция ва оргазм кечинмаларини бирма – бир батаф аниқлаш лозим. Олинган маълумотларнинг ҳақиқийлигини ва даволашнинг самарадорлигини назорат қилиш учун умумий амалиёт варачи миллатимизнинг ўзига хос минталетидан келиб чиқиб, қуйида келтирилган

саволномаларнинг биттасидан фойдаланиш мумкин, масалан, *International Index for Erectile Function* (ИИФ).

- Эректил функцияни баҳолаш учун сўнгги 4 ҳафталик маълумотлар асосида 15 та саволга жавоб бериш зарур; бунда ҳар бир савол максимал 5 баллгача баҳоланиши мумкин.
1. Жинсий майл кўзғатувчи қандай ҳолатларда Сизда одатда эрекция содир бўлади (жинсий яқинлик, мастурбация, эротик фильмлар, расмлар томоша қилиш)? • 0 – Сексуал фаоллик содир бўлмайди • 1 – Деярли ҳеч қачон ёки ҳеч қачон • 2 – Бир неча марта (тахминан ярим ҳоллардан кам) • 3 – Баъзан (тахминан ярим ҳол) • 4 – Ярим ҳоллардан кўпроқ ҳолларда • 5 – Деярли ҳамиша ёки ҳамиша.
 2. Жинсий алоқани бошлаш (жинсий олатни киритиш) учун қачон эрекция етарли бўлади? • 0 – Сексуал фаоллик юзага келмайди • 1 – Деярли ҳеч қачон ёки ҳеч қачон • 2 – Бир неча марта (ярим ҳоллардан кам) • 3 – Баъзан (тахминан ярим ҳолларда) • 4 – Ярим ҳоллардан кўп • 5 – Деярли ҳамиша ёки ҳамиша.
 3. Сексуал яқинлик вақтида жинсий олатни киритишга қай даражада қодир бўлгансиз? • 0 – Сексуал яқинлик бўлмаган • 1 – Деярли ҳеч қачон ёки ҳеч қачон • 2 – Бир неча марта (ярим ҳоллардан кам) • 3 – Баъзан (тахминан ярим ҳолларда) • 4 – Ярим ҳоллардан кўп • 5 – Деярли ҳамиша ёки ҳамиша.
 4. Жинсий олат киритилгандан сўнг Сизда эрекция қай даражада сақланиб қолган? • 0 – Сексуал яқинлик бўлмаган • 1 – Деярли ҳеч қачон ёки ҳеч қачон • 2 – Бир неча марта (ярим ҳоллардан кам) • 3 – Баъзан (тахминан ярим ҳолларда) • 4 – Ярим ҳоллардан кўп • 5 – Деярли ҳамиша ёки ҳамиша.
 5. Жинсий яқинлик давомида эрекцияни сақлаб қолиш қанчалик қийин бўлган? • 0 – Жинсий яқинлик бўлмаган • 1 – Ҳолат қийин • 2 – Жуда қийин • 3 – Қийин • 4 – Унчалик қийин эмас • 5 – Қийин эмас.
 6. Сўнгги 4 ҳафта ичида Сиз неча марта жинсий яқинлик қилишга уриндингиз? • 0 – Ҳеч қандай уриниш қилмадим • 1 – 1-2 марта уриндим • 2 – 3-4 марта уриндим • 3 – 5-6 марта уриндим • 4 – 7-10 марта уриндим • 5 – 11 ва ундан кўп марта уриндим.
 7. Жинсий яқинлик сифати Сизни қай даражада қониқтирди? • 0 – Уриниб кўрмадим • 1 – Бир неча марта (ярим ҳоллардан кам) • 2 – Баъзан (ярим ҳоллардан кам) • 3 – Баъзан (тахминан ярим ҳолларда) • 4 – Ярим ҳоллардан кўпроқ • 5 – Деярли ҳамиша ёки ҳамиша.
 8. Жинсий яқинлик Сиз учун қанчалик ёқимли? • 0 – Жинсий яқинлик бўлмаган • 1 – Ёқимли ҳислар йўқ • 2 – Кам ёқимли • 3 – Етарлича ёқимли • 4 – Ёқимли • 5 – Жуда ёқимли.
 9. Жинсий яқинлик ёки сексуал стимуляция ҳар доим ҳам эякуляция билан тугаганми? • 0 – Сексуал стимуляция ёки жинсий яқинлик бўлмаган • 1 – Деярли ҳеч қачон ёки ҳеч қачон • 2 – Бир неча марта (тахминан ярим ҳоллардан кам) • 3 – Баъзан (ярим ҳолларда) • 4 – Ярим ҳоллардан кўпроқ • 5 – Деярли ҳамиша ёки ҳамиша.

10. Жинсий яқинлик ёки сексуал стимуляция даврида Сиз оргазмни қанчалик ҳис қилгансиз (ёки шунга яқин ҳисларни)? ● 1 – Деярли ҳеч қачон ёки ҳеч қачон ● 2 – Бир неча марта (ярим ҳоллардан кам) ● 3 – Баъзан (тахминан ярим ҳолларда) ● 4 – Ярим ҳоллардан кўп ● 5 – Деярли ҳамиша ёки ҳамиша.
 11. Сексуал хоҳишни Сиз қай даражада кўп ҳис қилгансиз? ● 1 - Деярли ҳеч қачон ёки ҳеч қачон ● 2 – Бир неча марта (ярим ҳоллардан кам) ● 3 – Баъзан (тахминан ярим ҳолларда) ● 4 – Ярим ҳоллардан кўп ● 5 – Деярли ҳамиша ёки ҳамиша.
 12. Сиз ўз сексуал хоҳишингизни қай даражада баҳоладингиз? ● 1-Жуда паст ёки жинсий қониқишга хоҳиш йўқ ● 2 – Паст ● 3 – Ўртача ● 4 – Юқори ● 5 – Жуда юқори.
 13. Сиз ўз жинсий ҳаётингизни қай даражада баҳолаган бўлардингиз? ● 1 - Ғоят қониқарсиз ● 2 – Ўртача ● 3 – Ярим ҳолларда қониқарли ● 4 – Қониқарли ● 5 – Яхши.
 14. Жинсий шеригингиз билан алоқангиз Сизни қониқтирадими? ● 1 – Асло қониқтирмайди ● 2 – Амалда қониқтирмайди ● 3 – Ҳам ҳа, ҳам йўқ ● 4 – Деярли қониқтиради ● 5 – Тўла қониқтиради.
 15. Сиздаги эрекциянинг кейинчалик жинсий яқинлик охиригача сақланишига қанчалик ишонасиз? ● 1 – Мутлақо ишонмайман ● 2 – Иккиланаман ● 3 – Тўла ишонмайман ● 4 – Амалда тўла ● 5 – Тўла ишонаман.
- Балларни ҳисоблаш ✦ Эректил функцияни баҳолаш учун баллар ҳисоби – 1, 2, 3, 4, 5, 15 саволларга жавоблар йиғиндиси ✦ Оргазм ҳис қилиш қобилятини баҳолаш учун баллар йиғиндиси – 9, 10 саволларга жавоблар йиғиндиси ✦ Сексуал хоҳишни баҳолаш учун баллар ҳисоби – 11, 12 саволларга жавоблар йиғиндиси ✦ Жинсий яқинликдан қониқиш ҳиссини баҳолаш учун баллар ҳисоби – 6, 7, 8 саволларга жавоблар йиғиндиси ✦ Жинсий ҳаётдан қониқишни баҳолаш учун баллар ҳисоби – 13, 14 саволларга жавоблар йиғиндиси ✦ Йиғинди баллар ҳисобини баҳолаш учун барча саволларга жавоблар йиғиндиси ✦ Интерпретация: минимал умумий балл – 5, максимал умумий балл – 75 ✦ Эректил функция 1 – 30 ✦ Оргазм ҳис қилиш қобиляти 0 – 10 ✦ Сексуал хоҳиш: 2 – 10 ✦ Сексуал қониқиш: 0 – 15 ✦ Жинсий ҳаётдан умумий қониқиш: 2 – 10.

КЛАССИФИКАЦИЯСИ

Эректил дисфункция оғирлигини ПЕФ ёрдамида баҳолаш лозим: 5 – 7 балл эректил дисфункциянинг оғир даражасидан дарак беради. 8 – 11 балл – ўртача оғир даражаси. 12 – 16 балл – энгил – ўрта даражаси. 17 – 21 балл – энгил даражаси. 22 – 25 балл – эректил дисфункция йўқ.

Бундан ташқари, эректил дисфункцияни тахминий этиологиясига қараб ҳам таснифланади ● рухий ● органик (эндокрин, неврологик, томир омиллари бўлганда) ● аралаш.

ДИАГНОСТИКАСИ

АНАМНЕЗ ВА ФИЗИКАЛ ТЕКШИРИШ

- Эректил дисфункция биринчи марта қачон бошланган, қандай ривожланган, бемор касаллик бошланишини нима билан боғлашини аниқлаш лозим.
- АБ ва АГ ни, периферик артерияларда пульсни, атеросклеротик ўзгаришларни аниқлаш.
- Эндокрин касалликлар: гипер- ва гипотиреоз, гипогонадизм, гиперпролактинемия, қандли диабет кабиларни йўқлигига ишонч ҳо қилиш.
- Гениталийни кўриш, пейрон касаллиги йўқлигини аниқлаш.
- Пай рефлексларига баҳо бериш.
- Гипогонадизм белгилари: мойларнинг консистенцияси ва ўлчами, қовуқдаги, қўлтиқ ва юздаги туқланиш, гинекомастия ва бошқалар.

ЛАБОРАТОР ТЕКШИРИШЛАР

- Қонни лаборатор текшириш муайян клиник шароитда тавсия қилинади: Нб, СРО, қондаги глюкоза, ЭЧТ, жигарнинг функционал синамаси, қон зардобдаги умумий холестерин миқдори, триглицеридлар, креатинин, ТТГ, пролактин, ПСАг.
- Простагландин юбориш билан ўтказиладиган тест.
- Нейрофизиологик текширишлар, ультратовуш ёрдамида жинсий олатда қон айланишини ўрганиш, жинсий олат ригидлигини аниқлаш. (ихтисослашган клиникаларда).

УМУМКЛИНИК АМАЛИЁТДА ДИАГНОСТИК ТАКТИКА

1. Эректил дисфункцияга олиб келадиган касалликларни аниқлаш ва даволашни белгилаш зарур. Бемор қандай дори қабул қилаётганини суриштириш ва уларнинг эректил функцияга салбий таъсирига шубҳа бўлганда, бошқаси билан алмаштириш керак. Агар ҚД бўлганда, уни максимал равишда компенсация қилиш, АГ бўлганда эса меъёрига тушуриш лозим. Текшириш вақтида чекиш ва спиртли ичимликларни истеъмол қилишни тўхтатиш тавсия қилинади. Беморнинг динамик ҳолатига 2 – 3 ойдан сўнг баҳо бериш керак.
2. Агар эректил функция тикланмаса ёки юқорида санаб ўтилган хавфли омиллар аниқланмаса, куйидаги синамалар ўтказилади.
 - Тестостерон концентрациясини аниқлаш (барча ҳолларда).
 - Проллактин концентрациясини аниқлаш, айниқса жинсий майл сусайганда.
 - Юқорида санаб ўтилган қон текширувлари (тахмин қилинаётган этиологияга кўра).

Бирламчи текширувлардан сўнг ҳеч қандай систем касаллиги бўлмаган ёш эркеклар (40 – 50 дан ёш) урологга юборилади. (касаллик сабаби хирургик йўл билан тузатилади, масалан, веноз димланиш кучайганда). Ёши улуғ беморларни мутахассис маслаҳатидан сўнг умумий амалиёт врачлари даволашни давом эттиради.

ДАВОЛАШ

ШИФОХОНАГА ЁТҚИЗИШГА КўРСАТМАЛАР

Эректил дисфункцияни текшириш ва даволаш кўпинча шифохонага ётқизишни талаб қилмайди.

Дориларсиз даволаш

- Эректил дисфункцияга сабаб бўлувчи дори воситаларини имкон борида алмаштириш ёки бекор қилиш.
- Оралиқ ва чаноқ шикастларида коррекцияловчи операция муолажаларини ўтказиш зарурлигини кўриб чиқиш.
- Ҳаёт тарзини ўзгартиришни тавсия қилиш (жисмоний машқлар, чекиш ва ичишни ташлаш).
- Рухий сексотерапия (имкон бўлса жинсий шериги билан) яхши самара беради.

Дорилар билан даволаш

Даволашни босқичма – босқич олиб бориш лозим. Бир қанча йўналишда даволаш ишлари ўтказилади.

- Биринчи йўналиш-перорал эректоген дори воситалари, вакуумли ускуналар, рухий сексотерапия. Даволашни ҳар доим перорал дори воситаларидан бошлаш керак.
- Иккинчи йўналиш – интрауретрал ва интеракаверноз инъекциялар.
- Учинчи йўналиш – хирургик протезлаш.

Биринчи йўналиш

- Тестостерон концентрацияси паст, простата беги одатдаги ўлчамларда, ПСАг концентрацияси ва липид профили нормал бўлган эректил дисфункцияли эркаки тестостерон билан даволаш керак.
 - ✦ Тестостерон (эфирлар аралашмаси) (ҳар 3 ҳафтада 1 ампуладан мушак ичига).
 - ✦ Андриол 40 мг дан суткасига 3-5 марта: овқат маҳалида қабул қилинади.
 - ✦ Местеролон 25 мг дан суткасига 3-5 марта ичилади.
- Кейинги кузатув. Ҳар йили простата беги ўлчами баҳоланади (УТТ ёрдамида) ва ПСАг концентрацияси аниқланади. Агар тахминан 8 ҳафта ичида эректил функция тикланмаса, даволашни тўхтатиб эректил дисфункциянинг бошқа сабаблари ҳамда коррекция усуллари қидирилади.
- денафил дорисини кўпгина этиологияли эректил дисфункцияда тайинлаш мумкин.
 - ✦ Бу препарат таблетка ҳолида 25, 50, 100 мг дан чиқарилиб, жинсий яқинликдан 1 – 2 соат олдин перорал қабул қилишга мўлжалланган. Бошланғич дозаси 50 мг ни ташкил этади. Ёши улуғ беморларда ва сурункали буйрак ёки сурункали жигар етишмовчилигида бошланғич доза 25 мг. Дори дозасини 100 мг гача ошириш қўшимча самара бермайди.
 - ✦ Сексуал стимуляция ўтказиш зарур.
 - ✦ денафил нитратларнинг гипотензив самарасини оширади. Нитратлар қабул қилувчи беморларга ундан фойдаланиш қатъиян ман қилинади.
 - ✦ Бошқа монеликлар – юрак қон – томир системаси касалликлари, жигар етишмовчилиги, артериал гипотензия, миокард инфаркти ёки анамнездаги мия қон айланишининг бузилиши.
 - ✦ Энг муҳим ножўя таъсирлари – бош оғриғи, «бошга қон қуйилиши», диспептик бузилишлар, бурун битиш сезгиси ва енгил ўтадиган кўришнинг бузилиши.

- ✦ Препарат антидепрессантлар, гипотензив дори воситаларини қабул қилиш ҳамда ҚД натижасида келиб чиққан эректил дисфункцияда самарали ва хавфсиздир.
- Тадалафил дори моддасининг таъсири ва самарадорлиги денафилга ўхшашдир. Ундан фарқли равишда, бу дорининг таъсир давомийлиги 36 соат.
- Йохинбин гидрохлорид – перорал дори воситаси бўлиб, унинг самарадорлиги тўғрисида турли маълумотлар мавжуд. Йирик текширув натижасига кўра плацебо қабул қилган назорат гуруҳдагиларга нисбатан дорини қабул қилган тажриба гуруҳидаги беморларда яхшироқ самара берган.
- Эректил дисфункцияни локал манфий босим билан даволашдан (вакуум насос кўллаб) ДВ билан даволанишни истамайдиган эркакларда фойдаланилади. Бу йўл билан 90% беморларда маълум даражадаги эрекцияга эришиш мумкин. Аммо бундай механик ускунадан фойдаланишни ҳамма эркаклар ҳам хоҳламайди. Нохуш таъсирлари жинсий олатда оғриқ ва увишишни сезиш, баъзан гематомалар (қон ивиши бузилган ёки антикоагулянтлар қабул қилувчи эркаклар учун тақиқланади).

Иккинчи йўналиш.

Тестостерон концентрацияси нормал бўлиб, денафил препаратларидан наф бўлмаганда ғорсимон тана ичига юбориладиган простагландинлар танланади. Бир неча дори воситалари ва уларнинг йиғиндиси солиштирма анализ қилинганда, алпростадилнинг турли сабаблар орқали келиб чиққан эректил дисфункцияни даволашда яхши натижалар бериши аниқланди.

- Аввалига клиника шароитларида синама инъекцияси ўтказилади (инъекциянинг самарадорлиги ва керакли дозани танлаб олиш учун). Биринчи инъекция самарали бўлганда бундай давони қўллашга беморни ва эҳтимол унинг жинсий шеригини ўргатиш мумкин. Беморга инъекция техникасини ва узайтирилган эрекциянинг (агар у пайдо бўлса) олдини олишни тушунтирувчи ёзма йўриқнома берилади.
- Инъекциялар техникаси.
 - ✦ Нейроген импотенцияли ёш эркакларда бошланғич доза 0,25 мл (5 мкг), ёши улуғ беморларда – 0,5 – 1 мл. (10 – 20 мкг.) ни ташкил этади. Зарур бўлганда бу дозани 2 мл. гача (40 мкг.) кўпайтириш мумкин.
 - ✦ Эритма жинсий олатнинг эректил тўқимасига (проксимал 1/3 қисмига) юборилади. Игна юқоридан ва бир мунча латерал йўналтирилади. Бунда сийдик чиқариш канали зарарланишининг олдини олиш мумкин.
 - ✦ Оддий игнадан фойдаланиш қийин бўлганда махсус инъекцион шприц – ручкадан фойдаланиш мумкин.
- Ножўя таъсирлар.
 - ✦ Камдан ҳолларда, ҳар иккитадан битта эркакнинг жинсий олатидаги кучли оғриқ.
 - ✦ Пролонгирланган эрекция (4-6 соат, 5% беморларда).
 - ✦ 1 % беморларда 6 соатдан кўп сақланадиган пролонгирланган эрекция (даволаш талаб қиладиган).
- Пролонгирланган эрекцияни даволаш.

- ✦ Жисмоний юклама, масалан зинадан чиқиш ва тушиш.
- ✦ Салқин душ қабул қилиш.
- ✦ Игна ва шприц ёрдамида жинсий олатдан қонни сўриб олиш (100-200 мл.).
- ✦ Эректил тўқимага α – адреномиметик юбориш (масалан, норэpineфрин 0,02-0,04 мг.), зарур бўлганда муолажа такрорланади.

Алпростадилни уретра ичига юбориш. Сийдик чиқариш каналига аппликатор ёрдамида алпростадил гели киритилади, аппликатордан фойдаланган жинсий олат 10 минут давомида юмшоқ массаж қилинади. Даволашнинг бундай усули психоген, нейроген генезли эректил дисфункцияда ёки жинсий олатнинг артериал қон билан таъминланиши қисман бузилганда яхши натижа беради.

Учинчи йўналиш

Айрим тоифадаги беморларда томирда операциялар ўтказилади.

- Бундай операциялар томирлари травматик шикастланган ёш эркакларда яхши натижа беради.
- Авж олиб кетган атеросклерозли эркакларда операциядан кейинги натижа фақат маълум вақтгача сақланади. Веналарда хирургик операциялар ўтказиш маъқулланмайди.

Урологлар жинсий олат протезларидан иложсиз ҳолларда фойдаланадилар (қолган даволаш усуллари муваффақиятсиз чиққанда).

БЕМОРНИ ЎРГАТИШ

Беморга эрекция механизми ва эректил дисфункция патогенези тўғрисида тушунча берилади. Уни даволаш режаси билан таништириш даволашда бир мунча яхши натижа беради. Беморга тано система анатомияси ва физиологиясини, эректил дисфункцияни келтириб чиқарувчи хавф омилларини гапириб бериш лозим.

МУТАХАССИС МАСЛАҲАТИ

Эректил дисфункциянинг нотипик белгилари кузатилганда мутахассис маслаҳати керак бўлади.

- Психиатр маслаҳати: ёш йигитларга (30 дан ёш) депрессия билан кечувчи ва эректил дисфункция сабаби сифатида руҳий омил тахмин қилинганда.
- Уролог маслаҳати: перорал ва кам инвазив терапия наф бермаганда, сўнгги усулга монелик бўлганда, жинсий олатнинг анатомик деформацияларида, анамнезда оралик ва чанокда травмалар бўлганда.

ПРОФИЛАКТИКАСИ

Ҳаёт тарзини ўзгартириш: чекишни ташлаш, спиртли ичимликлар ичишни тўхтатиш, ҚД касаллиги бор беморларда қондаги глюкоза миқдорини, атеросклероз билан оғриган беморларда холестерин даражасини назорат қилиш.

ЭЯКУЛЯЦИЯНИНГ БУЗИЛИШИ

Тезлашган эякуляция (барвақт эякуляция)-бу доимий ёки вақти-вақти билан такрорланиб турадиган эякуляция бўлиб, жинсий олатни қинга киритишгача, киритиш вақтида ёки киритган заҳоти рўй беради. Нормал эякуляция содир бўлиш вақтининг хос мезонлари жуда кенг доирада бўлиб, ўзгариб туради. Нормада эякуляция жинсий олатни қинга киритгандан сўнг 2-3 минут мобайнида қиндаги фаол фрикциялар (ҳаракатлар) билан кечади. Кўпчилик эркакларни эмиссия ва эякуляцияни ушлаб туришга ўргатиш лозим, чунки кам сонли аёллар 2 минут ичида оргазмга (хуш ёкишга) эришишга улгурадилар. Эякуляцияни назорат қилиш ёшга қараб кўпаяди. Тезлашган эякуляция – кўп тарқалган ҳолат (айниқса балоғат ёшида) 35% эркакларда кузатилади. Кечиккан эякуляция (тушқун оргазм)-эрекция нормал ёки узоқ давом этишига қарамай, эякуляция содир бўлмайди. Ретроград эякуляция – эякуляция вақтида қовуқ клапани ёпилмайди ва эякулят қовуққа отилади. Эрекция ва сексуал қониқиш, оқибатда, пасаймаган бўлади. Анэякуляция – ҳам антеград, ҳам ретроград эякуляциянинг тамомила содир бўлмаслиги. Чин анэякуляция нормал оргаэм кечинмаси билан боради. Астеник эякуляция («эякулятор желе») эякуляция пропульсив фазасининг зарарланиши билан характерланиб, бунда ажратиш фазасида бузилишлар кузатилмайди. Сабаблари: нейроген ва уретра ўтказувчанлигининг бузилишлари. Астеник эякуляция эркак фертиллигига катта таъсир кўрсатмайди. Оғриқли эякуляциялар-орттирилган ҳолат бўлиб, ораликда, уретрада, уретранинг ташқи тешигида оғриқ сезгилари билан характерланади. Кўпинча простатит, эякулятор йўллар тикилганда, уретрит, вегетатив дисфункция ва рухий муаммоларда пайдо бўлади.

ЭТИОЛОГИЯСИ

- МНС даги функционал бузилишлар ✦ Эякулятор функция тормозланиши билан ўтадиган эрекциянинг кортикал дисфункцияси (кортикал асперматизм): депрессив ҳолатлар ёки фобиялар ✦ Жинсий функцияга қўзғатувчи таъсирнинг кучайиши билан эрекциянинг кортикал дисфункцияси. Пўстлоқ сексуал механизмларини даволаш патологик қўзғалиш ҳолатига олиб келувчи жинсий бузуқликлар: мастурбация ✦ Фобиялар: касаллик юктириш, уруғлантириш, аёлни қониқтира олмасликдан чўчиш жинсий лаёқатсизликни ҳис қилиш, муваффақиятсизликлардан қўрқиш, даҳшатга тушиш ✦ Жинсий бузуқликлар (парафилиялар).
- Субкортикал (диэнцефал бузилишлар) ✦ КИТ (калла ичи травмаси) ✦ Инфекциялар ✦ Интоксикациялар ✦ Стресс ҳолатлар ✦ Эндокрин – гуморал бузилишлар.
- Орқа миянинг функционал бузилишлари (эрекциянинг спинал дисфункцияси) ✦ Нормал жинсий ҳаётдан четга чиқишлар, жинсий бузуқликлар, тўхтатиб қўйиладиган ва чўзиладиган жинсий алоқа, қониқиш ҳо қилинмайдиган жинсий қўзғалиш ✦ Сурункали инфекциялар (, захм) ✦ Спиртли ичимликлар ва никотиндан захарланиш.
- МНС даги органик зарарланишлар ✦ Энцефалит оқибатлари ✦ Ўсмалар ✦ Қон қуйилишлар ✦ Орқа миянинг бел ва чаноқ бўлимларидаги шикастланишлар ✦ Орқа мия қуриши ✦ Полиневритлар.

- Жинсий аъзолардан келадиган афферент йўлларнинг зарарланиши ✦ Жинсий олат бошчаси, простата беши, уретра рецептор аппаратини зарарланиши ✦ Хирургик операциялар вақтида (масалан: қов чурраси) ҳамда чаноқ суяклари синишидан юзага келувчи жинсий нерв толалари ва улар шохчаларининг зарарланиши ✦ Жинсий аъзолар касалликларида (простатит, орқа уретрит, колликулит) рецепторларнинг иккиламчи зарарланиши.
- Айрим дори воситалари – антигипертензив, β – адреноблокаторлар, антидепрессантлар.
- Простатэктомия ва сийдик қоши бўйинчасидаги операция ретроград эякуляцияга сабаб бўлиши мумкин.

КЛИНИК МАНЗАРАСИ

Эякуляция бузилишлари эрекциянинг издан чиқиши билан бирга кечиши мумкин. Айрим беморларда уруғ чиқариш вақтидан илгари, баъзан жинсий алоқа бошлангунча бўлиб ўтади. Бошқа ҳолларда эякуляция содир бўлмайди. Ҳар хил этиологияли эякуляция бузилишининг клиник кўриниши қуйида дифференциал ташхисда келтирилган.

ДИАГНОСТИКАСИ

- Қунт билан анамнез йиғиш: ҚД, невропатиялар, шикастланишлар, жинсий йўл билан юқувчи касалликлар, ўтказилган операциялар ва дори воситаларини қабул қилиш. Бундан ташқари сийдик чиқаришда, психосексуал соҳа томондан муаммолар бор – йўқлигини аниқлаш.
- Физикал текшириш: ташқи жинсий аъзолар ва простата беши, тўғри ичак сфинктери тонуси, бульбокаверноз рефлексни текшириш; қуйидаги неврологик синамаларни ўтказиш лозим: ёрғоқ териси, мойқлар, оралиқ сезувчанлигини, кремастер – тери – абдоминал, плантар рефлексларни аниқлаш.

Лаборатор текширишлар • Лаборатор текширишлар натижалари, одатда, нормада бўлади • Сурункали простатит ва везикулитга гумон қилинганда простата ва уруғ каналчалари секретини текшириш • Сурункали яллиғланишда секретда лейкоцитлар, ҳаракатсиз сперматозоидлар, эритроцитлар бўлади. Секретни экиш инфекция характерини аниқлайди • Ретроград эякуляцияга гумон қилинганда эякуляциядан сўнг сийдикнинг умумий таҳлили ўтказилади.

Махсус текширувлар • Неврологик текширишлар • Простата ва уруғ пуфакчаларини бармоқлар ёрдамида текшириш • Уретроскопия ва цистоскопия • Трансректал УТТ • Урофлоуметрия.

Дифференциал диагностикаси • Эякулятор марказ тормозланишида эрекциянинг кортикал дисфункцияси. Нормал жинсий майл ва нормал эрекцияга қарамасдан жинсий яқинлик вақтида, унинг қанча давом этишидан қатъи назар, эякуляция содир бўлмайди ва оргазмга эришилмайди. Кортикал асперматизм учун оргазм билан кечувчи поллюциялар характерлидир (уйқу пайтида эякулятор марказга психиканинг таъсири тормозланган, бедор вақтда эса бунинг акси бўлади) • Жинсий функцияга ошган кўзгатувчи таъсир кўрсатувчи эрекциянинг кортикал дисфункцияси. Уруғ суюқлигининг вақтидан олдин тўқиш характерли. Бунда

эрекция нормал бўлади. Баъзан бош мия пўстлоғи жинсий марказларга ортиқча яққол кўзғолиш таъсирида эрекциясиз эякуляция содир бўлиши мумкин (масалан, эротик фантазияларда) • Диэнцефал бузилишлар. Эрекция дисфункциясининг турли туман шикоятлар билан бирга келиши характерлидир: бош оғриғи, бошда ва қулоқда шовқин эштилиши, кўп терлаш, юрак соҳасида оғриқ бўлиши, юракнинг тез уруши, қалтираш, кўнгил айниши, қусиш, иштаҳанинг бузилиши, чанқов, уйқунинг бузилиши, заифлик, тез чарчаш ва бошқалар • Эрекциянинг спинал дисфункциясидаги сексуал бузилишлар вақт ўтиши билан одатда ўзгариб туради, эрекция ва эякуляция марказларининг юқори кўзғалувчанлигидан то функционал ҳолдан кетишгача олиб келади. Даставвал тез кўзғалувчан эрекция марказ иши сустлашади, бу вақтда энг барқарор эякулятор марказ ҳали ҳам кўзғалувчанлик ҳолатида бўлади. Жуда камдан – кам ҳолларда битта эякулятор марказ кўзғалувчанлигини пасайиши ёки тўлиқ йўқотилишини кузатиш мумкин, бунда эрекция маркази функцияси нормал сақланади • МНС даги органик зарарланиш асосидаги эрекция дисфункцияси. Бунда ташхис неврологик текширишлар кўрсаткичлари билан исботланган махсус анамнезга асосланиб қўйилади • Эрекциянинг нерв – рецептор дисфункцияси. Эякуляция бузилиши жинсий олат бошчаси сезгирлигининг ўзгариши билан боғлиқ. Диагноз қўйилганда фақат неврологик ва урологик текшириш маълумотлари кифоя қилмайди, чунки касаллик простата, уруғ пуфакчалари ва сийдик чиқариш каналининг орқа бўлими касалликлари ҳисобига ҳам келиб чиқиши мумкин. Жинсий олат бошчасининг гиперестезиясида эрекция сақланган бўлишига қарамай, вақтидан олдин эякуляция рўй беради. Олат бошчасининг сезгирлиги умуман бўлмаган ҳолларда жинсий алоқа пайтида эякуляция маркази жуда кучсиз кўзғалишлар олади (анестезия). Натижада уруғ чиқариш кечикади ёки умуман содир бўлмайди (нерв – рефлекс аспермизм). Кўпинча эрекциянинг сусайиши қайд қилинади.

ДАВОЛАШ

Даволаш тактикаси • Беморни текшириш билан бир вақтда ҳар томонлама анамнез йиғиш (асосан сексуал) касалликнинг патогенезини тушунишга йўл очади ва рационал даволаш учун зарур шарт бўлиб ҳисобланади • Кўп мутахассислар маслаҳати керак бўлиши мумкин: психиатр, психолог, сексопатолог, уролог, невропатолог • Ҳар қандай ходисада, айниқса эрекциянинг кортикал дисфункциясида психотерапия ўтказилади. Плацебо тайинлаш талаб қилиниши мумкин • Узоқ ва чуқур уйқу билан таъминлаш, чекиш ва спиртли ичимликлар истеъмол қилишни тўхтатиш лозим • Агар эрекция дисфункциясининг сабаби ДВ бўлса, улар бекор қилинади ёки дозаси камайтирилади • Тезлашган эякуляцияда ✦ Жинсий алоқадан ўзини 2 – 3 ойга тийиш, асосан бу спинал жинсий марказлар кўзғалиши ошган беморларга тааллуқли бўлиб, уларга ҳам ҳар қандай сексуал кўзғалишлар тақиқланади ✦ Доимий жинсий мойилликка эга ва юқори сексуал фаол беморларга вақтинча жинсий ҳаётдан тийилиб туриш учун седатив терапия тайинланади ✦ Игна билан даволаш ✦ Жинсий олат бошчаси гиперестезиясида жинсий қовушишдан 1 – 2 соат олдин бошчага 5 – 10 % ли тетракаин мазидан суртилади • Эякуляция марказининг тормозланишида бел соҳасида диатермия ўтказиш самаралидир • Урологик касалликлар асосида келиб чиққан эрекция

дисфункцияси бор беморларга простата безидаги, сийдик чиқариш каналининг орқа қисмидаги ва уруғ дўмбоқчасидаги яллиғланиш ўзгаришларини даволаш яхши самара беради (кўзгатувчининг антибиотикка сезувчанлиги ва характерини ҳисобга олган ҳолда антибактериал дорилар буюрилади, простата бези уқаланади) • Ретроград эякуляция – сийдик қопи тўлиқ бўлгандаги жинсий алоқа • Тутиб туриладиган эякуляцияда: ёрдам берувчи терапия – пациентнинг аёл шериги олатни қинга киритишдан олдин, қинга киритишда ва ниҳоят қин ичидалигида стимуляция қилади • Тезлашган эякуляцияда. «Тўхтаб туриш ва бошлаш» усули жинсий олатни стимуляция қилишга асосланган (мануал ёки жинсий яқинлик вақтида) пациент эякуляция яқинлашганлигини сезгунга қадар уни давом эттирилади, кейин стимуляция тўхтатилади. 20 – 30 секунддан сўнг муолажа такрорланади. Олдин шериклар юқоридаги жараённи репетиция қилиб (мануал стимуляция орқали), кейин жинсий яқинлик вақтида шу жараённи амалга оширишлари лозим. Одатда 3 марта тўхтатиб туришдан сўнг яқинлик эякуляция билан тугалланади. Бу усул 95 % ҳолларда самаралидир.

Дорилар билан даволаш • Патологик кўзгалувчанлик юқори бўлган жинсий марказлар ҳисобига эрекциянинг кортикал ва спинал дисфункцияларида тез – тез эрекция бўлиши ва вақтидан олдинги эякуляцияни даволашда седатив препаратлар берилади (масалан, бромидлар, валериана ва пустирник (арслонқуйрук) препаратлари) • Тезлашган эякуляцияда жинсий олат бошчасига 5 % ёки 10 % тетрациклин малҳами; кам дозадаги фенобарбитал препаратлари берилади (масалан, беллатаминал) • Эякулятор марказ тормозланиши билан борадиган эрекциянинг кортикал дисфункциясида – галантамин (седатив препаратлар таъқиқланади) • Ретроград эякуляцияда (ретроград эякуляцияни чақирувчи орқа мия зарарланиши, анатомик нуқсонлар ёки дори воситалари бўлмаганда): эфедрин кунига 10 – 15 мг 4 маҳал, мидодрин кунига 5 мг дан 3 маҳал, имипрамин кунига 25 – 75 мг дан 3 маҳал, дезипрамин 50 мг дан кунора берилади • Простата ва уруғ пуфакчалари яллиғланганда – антибиотиклар, сульфаниламид препаратлар, иммуноглобумин буюрилади. Тухум ҳужайрасини *in vitro* уруғлантириш учун постэякулятор сийдикдаги спермани йиғиш дори терапиясидан наф бўлмаганда, орқа мия зарарланишларида, ретроград эякуляция чақирувчи дорилар қабул қилишни тўхтатиш мумкин бўлмаганда кўрсатилган.

ХКК – 10 • F52.4 Вақтидан олдинги эякуляция.

ВАГИНИЗМ

Вагинизм (вульвизм, кольпоспазм) – қин даҳлизи ва оралик мушакларининг тортишиб қисқариши бўлиб, жинсий яқинлик ва гинекологик текширишларни қийинлаштиради. Ҳаётий тажриба ёки ҳатто оғриқ тўғрисидаги сезги ҳам мушаклар қисқаришига олиб келиб, қин даҳлизини бекитиб кўяди ва жинсий яқинликка уринишда янада кучли оғриқ беради. Вагинизм кўпинча турмуш кўрмаган аёлларда кузатилади. Вагинизмда гинекологик текшириш ва жинсий яқинлик ўта қийин кечади ёки мумкин бўлмайди.

Этиологияси • Анамнезда жинсий аъзолар шикастлари ёки рухий травмалар (жумладан гинекологик текширишлар, зўрлаш) • Қин инфекцияси • Вульвагача қамраб олган тери зарарланиши • Бартолин кисталари ёки абсцесс • Эпизиотомия ёки қинни тиклаш операцияларидан кейинги қин даҳлизининг чандикли торайиши • Эндометриоз • Вагинит • Қин секретининг кам ажралиши.

Клиник манзараси • Қин орқали жинсий яқинлик қилишга уринишда оғрик бўлиши. Кўпинча вагинизм жинсий қовушишга биринчи марта уринишда пайдо бўлади • Жинсий аъзоларни текширтиришни хоҳламаслик ёки рад этиш • Жинсий аъзоларни текшириш ✦ Қин даҳлизи ўлчамининг кичиклиги ✦ Қизлик пардасининг ригидлиги ✦ Анатомик ёки туғма аномалия (нуқсон) ларини аниқлаш мумкин.

Даволаш • Психиатр ёки психолог маслаҳати – олдиндан психотерапия ўтказиб, бемор аёл учун шинам ва қулай шароитда, қин даҳлизини аста – секин кенгайтириш • Органик патологияда – асосий касалликни даволаш • Бартолини безларининг функцияси етарли бўлмаганда – жинсий яқинлик вақтида махсус малҳам ёки геллардан фойдаланишни тавсия этиш.

Ҳомиладорлик – беморларда ҳомиладорлик қин даҳлизига сперма тушганда содир бўлиши мумкин.

ХКК – 10 • F52.5 Келиб чиқиши ноорганик бўлган вагинизм • **N 94.2** Вагинизм.

БЎҒИМ СИНДРОМИ

БЎҒИМЛАРИ ЯЛЛИҒЛАНГАН БЕМОРНИ ТЕКШИРИШ

ХКК-10 • M00 – M25 Артропатиялар.

Асосий кўрсатмалар.

- Септик артрит кечиктириб бўлмайдиган ҳолатларга киради. Бошқа турдаги моноартрит шаклларида диагностик текширувлар бир ҳафта ичида ўтказилиши шарт.
- Подаграда ташхис қўйиш ва даволаш учун махсус усуллардан фойдаланилади.
- Яллиғланиш ҳамда дегенератив бўғим касалликларини дифференциация қилиш лозим («Бўғимларнинг яллиғланиш касалликларида специфик нозологик белгилар» мақоласига қаралсин).
- Полиартрит сабабини беморни узоқ вақт кузатиш давомида босқичма – босқич аниқланади. Жуда кенг доирадаги лаборатор текширишлар ўтказиш тавсия қилинмайди.
- Полиартрит келиб чиқишининг 100 га яқин хилма – хил сабаблари мавжуд. Тўғри ташхис қўйиш учун бир неча ҳафта ёки ойлар керак бўлади.
- Аксарият ҳолларда этиотроп эмас, балки патогенетик даво ўтказилади. Шунга кўра даволаш бошлашдан олдин ҳар доим ҳам аниқ ташхис шарт эмас. Лекин сурункали бўғим яллиғланиши хавфи бўлганда даволашни эрта бошлаш зарур.

ДИАГНОСТИКАСИ

КЛИНИК ТЕКШИРИШ

1. Биринчи навбатда касаллик белгиларининг сабаби бўғимлар ёки ёндош тўқималар зарарланишидан эканлигини аниқлаш зарур.
2. Зарарланиш бўғимда жойлашган бўлганда кейинги диагностик қадам – бўғим яллиғланиши клиник белгиларини аниқлашдан иборат. Анамнез йиғишдаги асосий мақсад – бўғимдаги оғриқ (артралгия) ва бўғим яллиғланиши (артрит) ни фарқ қилишга асосланган. Артрит: ♦ Ҳаракат вақтида ва тинч ҳолатдаги оғриқ ♦ Бўғим шиши ♦ Зарарланган бўғим устидаги тери ҳароратининг ошиши ♦ Бўғимдаги ҳаракатчанликни чекланиши билан характерланади.

БЎҒИМ ЯЛЛИҒЛАНИШИ КЛИНИК БЕЛГИЛАРИ БЎЛГАНДА ҚУЙИДАГИ ТАДБИРЛАРНИ ЎТКАЗИШ ТАВСИЯ ЭТИЛАДИ

1. Моноартритда артроцентез қилинади ва синовиал суюқлик текширилади. Агар бемор ҳарорати кўтарилган ёки қон зардобиди СРО миқдори, лейкоцитозлар ва ЭЧТ ошган бўлса, бу ҳолда артроцентез қилиш ва синовиал суюқликни текшириш ҳатто полиартритда ҳам ўтказилади. Синовиал суюқлик йирингли бўлганда (лейкоцитлар сони $40 \times 10^9/\text{л}$) бемор шифохонага ётқизилади. Лейкоцитлар миқдорининг синовиал суюқликда кам бўлиши артритнинг бактериал келиб чиқишини инкор қилмайди; бундай ҳолда микробга қарши терапия бошлаш масаласи ҳал қилинади (стационар шароитларда ҳар доим препарат парентерал юборилади). Клиник кўриниши ва СРО концентрацияси ҳисобга олинади. Бундан ташқари, иложи борица тезроқ синовиал суюқлик олиниб, урат кристалларига текшириш лозим, чунки синовиал суюқлик тез буғланиб кетиши мумкин.
2. Клиник кўриниши ва синовиал суюқликни текшириш натижалари дегенератив ва бўғимларнинг яллиғланиш касалликларини бир – биридан фарқ қилиш учун аҳамиятлидир. ЭЧТ ни нормал бўлиши бўғимларнинг дегенератив касаллигидан далолат беради.
3. Клиник кўринишига кўра махсус текшириш усулларида фойдаланилади (жадвалга қаранг).

Тахминий диагноз қўйиш учун муҳим ҳисобланган клиник белгилар «Бўғимларнинг яллиғланиш касалликларида нозологик специфик белгилар» мақоласида келтирилган.

Бўғимлар яллиғланганда ўтказиладиган зарур текширишлар

Клиник манзараси	Текшириш
А. Диуретик қабул қилувчи беморларда оёқ бош бармоғи бўғимида яллиғланиш: подагра?	- Бўғим суюқлиги (кристаллари) микроскопияси; - Қон зардобиди уратлар, ЭЧТ ни аниқлаш
Б. Бўғимда яллиғланиш белгилари бўлган ҳамма беморларда Лаборатор текширишлар	- ЭЧТ, СРО ни аниқлаш, қон ва сийдик анализи; - Ахлат экмаси, Chlamydia ажратмаси, (ҳатто ошқозон – ичак

Анамнезни тўлиқ йиғиш (белги қўйилган беморларда¹ «Г» пастга қаранг)

Моноартрит
Эркаклар

В. 2 ҳафтадан кўп давом этувчи бўғимлар яллиғланиши (ревматонд артрит)

Г. Белги қўйилган¹ симптомлар учун мусбат анамнез («А» га қаранг), ва навқирон кишилардаги ўткир артрит (инфекцион артрит, реактив артрит?)

Д. Лаймборрелиозга эндемик худудларда кана чақиш эҳтимоли ёки ҳалқасимон эритема учраши;
Erythema infectiosum

Е. Бошдан кечирилган фибрил фарингит (ўткир ревматик

ва сийдик тано йўли зарарланмаганда)
- Эрталаб ҳаракатнинг чекланганлиги ва унинг давомийлиги (1 соатдан кўп?); - ҳаракат ва тинч турганда оғрик;
- Думғаза – ёнбош бирикмасида тинч турганда оғрик;
- Бўлиб ўтган шикастланишлар: кўздаги яллиғланиш жараёни¹); - дизурия, уретрадан йирингли ажралма¹;
- Жинсий алоқалар¹; - инфекциянинг бошқа белгилари (фарингит?):
- Рейно феномени, - Инсоляция таъсирида эритема.
- Бўғимлар рентгенографияси;
- Қон зардобидида уратлар, бўғим ичи суюқлигида кристаллар бўлиши
- Қон зардобидида ревматонд омил аниқланиши (сохта мусбат натижа бўлмаслиги учун клиник юзага чиқадиган бўғим яллиғланиши бўлмаганда ёки бўғимда маълум этиологияли яллиғланиш бўлганда текширишлар ўтказиш тавсия этилмайди)
Yersinia, Salmonella ва *Campylobacter* га нисбатан АТни аниқлаш; - Хламидиялар зарур бўлганда гонококкларга экиш ўтказиш; - *Chlamydia* га АТ ни топиш (инфекциялардан кейин узок вақт ичида титр юқори бўлиши мумкин).
- *Borrelia burgdorferi* га нисбатан АТ (касалликнинг дастлабки босқичидаги манфий натижа Лайм касаллигини йўққа чиқармайди; - Қизилча? - Парвовирус инфекцияси.
- Стрептококка томоқдан суртма; - ЭКГ; АСТ (ўткир ревматик

иситма?); Юракдаги шовқин, кўчиб юрувчи полиартрит, ЭКГ ўзгариши (ўткир ревматик иситма?)

Ж. Инсоляциядан кейинги эритема, Рейно феномени (СКВ?)

З. Қон кўрсаткичларидаги ўзгаришлар, кучли тунги оғриқлар (лейкоз)

иситмага клиник белгилар гумон қилинганда, манфий натижа касаллик йўқлигини билдиради); - Кўкрак қафаси аъзолари рентгенографияси
- АНАТ ни топиш (локал мушак – скелет белгилари бўлганда ва систем белгилар бўлмаганда тавсия этилмайди)
- Лейкоцитар формулани санаш, тромбоцитлар миқдорини аниқлаш;
- Бўғимлар ренгенографияси (зарурат бўлганда)

ШИФОХОНАГА ЁТҚИЗИШ УЧУН КЎРСАТМАЛАР

1. Шошилинч шифохонага ётқизиш учун кўрсатмалар.

- ◆ Иситмали моноартрит, чунки бактериал инфекция эҳтимоли юқори. Ёши улуг кишилар синовиал суюқликни текшириш имконияти бўлган даволаш муассасасига юборилади.
- ◆ Оғир полиартрит, яллиғланиш жараёни юқори активликда бўлиб (СРО, ЭЧТ), бемор тана ҳарорати баланд ёки аҳволи оғир бўлса.
- ◆ Ревматик иситманинг клиник белгилари.
- ◆ Хавфли ўсмаларнинг клиник белгиларида (қон умумий таҳлилининг ўзгариши, якқол тунги оғриқлар) кечиктирмасдан шифохонага (лейкозга гумон қилинганда) ётқизиш зарур.

2. Шифохонага режали ётқизиш.

- ◆ Серопозитив ревматоид артритга гумон қилинганда ревматоид омил аниқлангандан кейин бемор дарҳол шифохонага юборилади.
- ◆ Ўртача ёки узоқ сақланувчи ревматоид омил аниқланмаган бўғимларнинг яллиғланиш касаллиги: касалликни биринчи белгилари юзага чиққандан кейин 1 – 2 ой ўтгач ЯҚНДВ ва физиотерапия зудлик билан буюрилади ва касаллик кечиши кузатилади.

3. Муайян ҳолларда бирламчи тиббий ёрдам кўрсатиш муассасаларида даволаш ўтказилади:

- ◆ Ўтувчи барча артритлар.
- ◆ Маълум этиологияли энгил кечувчи реактив артрит. Хламидия артритида беморга ва унинг жинсий шеригига тетрациклин курси тайинланади: иерсиния ёки сальмонеллалар чақирувчи артритда ципрофлоксацин буюрилади (бактериологик текшириш натижаси мусбат бўлганда).
- ◆ Подагра.
- ◆ Жисмоний зўриқиш билан боғлиқ тизза бўғимининг шишиши.

- ◆ Бактериал этиология аниқланмаганда моноолигоартритда бўғим ичига ГК юбориб даволаш мумкин (бактериологик текшириш манфий натижа берса ва қонда СРО концентрациясининг пастлиги).

БЎҒИМЛАР ЯЛЛИҒЛАНИШИНИ ДИАГНОСТИКАСИ

ХКК-10: М00 – М25 Артропатия.

Артрит ташхисини фақат клиник текшириш асосида қўйиш мумкин. Клиник белгилар бўлмаганда бўғим яллиғланишига ташхис қўйиб бўлмайди. Америка ревматологлар ассоциацияси тавсияларига кўра артрит белгилари қуйидагича: бўғимда шиш ва чегараланган ҳаракат, гиперемия, оғриқ ёки ҳаракат вақтида оғриқ сезгиси.

БЎҒИМЛАРНИ ТЕКШИРИШ

Бўғимларни текшириш қуйидагича бажарилади.

- Тери ҳарорати. Бармоқларнинг орқа томони билан оғриқли бўғим устидаги ҳарорат аниқланиб баҳоланади ва қарама – қарши томондаги оғриқсиз шундай бўғим ҳарорати билан солиштирилади. Тизза, тўпик, тирсак, кафт териси ҳарорати ўхшаш бўғимларнинг ассиметрик яллиғланишида доим турлича бўлади.
- Бармоқлар. Бармоқларни навбатма – навбат проксимал ва дистал фалангалараро бўғимларда тўғриланган ҳолатдаги бармоқларни кафт – фаланга бўғимларида букиш лозим. Нормада бармоқ учлари панжа юзасига етади (бармоқлар асоси олдида) ёки 10 мм оралиқ қолади. Букилиш нуқсони бўғимлар шиши аниқ кўринмаганда ҳам кузатилади. Проксимал фалангалараро бўғимларнинг шиши ва уларнинг дуксимон шаклда ялтироқ тус олиши бармоқлар яллиғланишини кўрсатади.
- Кафт орқа юзаси. Кафт – фаланга шиши, кафт суяги бошчалари орасидаги масофанинг текисланиши билан аниқланади. Бемор бармоқлари букланган ҳолатда ва бир вақтнинг ўзида билан ва тирсак йўналишида панжага боғанда оғриқ ҳис қилади: бундан ташқари кафт – фаланга бўғимларида букиш ҳажмининг чекланиши кузатилади (нормада 90°).
- Кафт орқа томони шишиши ёки ҳатто флюктуация. Биринчи навбатда кафтнинг орқа томонга букиш чекланади (нормада 70° дан кам эмас).
- Тирсак бўғими шишиши. Тирсак ўсиғидан пастда қўл орқа юзасида кўринади. биринчи навбатда ёзувчи ҳаракатлар ҳажми камаяди.
- Елка бўғимида айланма ҳаракатлар ҳажмини баҳолаш лозим.
- Оёқ катта бармоқларининг ассиметрик сосискасмон катталашувини иккала оёқ катта бармоқларини солиштирганда аниқлаш мумкин.
- Бемор бир вақтнинг ўзида товоннинг икки томонидаги бош бармоқ бўғимларини босганда оғриқ сезади.
- Тўпиклар. Болдир – товон бўғими ҳаракатчанлигини баҳолаш лозим (орқага букиш, товонга букиш, ичкарига ва ташқарига айлантириш). Ўнг ва чап

томонларда бўлиши мумкин бўлган фарқ, ҳамда тўпиқ ва оёқ орқа юзаси кўздан кечирганда эса ахил пайи атрофида шиш аниқланади.

- Тизза бўғимидаги яллиғланиш одатда сув йиғилиши билан кечади. Супрапателляр шишда кўп сув йиғилиши кузатилади. Кам миқдордаги сув йиғилиши супрапателляр чўнтакчани босиш ёрдамида аниқланади; бунда бошқа кўлнинг бош ва кўрсаткич бармоқлари тақимнинг ён томонлари бўйлаб жойлашган флюктуация тўлқинини сезиши мумкин. Бўртиб чиқиш белгиси энг сезгир ҳисобланади.
- Бемор орқаси билан ётганда, чаноқ – сон ва тизза бўғимлари тўғри бурчак остида букилганда чаноқ – сон бўғимидаги айланма ҳаракат баҳоланади. Чаноқ – сон бўғими яллиғланганда, одатда, ички ротация чекланган, оғриқли ва симметрик эмас. Бемор соннинг ён томонида ва думбада эмас, қов соҳасида (сон суяги катта кўсти бурситидан фарқли равишда) оғриқни қайд қилади (сакроилеитдан фарқли равишда).
- Соннинг ёзилиш нуқсонини аниқлаш. Бемор чалқанча ётади бунда соғлом сонинининг максимал даражада букади. Натижада бел – думғаза лордоз текисланади. Қарама – қарши сон ёзилишида нуқсон бўлганда у букилади. Сон билан бемор тўшаги орасидаги бурчак нуқсон даражасини билдиради.
- Бемор думғаза – ёнбош бўғимларида чаноқ суяклари бир томондан боганда оғриқ сезади, шунингдек бир вақтнинг ўзида ёнбош суяклари тарокларини бир вақтда босиш уларни яқинлаштиради, думғаза – ёнбош суяклари бўғимида оғриқ туриб, думбагача тарқалади. Бошқа усул: чаноқ суякларига юқоридан пастга қараб (тўшак йўналишида) шундай боадик, ёнбош қирралари бир – биридан узоқлашади. Генслен тестини ўтказишда бемор кроват четида юқорига қараб ётади, бунда унинг битта оёғи пастга оиб туради ва чаноқ – сон бўғими ўта ёзилиш ҳолатида бўлади. Бу тестларнинг барчасини бажаришда чаноқ – сон бўғимидаги жиш думба соҳасида оғриқ чақиради.
- Бўғимлар яллиғланишига гумон қилинганда ҳар доим тери қопламлари клиник текширилади ва юрак аускультацияси ўтказилади.

БЎҒИМЛАРНИНГ ЯЛЛИҒЛАНИШЛИ ЗАРАРЛАНИШИДА НОЗОЛОГИК СПЕЦИФИК БЕЛГИЛАР

ХКК – 10: М00 – М25 Артропатия.

Бу бўлимда бўғимлар яллиғли зарарланишининг дифференциал диагностикасига тўлиқ таъриф берилган.

ОСТЕОАРТРОЗ

- Айниқса тизза бўғимида суюқлик бўлганда ёки панжа бўғимлари зарарланганда, бўғимларнинг яллиғланиш касалликларини эслатиши мумкин.
- Характерли белгилар – кейинчалик тумтоқ ҳолга ўтувчи, жисмоний зўриқишда ўткир оғриқ.
- Эрталабки ҳаракат чекланиши кузатилмайди ёки 30 минутдан ошмайди, айни вақтда бўғимларнинг яллиғланишли зарарланишида, айниқса ревматоид артритда эрталабки ҳаракат чекланиши одатда 2 соатдан кўп давом этади.

- Яллиғланган тизза бўғими устидаги терида гиперемия бўлмаганда ёки камроқ бўлганда озроқ суюқлик йиғилиши илк белги ҳисобланади. Синовиал парда қалинлашиши характерли эмас. Синовиал суюқликда озроқ микдорда, моноклеар хужайралар устунлигидаги лейкоцитлар (асосан $2 + 10^9$ /л дан кам) аниқланади.
- Панжалар остеоартрози дистал фалангалараро бўғимлар қалинлашиши (Геберден тугунчалари) букишнинг кичикроқ бузилишларига олиб келади (бармоқлар учлари ва кафт юзаси орасидаги масофа букилишда кўпи билан 20 мм). Қон зардобида СРО концентрацияси ва ЭЧТ ўзгармаган.

РЕВМАТОИД АРТРИТ

- Касаллик одатда секинлик билан, панжа майда бўғимларини, панжа – фаланга ва биллак – панжа бўғимларининг зарарланиши билан бошланади.
- Палиндром бошланишида беморда вақти – вақти билан касаллик белгилари бўлмаслиги мумкин.
- Касалликни ўткир ва яшинсимон бошланиши ҳам учрайди.
- Ревматоид артрит учун кўпгина бўғимларнинг симметрик зарарланиши хос, аммо битта ёки бир неча бўғимлар касалланиши ҳам кузатилади.
- Бўғимнинг «дуксимон» шиши (синовит натижасида) ревматоид артрит учун характерли, лекин бўғимларнинг бошқа яллиғланиш касалликларида ҳам учраши мумкин.
- ЭЧТ ва СРО концентрацияси одатда ошган бўлади.
- Проксимал ва дистал фалангалараро панжа бўғимларининг эрозив остеоартрози ревматоид артритни эслатиши мумкин, аммо жойлашуви (унда кафт – фаланга, кафт усти ва панжа – фаланга бўғимлари зарарланмайди), ревматоид омил йўқлиги ва ЭЧТ нинг нисбатан паст бўлиши билан фарқ қилади.

СПОНДИЛОАРТРОПАТИЯЛАР

Реактив артритлар

- 60 – 80 % ҳолларда касаллик HLA – B27 билан асоциланган. Касаллик сони кон – қариндош беморларда кўп бўлади.
- Кўпинча оёқ бўғимларининг кўчувчи ёки юқорига кўтарилувчи моно- ёки олигоартрити билан юзага чиқади.
- Артрит билан бир қаторда энтедопатиялар топилади (пайлар суякка бириккан жойидаги оғриқ) ва дактилит аниқланади.
- Айрим беморларда кўз яллиғланиши ва уретрит (Райтер синдроми) билан кечади.
- Камдан – кам ёши улуғ беморларда кузатилади.
- Яққол белгилар ва ЭЧТ, қон зардобида СРО концентрациясининг ошиши билан юзага чиқадиган реактив моноартритни септик артритдан фарқ қилиш қийин бўлади.

Псориатик артропатия

- Псориатик артропатия одатда бўғимларнинг ассиметрик яллиғланиши билан намоён бўлади.

- Кўпинча тўш – ўмров, думғаза – ёнбош ва чакка пастки жағ бўғимлари зарарланади. Жараёнга панжа ва товонларнинг дистал фаланг бўғимлари ҳам қўшилади.
- Псориастик артропатияда жуда кўп ҳолларда тирноқларнинг псориастик зарарланиши кузатилиб, тери зарарланишлари бўлмаганда ҳам учрайди.
- Псориастик артропатиянинг кўп учрайдиган белгиларидан бири қўл бармоқлари ва товоннинг катта бармоқлари дактилитидир.
- Беморнинг яқин қариндошларида псориаз ривожланганлиги аниқланади.

Анкилозловчи спондилит

- Касаллик 95 % ҳолларда HLA – B27 билан ассоцияланган. Унга берилувчанлик ирсий характерга эга. Анкилозловчи спондилит аксарият қон – қариндош беморларда учрайди.
- Беморларнинг 1/3 да периферик артрит, одатда моно- ёки олигоартрит аниқланади, лекин ревматоид артритни эслатувчи симметрик полиартрит ҳам бўлиши мумкин.
- Эрталаблари ва узоқ вақтгача ўтирган ҳолатдан кейин орқада қотиб қолгандек сезги пайдо бўлиши хос. Думғаза – ёнбош бўғимлар рентгенологик текширилганда сакроилеит аниқланади.
- Айрим беморларда ўткир увеит хуружлари келиб чиқади.
- Энзимопатиялар ривожланиши мумкин.

Саркоидоз

- Саркоидоз ўткир артрит ҳолида намоён бўлиб, бунда кўпроқ болдир – товон бўғимлари зарарланади. Шунингдек, тизза ва бошқа бўғимлар ҳам касалланиши мумкин. Артрит кўпинча тана ҳароратининг озроқ даражада ошиши ва тугунсимон эритема билан кечади.
- ЭЧТ аксарият ҳолларда ошган.

Ўткир ревматик иситма

- Ривожланган мамлакатларда ҳозирги вақтда касаллик кам учрайди.
- Одатда кўчиб юрувчи артрит ривожланади, баъзан фақат артралгиялар кузатилиши мумкин.
- Асосий прогностик омил – панкардитнинг ривожланиши ҳисобланади.
- ЭЧТ ва СРО қон зардобидида одатда анча сезиларли даражада ошади.

Системали қизил волчанка

- Субъктив бўғим симптомлари кўпинча яққолроқ ривожланган бўлади, буни клиник текшириш маълумотлари асосида аниқлаш мумкин.
- Одатда симметрик полиартрит ёки полиартралгиялар ривожланади.
- Бўғим ва умумий симптомлар, турли хил тери белгилари, кўпинча ички аъзолар томонидан келиб чиқадиган ўзгаришлар (бош оғриғи, протеинурия ёки гематурия, тромбоцитопения, лейкопения, баъзан веноз тромбозлар) билан бирга учрайди.

- ЭЧТ одатда ошган, бироқ қон зардобида СРО концентрацияси нормада бўлиши мумкин.

Подагра

- Одатда ўрта ёшли одамларда ва кўпинча эркакларда учрайди.
- Касаллик кўп ҳолларда оёқ I панжа – фаланга бўғимининг зарарланишидан бошланади.
- Подагра хуружини бўғим соҳасидаги шикастланишлар кучайтириши мумкин.
- Касаллик хуружи одатда тунда бошланади ва 24 соат мобайнида максимал даражага етади.
- Даволанмаган хуружлар тобора тез такрорланиб туради ва сурункали деструктив полиартритга олиб келади.
- Подагрининг ўткир хуружи иситма, ЭЧТ купайиши, қон зардобида СРО концентрациясининг ошиши билан кечади. Қон зардобида сийдик кислота миқдори одатда юқори бўлади.
- Касаллик кўпинча метаболик синдром билан боғлиқ.

Пирофосфатли артропатия

- Клиник кўриниши бўйича касаллик остеоартроз ёки подаграни эслатиши мумкин.
- Ренгенограммаларда бўғим тоғайининг кальцификатланган (хондрокальциноз) ҳолати аниқланади. Синовиал суюқликда пирофосфат кристаллари топилади.

Бактериал артрит

- Септик иситма билан фульминант бошланиш характерли. Ёши улуғ ёки бўғими протезланган беморларда иситма ва яллиғланишнинг бошқа белгилари ўртача ривожланган бўлади.
- Ўткир моноартритнинг барча ҳолларида бактериал артрит тахмин қилиниши керак.
- ЭЧТ ва қон зардобидаги СРО одатда ошган, аммо лейкоцитоз бўлмаслиги мумкин.
- Микрочисталли артрит ҳам яшинсимон тез кечиб, бактериал артритни эслатади (синовиал суюқликда кристалларни топиш зарурлигини эсда сақлаш керак!).

Сўзак (гонорея)

- Сўзакли артрит реактив артритга қараганда ўткирроқ бошланади.
- Кўпинча қўл бўғимларининг зарарланиши билан ўтадиган моно- ёки олигоартрит пайдо бўлади.
- Артрит тендосиновит ва периартрит билан биргаликда келади.
- Сўзакли артрит учун бўғимларнинг кўчиб юрувчи зарарланиши характерлидир.

Вирусли артрит

- Вирусли артритлар одатда яхши ва спонтан соғайиш билан кечади.

- Бўғимлар яллиғланиши аксарият ҳолларда қизилча вируси ва арбовируслар билан боғлиқ бўлиб, уларни ўзига хос тошмалар асосида аниқлаш мумкин. Арбовирусли артритларда тошма қичишади. Катталарда артрит ва артралгияларнинг асосий сабаби – В₁₉ парвовирусидир.
- Вирусли артритларда ЭЧТ ва қон зардобидоги СРО концентрациясининг ўртача ошиши кузатилади. Синовиал суюқликда (аммо ҳар доим эмас) моноклеар ҳужайралар устунлик қилади.

Лайм касаллиги

- *Borrelia burgdorferi* спирохетаси чақирадиган кўп кўринишли касаллик бўлиб, кана чакқанда ўтади.
- Ўткир даврида кана чакқан жойда тошма пайдо бўлади (кўчиб юрадиган эритема). Шу билан бир қаторда, боррелиоз артрит бор беморларда, кўп ҳолларда тошма тошмайди. Касаллик бошланишида иситма, бош оғриғи, миалгия ва лимфаденопатия ривожланади.
- Касалликнинг кечки белгилари артрит, кардит ва неврологик симптомларни ўз ичига олади.
- Бўғимлар зарарланиши рецидив моно- ёки олигоартрит кўринишида юзага чиқади.
- Натижа яхши бўлиши учун касалликни эрта аниқлаш муҳим.

Гипертрофик остеоартропатия. Узун найсимон суюқларнинг периоститини ўз ичига олган синовит ва бармоқларнинг «ноғора таёқчалари» ўзгаришлари кўринишидаги паранеопластик феномени.

Ревматик полимиалгия. Проксимал мушаклардаги оғриқ тизза ва билак-қафт бўғимлари артрити билан ўтиши мумкин. Қарияларда ревматоид артрит елкада ревматик полимиалгияни эслатувчи оғриқлар билан бошланиши мумкинлигини эсда тутиш лозим.

ОИВ – инфекция. ОИВ билан инфекцияланган шахсларда кўпинча реактив артрит ва артралгиялар кузатилади.

Шикастланиш. Бемор бўғим шикастланганини унутиши мумкин, бу диагностика жараёнини қийинлаштиради, шунинг учун бу тўғрисида умумий амалиёт врачлари сўраб – суриштириши лозим.

ЎТКИР РЕВМАТИК ИСИТМА

Ўткир ревматик иситма (ЎРИ) – бириктирувчи тўқиманинг систем яллиғланиш касаллиги бўлиб, генетик мойиллиги бор одамларда А гуруҳга кирувчи β – гемолитик стрептококклар чақириб, бўғимларда ва юракда патологик жараёнлар кечиши билан боради.

ХКК-10: 100 – 102 Ўткир ревматик иситма.

ҚИСҚАРТМАСИ: ЎРИ – ўткир ревматик иситма.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯСИ

- Биринчи марта аниқланган ревматик юрак пороклари сони 0,065 : 1000 аҳолига.
- Тарқалиш даражаси – 0,5 : 1000 болаларда ва 3:1000 катта ёшдаги аҳолида • Ёши: 7-15 ёш • Жинси: устунлиги аниқланмаган.

ПРОФИЛАКТИКАСИ

Бирламчи профилактика

Мақсад: ЎРИ ни олдини олиш учун ўткир стрептококкли инфекцияларига қарши монанд даво.

А гуруҳидаги β - гемолитик стрептококк чақирган ўткир тонзиллитни даволаш

Пенициллин – биринчи қатор дори воситалари.

- Бензатин бензилпенициллин 1 кун давомида ♦ катталарга 2,4 млн ТБ дан ♦ болаларга тана вазни 25 кг дан кам бўлганда 0,375 г/кг 2 қабулга бўлиб ♦ тана вазни 25 кг дан ортиқ бўлганларга 750 мг/сут 2 қабулга бўлиб мушак орасига қилинади.
- Амоксициллин 10 кун давомида ичишга ♦ катталарга 3 маҳал кунда 0,5 г дан ♦ болаларга кунда 0,375 г.
- Феноксиметилпенициллин 10 кун давомида ичишга ♦ катталарга 3 маҳал кунда 0,5 г дан, тана вазни 25 кг дан ортиқ бўлган болаларга кунда 3 маҳал 250 мг дан.

Пенициллинни кўтара олмаганда – заҳира дори воситалари.

- Азитромицин ичишга ♦ катталарга 1 кунда 0,5 г дан, кейин кунда 0,25 г 6 кун давомида ♦ болаларга кунда 12 мг/кг дан 1 маҳал 5 кун давомида.
- Мидекамицин ичишга ♦ катталарга 0,4 г. дан кунда 3 маҳал 10 кун давомида ♦ болаларга 50 мг/кг дан 2 қабулга 10 кун давомида.
- Рокситромецин ичишга ♦ катталарга кунда 0,3 г 2 қабулга 10 кун давомида ♦ болаларга 5 мг /кг дан 2 қабулга 10 кун давомида.
- Кларитромицин ичишга ёки мушак орасига ♦ катталарга кунда 0,5 г дан 2 маҳал 10 кун давомида ♦ болаларга 15 мг/кг дан 2 маҳал 10 кун давомида.
- Спирамицин ичишга ёки мушак орасига ♦ катталарга кунда 3 млн ТБ дан 2 маҳал 10 кун давомида ♦ болаларга 1,5 млн ТБ дан кунда 2 марта 10 кун давомида.

Пенициллин ва макролидларни кўтара олмаганда – заҳира антибиотиклари.

- Клиндамицин мушак орасига ♦ катталарга 0,15 г дан кунда 4 маҳал 10 кун давомида ♦ болаларга кунда 20 мг/кг 3 маҳалдан 10 кун давомида.
- Линкомицин мушак орасига ♦ катталарга 0,5 г дан 3 маҳал 10 кун давомида ♦ болаларга кунда 30 мг/кг 3 маҳалдан 10 кун давомида.

А гуруҳига кирувчи β – гемолитик стрептококк чақирадиган қайталанувчи тонзиллитни даволаш

- Амоксициллин + клавулан кислота ичишга ♦ катталарга кунда 1,875 г дан 3 маҳал 10 кун ♦ болаларга 40 мг/кг дан 3 маҳал 10 кун давомида.
- Клиндамицин ичишга ♦ катталарга кунда 0,6 г дан 4 маҳал 10 кун давомида ♦ болаларга кунда 20 мг/кг дан 3 маҳал 10 кун давомида.

- Линкомицин ичишга ♦ катталарга кунда 1,5 г дан 3 маҳал 10 кун давомида ♦ болаларга кунда 30 мг/кг дан 3 маҳал 10 кун давомида.
- Цефуроксим ичишга ♦ катталарга кунда 0,5 г дан 2 маҳал 10 кун давомида ♦ болаларга кунда 20 мг/кг дан 2 маҳал 10 кун давомида.

ИККИЛАМЧИ ПРОФИЛАКТИКА

Мақсади: ЎРИ қайта ҳуружи ва юракнинг ревматик пороги кучайишини олдини олиш. Иккиламчи профилактикани этиотроп антистрептококк терапия тугагандан сўнг дарҳол бошланади. Иккиламчи профилактиканинг давомийлиги:

- ЎРИ ни кардитсиз ўтказган беморлар учун (полиартрит, хорей) – 5 йил;
- Кардитли ЎРИ ни бирламчи ва такрор ўтказган беморлар учун 5 йилдан қўп ёки ҳаёти давомида.

ЎРИ нинг иккиламчи профилактикасида дори воситаларидан асосан узок таъсир этувчи бензатин бензилпенициллин – 3 ҳафтада бир марта мушак орасига юборилади.

- Катталарга 2,4 млн ТБ дан;
- Тана вазни 25 кг дан енгил бўлган болаларга 600.000 ТБ дан, тана вазни 25 кг дан ортиқ бўлганларга 1,2 млн ТБ дан.

Ревматик юрак пороги бор беморларда бактериял эндокардитнинг иккиламчи профилактикаси

Мақсади: Тиббий муолажалар ўтказиш пайтида келиб чиқиши мумкин бўлган бактериемиянинг олдини олиш.

Оғиз бўшлиғи, қизилўнгач, нафас йўлларидаги муолажалардан олдин.

- Стандарт схема ♦ катталарга муолажа бошланишидан 1 соат олдин 2 г амоксициллин ичишга ♦ 12 ёшгача бўлган болаларга муолажадан 1 соат олдин 950 мг/кг амоксициллин ичишга.
- Ичиш мумкин бўлмаганда ♦ катталарга муолажадан 30 минут олдин 2 г ампициллин вена ичига ёки мушак орасига ♦ 12 ёшгача бўлган болаларда 50 мг/кг ампициллин муолажадан 30 минут олдин в/и ёки м/о.
- Пенициллинга аллергия бўлганда ♦ катталарга муолажадан 1 соат олдин 500 мг азитромицин ёки 500 мг кларитромицин ёки 600 мг клиндамицин ёки 2 г цефалексин ♦ 12 ёшгача бўлган болаларга муолажадан 1 соат олдин 15 мг/кг азитромицин ёки 15 мг/кг кларитромицин ёки 20 мг/кг клиндамицин ёки 50 мг/кг цефалексин.
- Пенициллинга аллергия бўлганда ёки ичишнинг иложи йўқлигида ♦ катталарга муолажадан 30 минут олдин 600 мг клиндамицин в/и ёки 1 г цефазолин м/о ёки в/и ♦ 12 ёшгача бўлган болаларга муолажадан 30 минут олдин 20 мг/кг клиндамицин в/и ёки 25 мг/кг цефазолин м/о, в/и.

Ошқозон ичак ва уrogenитал йўлдаги муолажалардан олдин.

- Стандарт схема ♦ катталарга муолажадан 1 соат олдин 2 г амоксициллин ичишга; 2 г ампициллин м/о ёки в/и, муолажадан 30 минут олдин дори юборишни тўхтатиш лозим ♦ 12 ёшгача бўлган болаларга муолажадан 1 соат олдин 50 мг/кг амоксициллин ичишга; 50 мг/кг ампициллин м/о ёки в/и қилинади, муолажадан 30 минут олдин юборишни тугаллаш лозим.

- Пенициллинга аллергия бўлганда ♦ катталарга 1 г ванкомицин в/и 1 – 2 соат давомида, муолажадан 30 минут олдин юборишни тугаллаш лозим ♦ 12 ёшгача бўлган болаларга 20 мг/кг ванкомицин 1 – 2 соат давомида юборилади, муолажадан 30 минут олдин юборишни тўхтатиш лозим.

КЛАССИФИКАЦИЯСИ

Касалликнинг фаоллигига кўра

- Фаолликнинг III даражаси: иситма, ўткир ревматик полиартрит, миокардит, АТ ларнинг стрептококка қарши юқори титри, ЭЧТ нинг ошиши 40 мм/с дан юқори; панкардит (бўлиши мумкин), серозит.
- Фаолликнинг II даражаси: тананинг субфебрил ҳарорати билан кечувчи юрак шикастланишининг ўрта даражада юзага чиқиши, полиартралгия, моноолигоартрит, хорея; коннинг умумий таҳлилида лейкоцитоз, ЭЧТ – 20 – 40 мм/с чегарасида.
- Фаолликнинг I даражаси: моносиндром белгилар билан ажралиб туради (енгил кардит ёки кичик хорея). Лаборатория кўрсаткичлари нормада ёки кам даражада ўзгарган.

ДИАГНОСТИКАСИ

Анамнез

Ўткир ревматик иситма ангинадан 2 – 3 ҳафта ўтгандан сўнг юзага чиқади. Шикоятлар: йирик бўғимларда оғриқ, ревмокардит ривожланганда – юрак соҳасида оғриқ, юрак уриши, ҳансираш.

ФИЗИКАЛ ТЕКШИРИШ

- Ҳарорат субфебрилдан юқори иситмалашгача ўзгариб туради.
- Терини текшириш ♦ Ҳалқасимон эритма (танада ва қўл-оёқларнинг проксимал қисмида оч – пушти рангдаги ҳалқасимон тошмалар тошиб, қичмайди, тери устидан кўтарилиб турмайди, ўзидан кейин доғ қолдирмайди) – характерли, лекин кам учрайдиган (ЎРИ нинг барча ҳолатларини 14 – 17 %) белги ♦ Тери ости ревматик тугунлари (билак, тизза соҳасидаги пайни бирикиш жойида ёки энса суягида майда тугунчалар кузатилади) – бу белги касалликка хос аммо кам учрайди (ЎРИ нинг барча ҳолатларини 1 – 3 % ида).
- Бўғимларни текшириш ♦ Патологик жараёнга тизза, болдир – панжа, билак – кафт, тирсак бўғимлари кўпроқ чалинади ♦ Оғриқлар турғун бўлмаган характерга эга ♦ Яллиғланишнинг (полиартралгияларда бутунлай йўқ ҳолатидан то экссудатив ўзгаришларгача бўлиб, ҳаракат ҳажмининг чекланиши билан) ўзгаришлари ♦ Бўғим синдроми НЯҚВ таъсирида тез ўтиб кетади ва деформация келиб чиқмайди.
- Юрак аускультацияси.
 - ♦ Митрал регургитацияни акс эттирувчи систолик шовқин эшитилиб, қуйидаги таърифга эга бўлади ✦ характерига кўра давомли, пуфловчи шовқин ✦ биринчи тон билан боғлиқ систоланинг катта қисмини эгаллайди ✦ юрак чўққисидан эшитилади ва чап қўлтиқ ости соҳасига узатилади.
 - ♦ Мезодиастолик шовқин, митрал стенозни акс эттиради, қуйидаги таърифларга эга ✦ чап ёнбошга ётиб нафас тутиб турилганда юрак чўққисидан эшитилади ✦ кўпинча учинчи тондан кейин ёки уни тўсади.

- ◆ Протодиастолик шовқин аортал регургитацияни намоён қилади, қуйидаги таърифларга эга
 - ✦ чуқур нафас чиқаргандан сўнг бемор олдинга эгилганда тўш суягининг чап қирраси бўйлаб эшитилади
 - ✦ пуфловчи, камаювчи характерга эга
 - ✦ иккинчи тондан сўнг дарҳол бошланади
 - ✦ ревмакардитда протодиасталик шовқин систологик шовқин билан қўшилиб кетади, чунки ревматизм учун аортал клапаннинг якка шикастланиши хос эмас.
- Нерв системасини текшириш. 6 – 30 % ҳолларда кичик хорая белгилари кузатилади (гиперкинез-зўраки ҳаракатлар билан кечувчи). 5 – 7 % ҳолларда ЎРИ нинг бирдан – бир белгиси хорая ҳисобланади.

ЛАБОРАТОР ТЕКШИРИШЛАР

- Қон умумий таҳлили: лейкоцитоз, ЭЧТ нинг ошиши.
- СРО концентрациясининг ошиши, қон умумий таҳлилидаги ва қондаги яллиғланишли ўзгаришларни кўрсатади.
- Бактериологик текширишлар: халқум суртмасида β – гемолитик стрептококкнинг топилиши касалликнинг ўткир даврини ва унинг ташувчанлигини билдиради.
- Серологик текширишлар: антистрептолизин ва антигиалуронидаза ва антидезоксирибонуклеаза В титрини ошиши.

ИНСТРУМЕНТАЛ ТЕКШИРИШЛАР

- ЭКГ: ўтказувчанлик ва ритмнинг бузилиши миокардитни билдиради.
- ЭхоКГ: перикардит ва клапанлардаги ўзгаришларни аниқлаш учун зарур. Шунинг эса тутиш лозимки, ЎРИ да миокардит ва / ёки перикардит доимо вальвулит билан кечади.

ДИАГНОСТИК МЕЗОНЛАР

1992 йилда Америка кардиологлар ассоциацияси томондан қайта кўриб чиқилган А.А.Кисел ва Т.Д.Жонс диагностик мезонлари:

Катта мезонлар • кардит • полиартрит • хорая • халқасимон эритема • тери ости ревматик тугунчалари.

Кичик мезонлар • клиник: артралгиялар, иситма • лаборатория текширувлари: ЭЧТ нинг ошиши, СРО концентрациясининг кўтарилиши • ЭКГ да PQ интервалининг узайиши.

Бўлиб ўтган стрептококк инфекциясини исботловчи маълумотлар • Томоқдан олинган суртмада А гуруҳига кирувчи β – гемолитик стрептококкнинг мусбат натижалари ёки Аг А гуруҳига кирувчи стрептококкларни тез аниқлаш тестининг мусбат бўлиши • Стрептококка қарши антителалар титрининг ошиши ёки ошиб бориши.

2 та катта мезон ёки 1 та катта 2 та кичик мезоннинг β – гемолитик стрептококк инфекцияси бўлиб ўтганлигини тасдиқловчи маълумотлар билан бирга келиши ЎРИ бўлиш эҳтимоли юқори эканлигини тасдиқлайди.

ДИФФЕРЕНЦИАЛ ДИАГНОЗ

ЎРИ – бўғим синдромининг юрак клапанлари шикастланиши билан кўшилиб келадиган ягона касаллик ҳисобланмайди, шунинг учун беморларда бошқа патологик ҳолатлар бўлишини ҳам кўзда тутиш лозим ва улар қуйидагилар:

- Бактериал эндокардит, бу касаллик этиологиясида стрептококклардан ташқари, бошқа микроорганизмлар ҳам аҳамиятга эга. Буни аниқлаш учун бактериологик қон экмаларини такрор ўтказиш лозим.
- Болаларда кўпроқ учрайдиган бурун – ҳалқум инфекциясидан кейин келиб чиқадиган реактив артрит қайтар характерга эга бўлиб, юракнинг зарарланиши билан кечмайди. Дифференциал диагноз мақсадида беморларни кузатиш лозим.
- СҚВ даги Либман-Сакс эндокардити антифосфолипид синдроми инъикоси ҳисобланади. СҚВ да кардит ва полиартритдан ташқари, касалликка ҳос бошқа клиник белгилар ва антифосфолипид АТ лар ҳам аниқланади.
- Анкилозловчи спондилоартритда митрал ва аортал регургитация белгилари бўлмайди. Аммо албатта сакроилеит белгилари кузатилади.
- Болалар миокардити стрептококк инфекцияси бўлмаганда кўпинча вирус орқали келиб чиқади (жуда кўп ҳолларда Коксаки В вируси).
- Митрал регургитация вальвулит билан эмас, бўғимлар гипермобиллиги ва митрал клапан пролапси билан бирга келиши мумкин.
- Лайм касаллигини *Borrelia burgdorferi* чақиради. Анемнезда – кана чақиши. Лайм касаллигининг серологик исботи бўлиб қондаги антиборрелиоз АТ лар хизмат қилади.

ДАВОСИ

Даволашнинг мақсади

- β – гемолитик стрептококк эрадикацияси
- Ревматик жараён фаоллигини камайтириш
- Юрак пороги шаклланишига йўл қўймаслик.

Шифохонага ётқизишга кўрсатмалар. Ҳамма беморлар шифохонага ётқизиладилар.

ДОРИЛАРСИЗ ДАВОЛАШ

Тартиб. 2 – 3 ҳафтага ётоқ режими буюрилади.

Парҳез, Витамин ва оқга бой маҳсулотлар берилиб, ош тузи ва углеводлар чегараланади .

Физиотерпевтик даво тавсия қилинмайди.

ДОРИЛАР БИЛАН ДАВОЛАШ

Этиотроп (антистрептококк) терапия

Бензилпенициллин катталар ва ўсмирларга 400 000 – 1 000 000 ТБ дан кунда 4 маҳал 10 кун давомида мушак орасига. Болаларга 100 000 – 150 000 ТБ дан кунда 4 маҳал 10 кун давомида мушак орасига.

Кейинчалик иккиламчи профилактика учун таъсир доираси кенг пенициллиндан фойдаланилади.

Пенициллинга аллергия бўлганда макролидлар буюрилади:

- рокситромицин болаларга кунда 5 – 8 мг/кг. Катталарга кунда 150 мг дан 2 марта ичишга.
- кларитромицин болаларга кунда 7,5 мг/кг. Катталарга кунда 250 мг дан 2 маҳал ичишга.

ПАТОГЕНЕТИК (ЯЛЛИҒЛАНИШГА ҚАРШИ) ДАВО

- Глюкокортикоидлар касалликнинг ўткир кечишида, яққол ва ўртача кардитда, ЎРИ нинг II ва III фаоллик даражасида буюрилади. Преднизолон катталар ва ўсмирларга кунда 20 мг дан, болаларга 0,7 – 0,8 мг/кг дан битта қабулга эрталаб овқатдан кейин терапевтик натижага эришгунча ичилади (ўртача 2 ҳафта). Кейин доза (2,5 мг дан ҳар 5 – 7 кунда) бутунлай бекор қилгунча аста – секин камайтиради. Даво курсининг умумий давомийлиги 1,5 – 2 ойни ташкил этади.
- НЯҚВ енгил ревмокардитда ва ревматик артритда, жараённинг минимал фаоллигида, бундан ташқари, юқори фаоллик пасайган вақтда ва ГКС бериш бекор қилинганда ёки ревматик юрак пороги негизида ЎРИ қайталанганда буюрилади. Диклофенак катталар ва ўсмирлага 25 – 50 мг дан кунда 3 маҳал, болаларга 0,7 – 1,0 мг/кг дан кунда 3 маҳал яллиғланиш фаоллиги кўрсаткичларини нормага тушгунча (ўртача 1,5 – 2 ой давомида) қабул қилинади.

ХИРУРГИК ЙЎЛ БИЛАН ДАВОЛАШ

Кўрсатмалар бўлганда ЎРИ натижасида пайдо бўладиган юрак порокларини даволаш учун мутахассис хирург маслаҳатига юбориш зарур.

БЕМОРЛАРНИ ЎРГАТИШ

Даволаш натижалари яхши бўлиши учун беморга узоқ вақт бициллинпрофилактика ҳамда бактериал эндокардитни иккиламчи профилактикасини ўтказиш зарурлиги тушунтирилади. Шундай бўлишига қарамасдан ЎРИ ни даволаш учун беморларни мустақил ҳолда ўргатиш мақсадга мувофиқ ҳисобланади.

КЕЙИНГИ ТАДБИРЛАР

Этиотроп ва патогенетик даволаш тугагандан сўнг, иккиламчи профилактика босқичи бошланади (ўтказиш жадвали ва муддати «профилактика» бўлимида келтирилган). Беморни узоқ кузатиш давомида яллиғланиш кўрсаткичларининг фаоллиги ҳамда клапанлардаги ўзгаришлар ва гемодинамика ҳолати назорат қилинади.

ПРОГНОЗИ

ЎРИ фаоллиги юқори бўлганда ҳамда касаллик монанд даволанмаганда юрак пороги келиб чиқиш эҳтимоли юқори. Шаклланган юрак порогида прогноз гемодинамиканинг бузилиш даражасига боғлиқ.

РЕВМАТОИД АРТРИТ

Ревматоид артрит (РА) – номаълум этиологияли касаллик бўлиб, периферик бўғимларнинг сурункали симметрик эрозив артрити (синовит) ва ички органларнинг систем яллиғланишли зарарланиши билан характерланади.

ХКК-10: М05 • Серопозитив ревматоид артрит • **М06** Бошқа ревматоид артритлар.

ҚИСҚАРТМАЛАР: РА – ревматоид артрит, РО – ревматоид омил.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯСИ

РА – кўп тарқалган сурункали яллиғланиш касалликларидан бири бўлиб, популяцияда ўртача тарқалиш даражаси 1 % (0,6 – 1,6 %) ни ташкил этади. Касаллик эркакларга қараганда аёлларда 2,5 баробар кўпроқ учрайди.

Профилактикаси. РА нинг этиологияси номаълум, шунинг учун бу касалликда аниқ профилактик чоралар ўтказишнинг имконияти йўқ.

КЛАССИФИКАЦИЯСИ

РА касаллик бошланиш характериға кўра жараён фаоллиги бўйича тавсифланади ва унинг алоҳида шакллари кўриб чиқилади.

Касалликнинг бошланғич вариантлари:

- **Секин-аста** (бир неча ой давомида) айниқса майда бўғимларда (50% ҳолларда) оғриқнинг ошиши ва ҳаракат чекланишининг ортиб бориши.
- **Тизза ва елка бўғимлари моноартрити** кейинчалик жараёнға жуда тез панжа ва кафтнинг майда бўғимлари ҳам кўшилади.
- **Йирик бўғимларнинг ўткир моноартрити**, септик ёки микрокристалли артритни эслатади.
- **“Палиндром ревматизм”**, панжа бўғимларининг ўткир, симметрик полиартрити жуда кўп қайталанувчи хуружлар билан кечади. Хуружлар тизза ва тирсак бўғимларида кам учрайди. Улар бир неча соат ёки кунлар давом этиб, соғайиш билан тугайди.
- **Қайталанувчи бурсит ва тендосиновит**, айниқса биллак-кафт бўғими соҳасида учрайди.
- **Ўткир полиартрит** – майда ва йирик бўғимларнинг кўплаб яллиғланиши, кучли оғриқ, диффуз шиш ва ёши улуғ одамларда ҳаракатнинг чекланиши билан кечади («RS3PE – синдром» - remittin ♦ seronegative symmetric synovitis with pitting ♦ edema – «ёстиксимон» шишли, қайталанувчи серонегатив симметрик синовит).
- Ревматик полимиалгияни эслатувчи **авж олиб кетган полиартралгия** (одатда кексаларда).

РА фаоллиги вариантлари

- «Енгил» ♦ артралгия ♦ шиш (5 тагача бўғимнинг шиши/оғриши) ♦ бўғимдан ташқари белгиларнинг йўқлиги ♦ РО титрларининг пастлиги ёки йўқлиги ♦ ЭЧТ ва СРО даражасининг меъёрида бўлиши ёки сал ошиши ♦ панжа ва товоннинг майда бўғимларида рентгенологик ўзгаришлар йўқлиги.
- Ўртача оғир артрит ♦ 6 – 20 бўғимлар артрити ♦ бўғимдан ташқари белгиларнинг йўқлиги ♦ РО нинг юқори титрлари ♦ ЭЧТ ва СРО нинг турғун кўпайиши ♦ қўл ва оёқ панжалари майда бўғимларини рентгенологик текширганда бўғим тирқишларининг ўртача торайиши ва бир – икки эрозияни мавжудлиги.
- Оғир ♦ 20 дан ортиқ бўғимлар артрити ♦ бўғимлар функцияси бузилишининг тезлашуви ♦ ЭЧТ ва СРО нинг турғун ва анча юқори ошиши ♦ анемия ♦

гипоальбуминемия ♦ РО титрининг юқори бўлиши ♦ бўғимдан ташқари ўзгаришлар.

РА нинг алоҳида вариантлари

- **Фелти синдроми**да нейтропения, спленомегалия, гепатомегалия, бўғимларнинг оғир зарарланиши, бўғимга боғлиқ бўлмаган ўзгаришлар (васкулит, невропатия, ўпка фибрози, Шёгрэн синдроми) ни ўз ичига олган симптомокомплекс, оёқ териси гиперпигментацияси ва инфекция асоратларнинг юқори даражаси кузатилади.
- **Катталарда Стилл касаллиги** - касаллик қайталанувчи гектик иситма, артрит ва макулопапулёз тошма билан характерланади.

ДИАГНОЗ

АНАМНЕЗ ВА ФИЗИКАЛ ТЕКШИРУВ

Касаллик бошланишида артритнинг клиник белгилари кам юзага чиққан бўлади. Одатда умумий ҳолатнинг ёмонлашуви (ҳолсизлик, эрталаблари ҳаракат қийинлиги, артралгия, озиш, субфебрил иситма, лимфаденопатия) кузатилиб, бу бўғимлар зарарланишининг яққол клиникаси бўлиши мумкин.

Бўғимлар зарарланиши

Бўғимлар зарарланишини 2 та тоифага бўлиш мумкин: 1. Потенциал қайтар (одатда эрта) – синовит; 2. Қайтмас структуравий ўзгаришлар (бирмунча кеч) – эрозиялар, анкилоз. РА да бўғимлар синовиал қобик яллиғланишини кўрсатувчи аниқ белгилардан бири – эрталаблари ҳаракатланиш қийинлиги бўлиб, унинг давомийлиги одатда синовит юзага чиқиши билан боғлиқ ва 1 соатдан кам бўлмаган муддатни ташкил этади.

- **Панжалар:** одатда касаллик бошлангандан кейин 1 – 5 йил ўтгач келиб чиқадиган кафт-фалангалар бўғимининг «бутоньерка» типигаги ульнар девиацияси; (проксимал фалангаларо бўғимларнинг букилиши) ёки оққуш бўйни (проксимал фалангаларо бўғимларнинг ўта ёзилиши); панжа деформацияси.
- **Тизза бўғимлари:** букувчи ва вальгус деформация, тизза бўғимининг орқа томонида синовиал киста бўлиши (Бейкер кистаси).
- **Товонлар:** панжанинг фаланга бўғимлари бошчаларининг чала чиқиши, латерал девиация, бош бармоқ деформацияси.
- **Умуртқа поғонасининг бўйин қисми:** атлантоаксиал бўғим соҳасидаги чала чиқишлар, булар айрим ҳолларда орқа мия ёки умуртқа артерияси компрессияси билан асоратланади.
- **Узуксимон-чўмичсимон бўғим:** товушнинг дағаллашуви, нафас қисиши, дисфагия, қайталанган бронхит.
- **Боғлов аппарати ва синовиал ҳалталар:** биллак-кафт олди ва кафт бўғимлари соҳасида тендосиновит, бурсит, кўпинча тирсак бўғими соҳасида: Бейкер кистаси.

Бўғимдан ташқари (систем) белгилар

Бўғимдан ташқари (систем) белгилар кўп учраб, камдан-кам ҳолларда клиник манзарада ҳал қилувчи ўрин тутаяди.

- **Конституционал симптомлар:** умумий беҳоллик, озиб кетиш, чарчаш, субфебрил иситма.
- **Юрак:** перикардит, васкулит, юрак клапанларининг гранулематоз зарарланиши (камдан-кам), атеросклерознинг эрта бошланиши.
- **Ўпка:** плеврит, ўпканинг интерстициал касаллиги, облитерацияловчи бронхит, ўпкада ревматоид тугунчалар (Каплан синдроми).
- **Тери:** ревматоид тугунчалар, терининг қалинлашуви ва гипотрофияси, васкулит, тўрсимон ливедо, тирноқ юзаси соҳасидаги микроинфарктлар.
- **Нерв системаси:** компрессион ва симметрик сенсор – мотор невропатия, кўп сонли мононеврит (васкулит), цервикал миелит.
- **Кўз:** куруқ кератоконъюнктивит, эписклерит, склерит, склеромаляция, периферик ярали кератопатия.
- **Буйраклар:** амилоидоз, васкулит, нефрит.
- **Қон системаси:** анемия, тромбоцитоз, нейтропения.

ЛАБОРАТОР ЎЗГАРИШЛАР

Қон • ўткир фазали реакциялар: гипохром анемия, ЭЧТ тезлашиши, СРО кўпайиши, гипергаммоглобулинемия • гипокомплементемия • тромбоцитоз • эозинофилия • нейтропения (кўпинча Фелти синдромида) • жигар ферментлари – АЛТ ва АСТ ошиши касаллик фаоллиги билан боғлиқ бўлади ва кўпинча дори воситаларининг (ревматизмга қарши ДВ) гепатотоксик таъсири билан бирга келади • 70 – 90 % беморларда аниқланадиган IgM РФ титрининг ошиши РА да касалликнинг оғир – енгиллиги, авж олиш тезлиги ва систем белгиларнинг ривожланишига боғлиқ. Аммо бу РА ни эрта аниқлаш учун “сезгир” ва “специфик” кўрсаткич ҳисобланмайди, чунки касалликнинг дастлабки 3 ойида тахминан 50 % беморларда ва 5 % соғлом шахсларда аниқланади.

Синовиал суюқлик. Ёпишқоқликнинг пасайиши, ғовак муцин ивиндиси, лейкоцитоз ($6 \cdot 10^9$ /л дан кўп), нейтрофилёз (25-90%).

Рентгенологик ўзгаришлар. Панжа ва товонларни рентгенологик ўрганиш касаллик авж олишига баҳо бериш ва ташхис қўйишнинг асосий усулларида бири ҳисобланади • бўғим олди остеопорози • бўғим юзаси контурларининг ноаниқлиги • эрозиялар (ёки узурлар) бўғим юзасида (кўпинча кафт – фалангалар бошчаси соҳасида ва кафт – фалангалар бўғимларида, айниқса бешинчи кафт суякнинг бошчасида) учрайди • остеолит (бўғим юзаларининг кенг емирилиши бўлиб, панжа ва товон майда бўғимлари суяклари бошчаларининг тўлик йўқолишига бориб етади) • анкилоз • бўғимларнинг чала чиқиши.

РА ДИАГНОСТИК МЕЗОНЛАРИ

РА диагностикаси учун Америка ревматологлар ассоциацияси (1987 й.) мезонларидан фойдаланилади.

1. Эрталабки ҳаракат ва бўғимлар соҳасида ёки бўғим атрофи тўқималарида эрталабки ҳаракатларнинг камида 1 соат чекланиши.
2. Уч ва ундан ортиқ бўғимлар артрити – врач томонидан аниқланган, камида учта бўғимда шиш ёки суюқлик аниқланиши. 14 тагача бўғим зарарланиши мумкин

(иккала томондан): кафт – фаланга, проксимал фалангалараро, кафт олди, тирсак, болдир – товон бўғимлари.

3. Панжа бўғимлари артрити қуйидаги бўғим гуруҳларидан лоақал биттасида шиш бўлиши: кафт усти, кафт – фаланга ва проксимал фалангалараро бўғимлар.
4. Симметрик артрит-бўғимларнинг икки томонлама зарарланиши бўлиб (кафт – фаланга, проксимал фалангалараро, кафт фалангаси) симметрик артритга ўхшаш, лекин мутлоқ симметрик эмас.
5. Ревматоид тугунчалар – тери ости тугунчалари (врач томонидан аниқланган) бўлиб, кўпинча тананинг бўртган қисмлари, букувчи юза ёки бўғим атрофи соҳаларида жойлашади.
6. РО – қон зардобида ҳар қандай усул билан аниқланганда РА титрининг ошиши.
7. Рентгенологик ўзгаришлар, (РА учун хос бўлган): бўғим атрофи эрозияси ёки бўғим олди остеопорозига хос бўлиб, панжа ва товон бўғимларида жойлашади, клиник зарарланган бўғимларда яққол намоён бўлади.

РА диагнози 7 тадан камида 4 та мезон аниқланганда қўйилади, бунда биринчидан тўртинчигача бўлган белгилар ҳеч бўлмаганда 6 ҳафта сақланиб қолиши лозим. Мезонларнинг сезгирлиги 91 – 94%, ўзига хослиги 89%.

ДИФФЕРЕНЦИАЛ ДИАГНОЗ

Дифференциал диагноз қуйидаги касалликлар билан ўтказилиши лозим: остеоартроз, СКВ, подагра, псориастик артрит, анкилозловчи спондилит, Рейтер синдроми (реактив артрит), бактериал эндокардит, ревматик иситма, бактериал септик артрит, вирусли артрит, систем склеродермия, миозит, бириктирувчи тўқиманинг аралаш касалликлари, Лайм касаллиги, ревматик полимиалгия, Бехчет касаллиги, амилоидоз, гемохроматоз, саркоидоз, гипертрофик остеоартропатия, паранеопластик синдром чакирувчи хавфли ўсмалар (ҳар қандай генезли), мультицентрик ретикулогистиоцитоз, оилавий ўрта ер денгизи иситмаси, қайталанувчи полихондрит, фибромиалгия.

- **Остеоартроз.** Бўғим тоғайининг дегенерацияси бўлиб, жараёнда дистал (Геберден тугунчали) ва проксимал (Бушар тугунчалари) фалангалараро кафт бўғимлари жалб қилиниб, биринчи кафт олди – кафт, тизза, чаноқ – сон, биринчи ошиқ – фаланга бўғимлари, умуртқанинг бўйин ва бел бўлимлари; ҳаракат вақтида оғриқнинг кучайиши, остеофитлар ва рентгенограммада бўғим тирқишларининг торайиши кузатилади, лаборатория кўрсаткичлари нормада. Юмшоқ тўқималардаги сезиларсиз шиш, жараёнга дистал фалангалараро бўғимларнинг тортилиши, эрталаб ҳаракат чекланганлиги бўлмаслиги, кун охирига келиб яққол оғриқнинг кучайиши билан характерланади.
- **СКВ.** Аутоиммун касаллик бўлиб, турли хил хужайра ва хужайра ичи оқларига қарши антителалар ишлаб чиқарилиши билан характерланиб, бунда майда бўғимларнинг симметрик зарарланиши билан, кафт олди ва тизза бўғимларининг зарарланиши ҳамда ноэрозив деформацияланган артрит (Жакку) ривожланиши; юмшоқ тўқималарда шиш бўлиши мумкин, аммо бўғим ичи суюқлиги минимал бўлади. Артрит-деформациясиз (Жакку артритидан ташқари); АНАТ борлиги (аммо РА билан оғриган 30% беморларда АНАТ бўлади), РО титрининг кам ҳолларда ўзгармаслиги; рентгенограммада суяк эрозияси бўлмаслиги хос.

- **Подагра.** Бўғим тўқималарида ва уларнинг атрофида Na моноурат кристалларининг йиғилиши; бирламчи хуруж моноартикуляр бўлиб, бунда биринчи қафт – фаланга бўғими зарарланади; сурункали шаклида панжа ва товон майда бўғимларининг тофусли симметрик зарарланиши кузатилиши мумкин: рентгенограммада субкортикал эрозиялар бўлиши хос.
30% ҳолларда РО аниқланади: ташхис синовиал суюқликда кристалларни топиш ёки тофусдаги кристалларда, кутбланган микроскопияда манфий икки томонлама нур синдириш аниқланиши ҳисобига қўйилади.
- **Псориастик артрит.** Турли – туман белгиларнинг бўлиши: моноартрит, ассиметрик олигоартрит, симметрик полиартрит, скелет таянч бўғимларининг зарарланиши кузатилади.
Дистал фалангалараро бўғимларнинг тез – тез зарарланиб туриши, бармоқларнинг дуксимон шиши, тери ва тирноқларнинг псориазга хос ўзгаришлари ; HLA – B27 «+».
- **Анкилозловчи спондилит.** Таянч скелетининг сурункали систем яллиғланиши бўлиб, айрим ҳолларда жараёнга периферик бўғимлар қўшилиши мумкин: апикал ўпка фибрози; орқадаги оғрик.
Артрит – ассиметрик бўлиб, жараёнга баъзан чаноқ – соң, елка бўғимлари ва умуртқа поғонасининг бел қисми ҳам қўшилади. HLA-B27 «+».
- **Рейтер синдроми (реактив артрит).** Касаллик турли хил микроорганизмлар таъсиридан келиб чиқадиган (*Chlamydia*, *Escherichia coli*, *Salmonella Campylobacter*, *Versinia*); симптомокомплекс ҳисобланиб, жараёнда уретрит, конъюнктивит ва артрит қатнашади; товон соҳасида оғрик бўлиб, энтезит, бленнореяли кератодермия (*Reratoderma blennorrhagica*), қафт ва оёқ тағларида циркуляр баланит хосдир.
Артрит олигоартикуляр ва ассиметрик бўлиб, кўпинча оёқлар зарарланади. HLA-B27 «+».
- **Бактериал эндокардит.** Йирик бўғимлар зарарланади; лейкоцитозли иситма, юрак шовқинлари бўлиши хос. Иситма ва полиартрит бор бўлган ҳамма беморларда қон культурасини текшириш зарур.
- **Ревматик иситма.** Артрит (миграцияловчи, олигоартикуляр йирик бўғимларнинг зарарланиши билан борувчи), кардит, тери ости тугунчалари, хорая, ҳалқасимон эритема, иситма. Специфик (стрептококклар хусусида) серологик реакциялар.
- **Бактериал септик артрит.** Асосан моноартикуляр бўлади, аммо олигоартикуляр тури ҳам учрайди; кўпинча йирик бўғимлар зарарланади; гипертермия, ҳаракат ҳажмининг камайиши билан борувчи бўғимлардаги шиш ва гиперемия; миграцияли бўлиши мумкин.
Қон культураси, бўғим бўшлиғидан хужайра шакллари аниқлаш учун суюқликни аспирация қилиш, Грам усулида бўяш ва культурал текшириш ўтказилади; РА билан оғриган беморларда септик артрит ҳам бўлиши мумкин.
- **Вирусли артрит.** Эпстайн – Барр вируси, аденовирус, В19 парвовирус, қизилча вируси, В ва С гепатити вируси; қафт ва билак – қафт бўғимларининг симметрик

зарарланиши билан кечувчи эрталабки ҳаракатнинг чекланиши. РО топилиши мумкин, вирусли экзантема учрайди.

Серологик реакциялар орқали тасдиқланган анамнез характерлидир. Вирусли артропатия, кўпинча 4 – 6 ҳафта давомида йўқолади (парвовирус инфекция бундан мустасно).

- **Систем склеродермия.** Беморларда кенг тарқалган васкулопатия (майда томирлар зарарланиши билан) ва фиброз; камдан – кам артрит аниқланиши мумкин, одатда артралгиялар; терининг яқин турувчи фасцияга бирикканлиги натижасида ҳаракат ҳажми чегараланган.
Рейно синдроми ва тери қалинлашуви.
- **Миозит.** Проксимал мушак заифлиги билан характерланувчи, КФК ва альдолаза миқдорининг ошиши, артралгия ва миалгиялар, электромиограммадаги патологик ўзгаришлар, мушак биопсияси ёрдамида ташхисланувчи мушаклар яллиғланишидир.
Яққол синовитли артрит камдан – кам учрайди.
- **Бириктирувчи тўқиманинг аралаш касаллиги.** СҚВ, систем скелеродермия ва миозитга хос хусусиятлар; 60 – 70 % ҳолларда – артрит (деформацияловчи ва эрозив бўлиши мумкин).
Рибонуклеопротеинга қарши АТ.
- **Лайм касаллиги.** *Borelia burgdorferi* чақирувчи систем яллиғланиш касаллиги; бошланғич даврида миграцияли эритема ва юрак патологияси, охириги даврида интермиттирланган моно- ёки олигоартит (15% беморларда сурункали ва эрозив бўлиши мумкин), энцефалопатия ва невропатия учрайди. Серологик реакциялар билан исботланган кана экспозицияси (иммунал блоттинг), 5% соғлом одамларда лаймборрелиозга реакциялар позитив бўлади.
- **Ревматик полимиалгия.** Таянч бўғимларда ва проксимал мушакларда диффуз оғриқ ва эрталабки ҳаракат чекланиши, бўғимларнинг шишиши аниқланади. ЭЧТ нинг яққол ошиши; 50 ёшгача камдан – кам учрайди. Глюкокортикоид терапиянинг тез самара бериши; 10 – 15 % ҳолларда гигант ҳужайрали артрит билан кечади.
- **Бехчет касаллиги.** Оғиз бўшлиғи ва генитал шиллиқ қаватларда қайталаниб турувчи оғриқли яралар бўлиши; 50% ҳолларда моноартикуляр артрит асосан, йирик бўғимларни зарарлайди; увеит; МНС зарарланиши; патергия «+» тести (патергия тести – стерил игна билан тери остига укол қилинадиган реакция шу жойда 24 – 48 соат ўтгач, 3 – 10 мм ли тошма ҳо бўлиши). РА да склерит билан дифференциал диагноз ўтказилади.
- **Амилоидоз.** Периартикуляр амилоид ажралиши; бўғим бўшлиғида суюқлик бўлиши мумкин. Аспирацияланган бўғим суюқлигининг Конго қизили билан бўялиши.
- **Гемохроматоз.** Темирнинг сўрилиши ва ажралишининг бузилиши; Аутосом рецессив касаллик; 2 ва 3 қафт – фалангалар бўғимларида суяк структураси ҳажмининг ортиши; қон зардобиди трансферринни боғлаб олиш қобилиятининг йўқолиши; рентгенограммада хондрокальциноз аниқланиши мумкин. Жигар

биопсияси ёрдамида ташхис қўйилади; ҚД, юрак етишмовчилиги ва цирроз белгилари билан бирга учрайди.

- **Саркоидоз.** Сурункали гранулематоз касаллик бўлиб, 10 – 15 % ҳолларда сурункали симметрик полиартрит (тугунчали эритема билан бирга Лефгрэн синдроми шаклланади). Ўзига хос клиник манзара ва биопсия натижалари (гранулема).
- **Гипертрофик остеоартропатия.** Тизза, болдир – товон ва билак – кафт бўғимларининг олигоартрити: суякнинг периостал ўсмаси; чуқур ва симмилловчи оғриқ. «Ноғора чўплари», ўпка касалликлари билан боғлиқлик, айрим вазиятларда қўл – оёқларда оғриқ.
- **Лимфопрлифератив касалликлар.** Моноартрит, полиартрит.
- **Мультицентрик ретикулогистиоцитоз.** Дерматоартрит, тирноқ атрофидаги папула, оғриқли деструктив полиартрит. Терининг зарарланган соҳаси биопсиясида характерли ўзгаришлар.
- **Оилавий ўрта ер денгизи иситмаси.** Йирик бўғимларда ўткир синовитнинг қайталанувчи хужумлари (моно- ёки олигоартикуляр), иситма, плеврит ва перитонит билан бирга кечади. Оилавий анамнез, этник хусусиятлар, амилоидоз (кечки асорат).
- **Қайталанувчи полихондрит.** Кенг тарқалган яллиғланиш ва тоғайлар деструкцияси ҳамда бириктирувчи тўқима яллиғланиши, майда ва йирик бўғимларда кўчувчи ассиметрик ва нозрозив артрит; кулоқ супраси тоғайининг яллиғланиши ва деформацияси. 30 % ҳолларда бошқа ревматик касалликларда ҳам учраши мумкин.
- **Фибромиалгия.** Мушак – скелет соҳасидаги тарқалган оғриқ ва ҳаракат чекланганлиги, парестезия, самарасиз уйқу, чарчаш, кўп сонли симметрик триггер нуқталар (ташхис қўйиш учун 18 та нуқта пайпасланганда 11 тасида билатерал оғриқ кифоя: бу нуқталар энса соҳасида субокципитал мушакнинг бирикувчи қисмида, бўйин соҳаси С5 – С7 умуртқалари яқинида, трапециясимон мушак юқори чегарасининг ўртасида, курак остидаги медиал чегара олдида *m.supraspinatus*, иккинчи суяк – тоғай қовурға бирикмаси олдида, дистал латерал қўлтиқ остидан 2 см дистал томонда, думбанинг юқори ташқи квадрати, трохантер орқа қисмида, тизза соҳасида бўғимдан бир мунча проксимал жойда, юмшоқ ёғ қопламлари ўртасида жойлашади). Лаборатор текширувлар ва бўғимлар текшируви – патологиясиз.

Камдан – кам ҳолларда РА бошланғич даври билан дифференциал диагноз қийин; уйқу бузилиши, айниқса – уйқудаги апноэ ҳолатини аниқлаш лозим.

РЕВМАТОЛОГ МАСЛАҲАТИГА КЎРСАТМАЛАР

РА нохуш прогнози сабабларидан бири касаллик бошланиши ва беморнинг ревматолог кузатувида келиши орасида узоқ вақт ўтиб, бунинг натижасида диагноз қўйиш ва адекват терапия белгилаш кечикишидир. Беморларда касаллик прогнозини яхшилаш учун умумий амалиёт врачлари томонидан поликлиника босқичида уларни актив аниқлаш лозим. РА га амбулатория шароитида эрта диагноз қўйиш учун махсус алгоритм ишлаб чиқилган бўлиб у қуйидагиларни ўз ичига олади • 3 ва ундан ортиқ бўғимлар яллиғланиши • қўл кафт – фаланга ва оёқ

кафт – фаланга бўғимларининг зарарланиши («кисиш» тестининг мусбат бўлиши – қўл кафт – фаланга ва оёқ кафт – фаланга бўғимларини икки томонлама кўндалангига қиганда оғрик) • эрталабки ҳаракатнинг 30 минутдан ортиқ чекланганлиги.

ДАВОЛАШ

РАни даволашдан мақсад

- Яққол ифодаланган белгиларни камайтириш.
- Деструкция, функция бузилиши ва бўғим деформациясини йўқотиш.
- Ремиссияга эришиш.
- Ҳаёт сифатини сақлаш.
- Умр давомийлигини узайтириш.

ШИФОХОНАГА ЁТҚИЗИШГА КЎРСАТМАЛАР

- Базисли яллиғланишга қарши ДВ лар танлаш.
- Базисли яллиғланишга қарши даволашга қарамасдан бўғимлар яллиғланишининг турғунлиги (ёки касаллик хуружи).
- Систем ўзгаришлар келиб чиқиши (васкулит, ўпка зарарланиши).
- Интеркуррент инфекция ривожланишига шубҳа.
- Антибактериал терапия талаб қилувчи септик артрит.
- Бўғимларда реконструктив жарроҳлик муолажаларини ўтказиш.

ДОРИЛАРСИЗ ДАВОЛАШ

- РА билан оғриган беморни даволашда мултидисциплинар ёндошиш, турли хил нофармакологик ва фармакологик усуллардан (ревматолог, ортопед, физиотерапевт, меҳнат терапияси бўйича мутахассис кўриги, диетолог, психолог ва б.) бошқа мутахассислар маслаҳатидан фойдаланиш лозим.
- Беморни ўргатиш муҳим аҳамиятга эга (кенг миқёсда, беморлар мактаби ташкил этиш), «қўллаб – қувватловчилар» гуруҳи тузиш. Бунда қатнашиш нафақат бемор руҳий ҳолатини яхшилайти, балки РА фаоллигини ҳам пасайтиради. Беморлар яллиғланишга қарши ДВ ларнинг нохуш таъсирлари ҳақида тўлиқ маълумотга эга бўлишлари, агар шундай белгилар юзага келса, дарҳол ДВ қабул қилишни тўхтатиб врачга мурожаат қилишлари керак.
- Бемор ҳаракат активлиги стереотипини ўзгартириши керак (масалан, қўл – оёқлардаги бўғимларда ҳамда панжанинг «тирсак» бўғимида букилишга иложи борича йўл қўймаслик лозим). РА ни даволашнинг муҳим қисмларидан бири – даволаш физкультурасидир. Бемор билан маслаҳатлашган ҳолда кундалик жисмоний машқлар зарурлигини тушунтириш лозим.
- Касаллик фаоллиги кам бўлганда турли хил физиотерапевтик даволаш усуллари биринчи навбатда лазеротерапия тавсия этилади. Санаторияда даволаниш фақатгина РА нинг минимал фаоллиги ёки ремиссия босқичидаги беморларга буюрилади. Табиий омиллар ёрдамида даволаш (балчик, денгиз суви, сероводород, карбонат ангидрид, радонли ва бошқа манбалар) санаторияларда ўтказилиши керак.
- Ортопедик ашёлар сифатида протезлардан фойдаланилади – бўғимни тўғри ушлаб турувчи ускуна бўлиб (кўпинча термопластик материалдан ишланган),

(кафт усти учун шина; бўйин учун корсет, биринчи навбатда умуртқа поғонасининг бўйин қисми бўғимлари зарарланганда – транспортда юриш учун мўлжалланади; мос келувчи пояфзал).

- Умумий тавсиялар.
 - ◆ Чекишни ташлаш – РА касаллиги ривожланиши ва касаллик кучайишида чекиш салбий роль ўйнаши мумкин. Чекилган сигаретларнинг сони ва РО орасида боғлиқлик борлиги аниқланган. Бундай ҳолат бўғимлардаги эрозив ўзгаришлар ва ревматоид тугунлар ҳо бўлганда ҳамда ўпка зарарланганда (эркакларда) ҳам мавжуд.
 - ◆ Мўътадиллаштирилган парҳезга амал қилиш, овқат таркибида ярим тўйинмаган ёғ кислоталарининг кўп бўлиши; масалан балиқ ёғи (РА яллиғланиш активлигининг пасайишига олиб келади), кальций ва витаминлар айниқса Д витамини (остеопороз хавфи пасайишига) ва фолат кислота (қон зардобиди гомоцистеин миқдорини камайишида). Гипергомоцистеинемия айниқса метотрексат ва сульфасалазин билан даволаш натижасида келиб чиқади ва томирларнинг атеросклеротик зарарланиши ривожланишига олиб келади.
 - ◆ Тана идеал вазнини сақлаш.

ДОРИЛАР БИЛАН ДАВОЛАШ

Дори воситалари ёрдамида РА ни даволаш 2 турдан иборат – яллиғланишга қарши ва базисли. Яллиғланишга қарши даволаш симптоматик терапия сифатида ЯҚНДВ кўллаш ва глюкокортикоид гормонлардан фойдаланишни ўз ичига олади. Улар яллиғланиш ва оғриқни тезда камайтириб, бўғимлар фаолиятини яхшилади. Базисли ДВ ларнинг алоҳида хусусияти секинлик билан самара бериб, касалликнинг асосий патогенетик механизмларига таъсир қилади. Аутоиммун бузилишларни йўқотиб, бўғимлар деструкциясини секинлаштиради.

ЯҚНДВ фойдаланишга кўрсатмалар

- ЯҚНДВ бўғимлар зарарланишини кучайтирмайди ва камдан – кам артритнинг клиник белгилари намоён бўлишини бутунлай тўхтатади.
- ЯҚНДВ билан монотерапевтик даволаш РА га аниқ диагноз қўйилгунга қадар (кўпи билан 6 ҳафта) қисқа вақт давомида ўтказилади. Кейин уни базисли яллиғланишга қарши ДВ лари билан қўшиб олиб бориш керак.
- ЯҚНДВ нинг, айниқса ошқозон – ичак, жигар, қон системасига (тромбоцитлар функцияси) ва АБ таъсирини мониторинг қилиш керак.
- ЯҚНДВ самарадорлиги бўйича бир – биридан жиддий фарқ қилмайди, шунинг учун уларни конкрет танлаш унинг хавфсизлиги ва баҳоси билан боғлиқ.
- ЯҚНДВ самарадорлиги 2 ҳафта давомида қабул қилингандан сўнг баҳоланиши лозим.
- ЦОГ 2^А селектив ингибиторлари самарадорлиги бўйича ЯҚНДВ дан қолишмайди, аммо камроқ ОИТ зарарланишини чақирини мумкин. Бу ингибиторлар билан даволаганда тромбоз келиб чиқиш хавфи кўпайиши исбот қилинмаган бўлсада, унга мойил беморларда эҳтиёткорлик билан кўлланилади.
- Юрак қон – томир касалликлари хавфли омиллари бўлган беморларда ЯҚНДВ ва ЦОГ 2 ингибиторлари аспириининг кам дозаси билан биргаликда берилади.

ГЛЮКОКОРТИКОИДЛАР БИЛАН ДАВОЛАШ**Глюкокортикоидлар билан систем даволаш**

- РА да глюкокортикоидлар систем қабул қилинганда, одатда, яллиғланиш белгилари тез камаяди.
- ГК терапия бўғимлар деструкцияси авж олишини секинлаштиради.
- Алоҳида кўрсатмалар бўлмаганда РА да глюкокортикоидлар дозаси кунда 10 мг дан ошмаслиги керак (преднизолонга нисбатан ҳисобланганда).
- РА да ГК фақатгина базисли яллиғланишга қарши ДВ билан бирга берилади.
- ГК ўрта, юқори дозаси оғир систем зарарланиш белгилари ривожланганда қўлланилади ёки базисли яллиғланишда бериладиган ДВ ларнинг салбий таъсирини йўқотиш учун тавсия қилинади.
- ГК паст дозаси: кунига 15 мг. дан кам (преднизолонга нисбатан ҳисобланганда).
- ГК ўртача дозаси – кунига 15 – 30 мг.
- ГК нинг юқори дозаси: кунига 30 мг. дан кўп (ёки кунда 0,5 мг/кг/вазн дан юқори).
- ГК билан даволаганда остеропороз профилактикаси мақсадида албатта кальций препаратлари (1000-1500 мг.) ва «D» витамин (400-800 МЕ) тавсия қилинади, зарур бўлганда (синиш хавфи юқори бўлганда) антиостеопоротик препаратлари (алендронат, миакальцик) буюрилади.
- ГК тайинлаш ревматолог – врач қатъий кўрсатмасига асосан амалга оширилади.

Глюкокортикоидлар билан маҳаллий даволаш

ГК билан маҳаллий даволаш (юмшоқ тўқима ва бўғим бўшлиғига инъекциялар):

- Ёрдамчи аҳамиятга эга.
- Фақат маҳаллий яллиғланишга вақтинчалик таъсир қилади.
- Бир ёки бир неча бўғимларни яллиғланиши ГК ни бўғим ичига юбориш учун кўрсатма ҳисобланади.
- Таянч бўғимларга (тизза ва билак – кафт олди) бир йилда 3 мартадан ва бир бўғимга 3 ойда бир мартадан кўп дори юбориш мумкин эмас.
- Бўғим ичи инъекциялари учун триамцинолон, метилпреднизолон ва бетаметазон қўлланилади. Бетаметазон тез (юборилгандан кейин 1 – 3 соат оралиғида) ва узок вақт (4 – 6 ҳафтагача) яллиғланишга қарши таъсирга эга бўлиб, маҳаллий микрокристалл реакциялар чақирмайди ва тўқималарга дистрофик таъсир кўрсатмайди.

Дори воситаси	1 таблеткадаги дозаси	Преднизолоннинг эквивалент дозаси (мг)
Кортизол	5	1
Метилпреднизолон	4	5
Триамцинолон	4	5
Бетаметазон	0,5	3,3
Дексаметазон	0,5	3,3

- Йирик бўғимлар (тицца, елка, Бейкер кистаси) га препаратдан 1 мл. дан, ўрта (билак – кафт олди) га 0,5 мл. дан, майда (фалангалараро, кафт – фаланга ва кафт – фаланга) га 0,25 мл. дан юборилади.
- Юмшоқ тўқималарга, елка бўғимига, акромиал ости ва кўст қопчаларига ГК ни маҳаллий анестетиклар билан бирга 1:1 нисбатда ёки натрий хлориднинг 0,9% эритмаси билан худди шундай нисбатда (елка ёки кўст соҳасига 1:2 – 1:5 нисбатда) юборилади. Бошқа бўғим ва қопчаларга ДВ лар анестетикларсиз юборилади.
- Иложи борича кичик диаметрли игнадан фойдаланиш тавсия этилади; муолажа бўғим тоғайига кўп шикаст етказмаслиги керак.
- Бўғим ичига ГК юборилгандан кейин 1 ҳафта мобайнида жисмоний зўриқишдан сақлаш ва 24 соатга бўғимни қисман иммобилизация қилиш зарур. Айниқса, йирик бўғимларга ДВ юборилганда бу даво самарадорлигини оширади.
- Триамцинолон, энг кўп таъсир этувчи препарат бўлиб, йирик бўғимлардаги эксудатив ҳолатларда қўлланилади.
- Бўғим ичи инъекциялари учун монеликлар ✦ Ўткир моноартрит (бактериал этиологияли бўлиши мумкин) ✦ Пункция ўрни яқинидаги терининг ҳар қандай ўзгаришлари ✦ Таянч бўғимининг беқарорлиги.

ЯЛЛИҒЛАНИШГА ҚАРШИ БАЗИСЛИ ТЕРАПИЯ

РА да яллиғланишга қарши базисли терапия унинг рентгенологик авж олиши камайишига ёрдам беради, ЯҚНДВ ва ГК га бўлган талабни камайтиради ва ҳаёт сифатини яхшилади.

Умумий кўрсатмалар

- Базисли яллиғланишга қарши ДВ билан даволашни эрта бошлаш (РА га ишончли ташхис қўйилиши билан).
- Базисли яллиғланишга қарши ДВ билан фаол даволаш, самара бермаганда ДВ ни ўзгартириш ёки қўшимча равишда яна битта базисли препарат буюриш (комбинацияланган терапия). Даво самарадорлиги индивидуал, иложи борича 1,5 – 3 ой орасида баҳоланади.
- Ташхисни тасдиқлаш ва базисли яллиғланишга қарши даво муолажасини мутахассис – ревматолог ўтказди. Динамик назорат ва даволаш самарадорлиги ва хавфсизлигини умумий амалиёт врачлари – терапевт амалга ошириши мумкин.
- РА ни даволашнинг асосий тамойилларидан бири – давомийлиги ноаниқ ҳолда клиник самара бергунга қадар ва нохуш реакциялар бўлмаганда ДВ дан фойдаланишдир.

Базисли яллиғланишга қарши ДВ

Метотрексат. Дозаси: 7,5 – 2,5 мг. дан ҳафтасига 1 марта. Даволашнинг 1 – оий ўтгандан сўнг самарага эришиш мумкин. Агар натижа бўлмаса дозани аста – секин ошириб бориб, ҳафтасига 25 мг. га етказилади. Нохуш реакцияларни олдини олиш мақсадида фолат кислота буюрилади. Назорат лаборатория текширишлари:

гемоглобин, лейкоцит ва тромбоцитлар миқдорини қонда аниқлаш, қон зардобидаги АЛТ ва АСТ 2 ҳафтада 1 марта дастлабки 2 ой давомида, кейин ҳар ойда текширилади. Ҳар олти ойда қон зардоби таркибидаги креатинин миқдори аниқланади. Йўтал ёки нафас қисиши пайдо бўлган ҳолларда даволашдан олдин кўкрак қафаси рентгенографияси ўтказилади. Интеркуррент инфекция вақтида метотрексатни вақтинча тўхтатиш зарур.

Лефлуномид. Дозаси: биринчи 3 кун кунда 100 мг. дан, кейин – 20 мг., 4 – 12 ҳафтадан кейин самара беради. Назорат лаборатория текширувлари: Нв миқдорини аниқлаш, қонда лейкоцит ва тромбоцит миқдори, зардобда АЛТ ва АСТ ҳар ойда ярим йил давомида, кейин 4 – 8 ҳафтада 1 марта. Самарадорлик ва хавфсизликда метотрексатдан қолишмайди.

Сульфасалазин. Самара кўпинча давонинг биринчи 2 ойида кузатилади. Бошланғич дозаси – 500 мг. кунда 2 маҳал. 1 ҳафтадан сўнг кунлик дозаси 1,5 г. га оширилади, яна 1 ҳафтадан сўнг эса 2 г гача. Салбий оқибатлар келиб чиққанда доза аста – секин оширилади ёки олдингидай қолдирилади. Назорат лаборатория текширишлари: Нв миқдори, лейкоцит ва тромбоцитлар сонини аниқлаш, қон зардобида АЛТ ва АСТ ни биринчи 3 ой давомида ҳар 2 ҳафтада, кейинчалик 1 ой оралатиб текширилади.

Олтиннинг парентерал препаратлари (ауротиомалат натрий). Препарат мушак орасига ҳафтасига 1 марта ошиб борувчи дозада юборилади: 10 мг., 20 мг., 50 мг. то йиғинди дозаси 1000 мг. га етгунча. Кейин ҳар 2 – 4 ҳафтада, 50 мг. дан буюрилади. Лаборатория кузатуви: ҳар инъекциядан олдин сийдик таркибидаги оқ аниқланади, ҳар уч инъекциядан олдин қоннинг умумий таҳлили ўтказилади (лейкоцитлар, эозинофиллар, тромбоцитлар). Ҳар 6 инъекциядан олдин қоннинг биокимёвий анализи ўтказилади (АЛТ, АСТ).

Безгакка қарши препаратлар. Дозаси: гидроксихлорохин кунда 5 – 6 мг/кг., хлорохин кунда 3 мг/кг. Натижа 2 - 3 ойдан сўнг кўриниши мумкин. Ҳар 6 ойда 1 марта офтальмологик текшириш ўтказиш шарт. Такрор лаборатория анализлари ўтказиш учун зарурият йўқ.

Циклоспорин. Дозаси: кунда 3 – 5 мг/кг. Асосан натижа 1 – 3 ойдан сўнг ривожлана бошлаб, 6 ой давомида энг юқори чўққига етади. Кўтара олмаслик мониторинги: қон зардобидаги креатинин даражаси ва АБ ни кузатиш дастлабки 2 ойда ҳар 2 ҳафтада, сўнгра – ҳар ойда.

Кам ишлатиладиган ДВ

Бошқа дори воситалари (олтиннинг перорал препаратлари, азатиоприн, циклофосфамид, хлорамбуцил, пеницилламин) ҳозирги вақтда самарасизлиги, юқори токсиклиги ва беморлар яхши кўтара олмаслик ҳисобига жуда кам ҳолларда қўлланилади.

Олтиннинг перорал препаратлари (ауранофин). Дозаси: 3 мг дан кунда 2 маҳал, натижа бўлмаганда 9 мг гача оширилади. Лаборатория мониторинги: сийдикда оқни аниқлаш, Нв, қонда лейкоцит ва тромбоцитлар сони даволашнинг биринчи 3 ойида ҳар 2 ҳафтада, кейинчалик ҳар ойда.

Азатиоприн. Дозаси: кунда 1,5 – 2,5 мг/кг. Назорат лаборатор текширувлари: Нб ни аниқлаш, қондаги лейкоцитлар ва тромбоцитлар сони, қон зардобиди АЛТ ва АСТ ни дастлабки 2 ой давомида ҳар 2 ҳафтада, кейинчалик ҳар ойда.

Циклофосфамид. Дозаси: кунда 2 – 2,5 мг/кг кутилган натижа 2 – 3 ойдан кейин кузатилади. Назорат лаборатория текширувлари: Нб миқдорини, қонда лейкоцит ва тромбоцит сони, қон зардобиди АЛТ ва АСТ ни дастлабки 2 ой давомида ҳар 2 ҳафтада, кейинчалик ҳар ойда. Инфекцион касаллик вақтида препаратни тақиқлаб қўйиш шарт. Ҳозирда бу дори фақат ревматоид васкулитни даволашда ишлатилади.

Хлорамбуцил. Дозаси: суткасига 4 – 8 мг. Натижа 2 – 3 ойда кейин сезилади. Лаборатория мониторинги: қоннинг умумий таҳлили, лейкоцитларни унинг формуласи билан ҳафтасига бир марта албатта аниқлаш шарти билан. Инфекцион касалликлар вақтида ДВ ни тўхтатиш лозим.

Пеницилламин. Дозаси: бошланғич – кунда 250 – 500 мг (2 та қабулга), кейин аста – секин кунда 750 – 1000 мг оширилади. Натижа 3 – 6 ойдан кейин кузатилади.

ДВ ни танлаш тамойиллари

- Танлаш препарати бўлиб метотрексат ҳисобланади.
- РА нинг дастлабки босқичларида комбинацияланган даволаш (унинг битта компоненти сифатида албатта метотрексат қўлланади) самарали ҳисобланади. Унинг монотерапиядан афзаллиги исботланмаган.
- Тавсия этилган ДВ самарали бўлганда даволаш бир неча йилга узайтирилади. Бемор аҳволи ёмонлашмаса, дори дозасини камайтириш мумкин.
- Бошланғич терапия учун дори воситасини танлаш клиник манзарага боғлиқ ♦ Полиартикуляр РА: метотрексат, лефлуномид, сульфасалазин, олтин препаратлари мушак орасига ♦ Олигоартикуляр РА: сульфасалазин ♦ Палиндром ревматизм: безгакка қарши препаратлар, сульфасалазин, олтин препаратлари ♦ РА систем ўзгаришлар билан (васкулит): глюкокортикоидлар ва циклофосфамид.
- ЯҚНДВ тайинлаш учун монеликлар бўлганда, нохуш ҳодисалар келиб чиққанда ёки базисли яллиғланишга қарши ДВ билан даволаш самара бермаганда паст дозадаги глюкокортикоидни қўшиб бериш мумкин.

ХИРУРГИК ДАВОЛАШ

Асосий қоидалар: физиотерапевт ёрдамида ўтказиладиган реабилитация операция натижасини яхшилайд.

Тезкор ва кечиктириб бўлмайдиган операциялар учун кўрсатмалар

- Синовит ёки тендосиновит оқибатида нерв боиши
- Хавф солувчи ёки бошдан ўтказилган пай узилишлари
- Неврологик белгилар билан кечувчи чала чиқиш
- Кундалик оддий ҳаракатларни қийинлаштирувчи деформация
- Пастки жағ дислокацияси ёки оғир анкилозлар
- Бемор иш қобилиятини бузувчи бурсит ва йиринглашга мойил ревматик тугунлар бўлиши.

Операция ўтказиш учун нисбий кўрсатмалар

- Дори воситаларига резистент бўлган синовит, тендосиновит ёки бурситлар
- Яққол оғриқ синдроми
- Бўғимлар ҳаракатининг сезиларли чегараланиши
- Бўғимларнинг оғир деформацияси.

Оператив даволашнинг асосий турлари: Бўғимларни протезлаш, синовэктомия, артродез.

БЕМОРНИ КЕЙИНГИ КУЗАТИШ

РА билан оғриган беморларни умумий амалиёт шифокори ревматолог билан биргаликда кузатиб боради.

Асосий қондалар

- Касаллик фаоллигини ва даволаш самарадорлигини мунтазам баҳолаш.
- Прогноз учун зарур бўлган ўзгаришларга (эрозиялар ва қон зардобиди СРО концентрациясининг юқорилиги – амилоидоз белгилари) эътибор бериш.
- Қўлланилаётган ДВ хавфсизлигини баҳолаш ва уларнинг ножўя таъсирини аниқлаш.
- Оғриқ белгиси яққоллигини, бўғимлардаги шишни ва эрталабки ҳаракат чекланганлигини баҳолаб, мос келувчи терапия ўтказиш.
- Иложи борича беморнинг функционал имкониятларини яхшилашга ҳаракат (физиотерапия ва социал қўллаб – қувватлаш билан) қилиш.

Бўғимларни клиник текшириш

Бўғимларни мунтазам текшириш: • йилига бир марта барча беморларда • белгиланган даволашни ўзгартириш олдидан • даволаш бошлангандан 2 – 6 ойдан сўнг.

Касаллик фаоллигига баҳо берувчи лаборатор текширувлар

- Гемоглабин ва ЭЧТ ни 3 ойда 1 марта аниқлаш керак ♦ Агар ЭЧТ ошган бўлса, СРО концентрациясини ҳам аниқлаш лозим. СРО концентрациясининг турғун ошиши бўғимларда авж олган деструкция билан бирга кечиб, айрим ҳолларда иккиламчи амилоидоз ривожланишини биринчи белгиси бўлиши мумкин ♦ Гемоглабин паст бўлиб, ЭЧТ ошган бўлса, бу РА фаоллиги белгисидир. Кўп ҳолларда темир препаратлари буюришга зарурат йўқ. ЯҚНДВ қабул қилиш билан боғлиқ бўлган ошқозон ичакдан яширин қон кетиши мумкинлигини эсда тутиш лозим, бу темир танқислиги анемиясининг сабаби ҳисобланади.
- РО ни динамикада текшириш мақсадга мувофиқ эмас, чунки унинг титри ўзгариши касаллик фаоллигини ва даволаш самарадорлигини кўрсатмайди.

Рентгенологик текширишлар

- Қўл ва оёқ панжаларини рентгенографияси 12 ой оралиқ билан ўтказилади (РА нинг кучайиши ёки ревматизмга қарши терапия самарасини баҳолаш мақсадида).
- Умуртқа поғонаси бўйин қисми рентгенографияси эгилиш ва ёзилиш ҳолатида ўтказилади.
- Тос – сон бўғими зарарланиш белгилари бўлган беморларда 1 йил оралиқ билан тос суяги рентгенографияси қилиниши керак.

ПРОГНОЗИ

РА билан оғриган беморларда ҳаёт давомийлиги аёлларда 3 йил ва эркекларда 7 йилга камайиши мумкин. Ўлим сабаблари умумий популяциядан фарқ қилмайди. РА билан оғриган беморларда ўлимнинг юқори бўлиши (умумий популяция билан

солиштирганда) қуйидаги ҳолларда: инфекция ҳисобига, буйрак зарарланиши, ОИТ ва респиратор касалликларда кузатилади. Уларда ҳаёт давомийлигининг пасайишига яна бир сабаб атеросклерознинг эрта ривожланишига олиб келувчи субклиник кечувчи васкулитдир.

РЕАКТИВ АРТРИТ

Реактив артрит – баъзи инфекциялар (сийдик – тано, ичак, бурун – ҳалқум) дан сўнг ривожланадиган бўғимларнинг яллиғланишли зарарланишидир. Касаллик Райтер синдроми номи билан аталиб артрит, конъюнктивит, уретрит ёки цервицит, колит ва терининг характерли зарарланишлари унинг белгилари ҳисобланади.

ХКК – 10: М02 Реактив артропатия.

Эпидемиологияси. Бактериал дизентериядан сўнг реактив артрит 2,5 %, урогенитал инфекциялардан сўнг – 0,8 % ҳолларда ривожланиши мумкин. 20 – 40 ёш орасида кўп учрайди. Мойил жинс – эркаклар (урогенетал реактив артрит эркакларда 20, энтероколит реактив артрит эса 10 баробар кўп).

Профилактикаси. Инфекциялар хусусидаги профилактик чоралар реактив артрит келиб чиқишининг олдини олади. Ичак инфекциялари кўзғатувчиларини кўзда тутган ҳолда, қайнамаган сув ичмаслик лозим (*Shigella, Campylobacter, Yersinia*). Сальмонеллез инфекциялар профилактикаси мақсадида гўшт ва сутли озиқ – овқатларни тайёрлаш ва сақлаш муддатига эътибор бериш керак. HLA В27 га позитив бўлган шахсларга сафар пайтида профилактика мақсадида антибиотиклар тавсия қилинади (норфлоксацин 0,4 г дан кунда 2 марта). Тасодифий жинсий алоқалардан сақланиш ёки хламидиоз профилактикаси учун презервативлардан фойдаланиш.

ДИАГНОЗ

АНАМНЕЗ ВА ФИЗИКАЛ ТЕКШИРИШ

- Бемордан 2 ой давомидаги дизурия ёки диарея белгиларини сўраш, бўғимлар зарарланиши бўлган – бўлмаганлигини билиш, шу билан бир қаторда «кўз қизариши» ёки жинсий аъзолардаги ташқи ўзгаришлар ҳақида маълумот олиш. Бироқ, юқоридаги маълумотларнинг анамнезда бўлмаслиги реактив артрит йўқ дейишга асос ҳисобланмайди, чунки инфекция белгисиз ўтиши мумкин.
- Кўрик вақтида оғиз бўшлиғи, жинсий аъзолар шиллиқ қаватларида оғриксиз эрозияларни, тери зарарланишини (псориазни эслатувчи), товон остида кератодермияни аниқлаш мумкин.
- Реактив артритда кўп ҳолларда тизза, болдир – товон, билак – панжа бўғимлари ассиметрик зарарланади (хамма касаллик ҳолларининг 41, 25 ва 39 % да). Бармоқларнинг «сосискасимон» бўлиши хос.
- Бўғим атрофининг ахиллобурсит, товон ости бурсити, товон дўмбоқчалари периостити каби зарарланиши кузатилади.
- Кўп ҳолларда кўз зарарланишини кузатиш (енгил конъюнктивитдан то оғир иритгача) мумкин.

ЛАБОРАТОР ТЕКШИРУВЛАР

- Қоннинг умумий анализиде лейкоцитоз, ЭЧТ ошиши, нормохром анемия аниқланади.
- Сийдикнинг умумий анализиде кўпинча протеинурия, микрогематурия, лейкоцитурияни аниқлаш мумкин (сийдикни бактериал текшириш натижалари манфий бўлганда).
- Хламидиоз инфекцияси диагностикаси [текшириш учун материаллар – сийдикнинг биринчи порцияси (охирги сийдик чиқаришдан кейин камида 2 соатдан сўнг), сийдик чиқариш канали ва бачадон бўйни каналидан суртма олиш] ♦ Культурал усул – сезгирлиги 80 %, спецификлиги 100 % ♦ Иммунофлюоресцент усул – сезгирлиги ва спецификлиги жихатдан культурал усулдан кейин туради.
- Иерсиния, кампилобактер, сальмонеллалар чақирадиган инфекциялар диагностикасида серологик текширишлар ўтказилади; хламидиоз диагностикаси учун бу усулнинг аҳамияти кам. Чунки АТ лар бўлиши илгари инфекцияланганликдан дарак беради.
- Реактив артрит билан оғриган ҳар бир бемор сўзак ва ОИВ – инфекцияси бор – йўқлигига текширилиши керак.
- *Salmonella, Shigella* ларни аниқлаш учун нажас бактериологик текширилади.
- АНАТ ва ревматоид омиллар йўқ.
- Септик артритни инкор қилиш мақсадида синовиал суюқлик текширилади. Реактив артритда яллиғланиш жараёни белгилари аниқланади: синовиал суюқлик қовушқоқлигининг паст бўлиши, муцин қуйқасининг қийин ҳо бўлиши, сегмент ядроли нейтрофиллари кўп бўлган лейкоцитоз (5000 – 10000/мкл); глюкоза концентрациясининг пасайиши хос эмас.

Рентгенологик текширишлар. Рентгенограммадаги ўзгаришлар фақатгина касалликнинг сурункали кечишида юзага чиқади. Сакроилеит белгилари одатда бир томонлама, кўпинча Аг HLA B27 ташувчиларида кузатилади. Паравертебрал кўпол оссификатлар хос эмас.

ДИФФЕРЕНЦИАЛ ДИАГНОСТИКА

- Септик артрит моноартрит шаклида кечади; синовиал суюқлик текширилганда юқори лейкоцитоз (20000 – 100000/мкл), глюкозанинг паст концентрацияси аниқланади. Бактериал экма мусбат натижа беради.
- Ревматоид артрит ёшларда олигоартритдан бошланиб, кўпинча диагностик қийинчиликлар туғдиради (агар симметрик ва серопозитив бўлмаса). Триггер инфекцияларни синчиклаб қидириш ва динамикада кузатиш лозим.
- Анкилозловчи спондилит учун эрта ва ифодаланган оғриқ ҳамда умуртқа поғонасида ва чаноқ – ёнбош бўғимида ҳаракатнинг чекланиши характерли.
- Теридеги ўзгаришлар содир бўлгунча псориастик артритда реактив артритни инкор қилиш учун триггер инфекцияларни излаш ва динамикада назорат қилиш муҳим аҳамиятга эга.
- Лайм касаллиги учун анамнезда кана чақиши хос; қон зардобиде антиборрелиоз антитела топилади.

ДАВОЛАШ

Даволашдан мақсад • Бўғимлардаги оғриқ ва яллиғланишни йўқотиш • Триггер инфекцияларни даволаш.

Шифохонага ётқизишга кўрсатмалар: амбулатор даволашга рефрактер бўлган оғир кечувчи артрит.

ДОРИЛАРИСИЗ ДАВОЛАШ

- **Тартиб.** Касалликнинг дастлабки 2 ҳафтаси давомида тинчлик буюрилади. Иммунизация мақсадга мувофиқ эмас. Даволовчи жисмоний машқлар индивидуал танланади.
- **Физиотерапевтик даволаш.** Яллиғланган бўғимларга совуқ қўйилади. Электр билан даволашнинг афзалликлари исботланмаган.

ДОРИЛАР БИЛАН ДАВОЛАШ

Триггер инфекция турига кўра даволаш дастури махсус танланади.

Антимикроб ДВ

- Реактив хламидияли артрит.
 - ◆ Доксициклин кунда 0,1 – 0,15 г. дан 14 кун давомида ўткир инфекцияда бериледи; белгилар сақланиб қолганда даволаш 3 ойгача давом эттирилади.
 - ◆ Азитромицин кунда 1 г. дан 1 – куни, кейинчалик 0,5 г. дан 10 – 30 кун.
 - ◆ Ломефлоксацин 0,4 г. дан кунда 1 – 2 марта 10 – 30 кун.
 - ◆ Офлоксацин 0,2 г. дан кунда 3 марта 10 – 30 кун.
 - ◆ Ципрофлоксацин 0,5 г. дан кунда 2 – 3 марта 10 – 30 кун.

ЯҚНДВ реактив артрит билан оғриган барча беморларга узок муддатга буюрилади.

ГК септик артрит инкор қилинганда бўғим ичига юборилади, артритнинг бошқа турларида ишлатилган ДВ ларидан ҳам фойдаланилади.

Узоқ вақт таъсир этувчи ДВ лари артрит сурункали кечганда ишлатилади • Сульфасалазин суткасига 2 г • Метотрексат ҳафтасига 7,5 – 15 мг дан.

БЕМОРЛАРНИ ЎРГАТИШ

Беморни касаллик сабаблари ва даволаш усуллари билан таништириш муҳим аҳамиятга эга. Белгиланган антибиотикларни мунтазам қабул қилиш зарурлиги тўғрисида ахборот бериледи. Жинсий яқинлик қиладиган шерикларини албатта текшириш керак.

КЕЙИНГИ ТАДБИРЛАР

Беморнинг ҳар бир ташрифида бўғимларнинг яллиғланиш даражасини, ундан ташқари белгилар борлигини ўрганиш, қон ва сийдик умумий таҳлилини ўтказиш лозим.

ПРОГНОЗИ

Реактив артрит хуружи 3 – 5 ой давом этади ва қайталанишлар реинфицияланиш билан боғлиқ бўлади. 20 – 50 % беморларда сурункали артрит ва 15 % беморларда бўғимлар функциясининг оғир бузилиши ривожланади. Касалликнинг энг оғир ҳолда кечиши ОИВ – инфекцияланган беморларда учрайди.

ПОДАГРА

Подагра – турли тўқималарда натрий моноурат кристаллари ёки урат кислота ва пурин маҳсулотининг тўпланиши билан кечадиган касаллик.

ХКК – 10 • М10 Подагра.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯСИ

- Подагра – 40 ёшдан кейин кўп учрайдиган бўғим касалликларидан биридир. У 1000 та эркаларда 5 – 28, аёлларда эса 1 – 6 ҳолларда учрайди, йилига янги ҳодисалар сони эса популяцияда тегишлича 1 – 3 ва 0,2 ни ташкил қилади.
- Касаланишнинг юқори кўрсаткичи аёллар ўртасида 60 ёшдан кейин, эркаларда 40 – 50 ёш оралиғига тўғри келади.

Профилактикаси. Биринчи ўринда кимётерапия оладиган беморларда профилактика ўтказиш зарур. Лейкоз ва лимфома касалликларида кимётерапия билан биргаликда гипоурикемик дори воситалари ишлатилади (биринчи кундан бошлаб аллопуринол суткасига 600 мг).

Классификацияси • Ўткир подагра артрити • Хуружлараро подагра • Сурункали подагра артрити • Сурункали тофус подаграси.

ДИАГНОСТИКАСИ**ПОДАГРАНИНГ АСОСИЙ КЛИНИК БЕЛГИЛАРИ**

- Ўткир подагранинг қайталанувчи хуружлари.
- Тўқималарда тофус ҳо бўлиб, урат кристалларининг тўпланиши.
- Нефролтиаз.
- Подагра нефропатияси.

Ўткир подагра артрити

- Одатда гиперурикемик белгиларсиз бир неча йил кечади ва кўпроқ кечаси, эрталаб ўридан турганда клиник белгилари намоён бўлади.
- Жароҳатлар натижасида, спиртли ичимликлар истеъмол қилинганда, пала – партиш овқатланганда, хирургик муолажаларда, қўшилиб келган касалликлар кўзиганда, локал яллиғланишда (масалан, остеоартроз) касаллик ривожланиши мумкин.
- Оғриқнинг битта бўғимда тез ва кучли кечиши характерли. Бўғимда шиш, терининг қизариши, кучли оғриқ, ҳаракатнинг чекланиши кузатилади. Озгина таъсир ҳам кучли оғриққа сабаб бўлиши мумкин.
- Хуруж давомийлиги 1 – 2 кундан (енгил ҳолларда) 7 – 8 кунгача.
- Кексаларда хуруж ўткир кечмайди, ёшларга нисбатан кам ҳолларда олиго- ёки полиартрит кўринишида бўлади.
- Эркаларда оёқнинг бош бармоқ артрити 50 % ҳолларда биринчи белги бўлиши мумкин.
- Аёлларда касалликнинг бошида бармоқ бўғимлари олиго – ёки полиартрит кўринишида ривожланади.
- Кўп беморларда артрит билан биргаликда лейкоцитоз юқумли касаллик ривожланиши кўринишида кечади.

- Сурункали подагра ривожлангунга қадар хуружлар оралиғида белгиларнинг йуқолиши ва бутунлай соғайишга ўхшаш даврларнинг кузатилиши ўткир подаграга хосдир.

Хуружлараро подагра ва қайталанувчи подагра артрити

- Ўткир подагра артрити хуружлари, даволанмаган беморларда биринчи йили 60 %, иккинчи йили эса 78 % ҳолларда кузатилади.
- Хуружлар оралиғининг қисқариши, унинг оғир ўтиши, бошқа бўғимларнинг зарарланиши, полиартикуляр характердаги систем ўзгаришларнинг қўшилиши хосдир.
- Периартикуляр тўқималар (бойламлар, бўғим халтачаси) нинг яллиғланиши ва кўп ҳолларда тўқималарда якка тофуслар ҳо бўлиши кузатилади.
- Баъзида (кекса аёлларда, буйрак етишмовчилигида, диуретик қабул қиладиганларда) тофус артритдан олдин пайдо бўлади.
- Фақат 7 % беморда артрит ҳар 10 йилда қайталаниши мумкин.

Сурункали тофус подаграси

- Сурункали артрит, буйрак – тош касаллиги, тофусларнинг кўплиги сурункали тофусли подаграга хосдир.
- Специфик даво олиб борилмаган беморларнинг ярмидан кўпида тофуслар пайдо бўлади. Тофуснинг ҳо бўлиш муддати гиперурикемияга, буйракнинг зарарланиши ва касалликнинг кечишига боғлиқдир. У тананинг барча қисмларида, ички аъзоларда, кулоқ супрасида, тирсақда, тизза бўғимида, товон ва бармоқлар терисининг остида ва ичида кузатилади. Аёлларда менопаузадан кейин кўпинча Геберден тугунлари атрофида тофуслар аниқланади.
- Диуретик дорилар қабул қиладиган кекса аёлларда, миелопролифератив ҳамда айрим гиперурикемияга олиб келадиган буйрак касалликларида ювенил подагранинг айрим турлари ва тофуснинг эрта ҳо бўлиши кузатилади.

Сурункали гиперурикемияда буйракдаги асоратлар

- Сурункали подагра – сийдик – тош касаллиги, сурункали урат нефропатиясига олиб келади. Протеинурия ва “юмшоқ” ёки оғир АГ, нефросклероз буйрак функциясининг бузилиши 20 – 40 % беморларда учрайди.
- Тош фақат сийдик ва қондаги сийдик кислотаси миқдори билан эмас, балки оксалат ва кальций фосфат тузлари билан ҳам боғлиқдир.
- Рак ва лимфопрлифератив касалликларга қарши препаратлар буюрилганда организмда урат, буйрак коптокчаларида сийдик кислотасининг ошиши, пировард натижада буйрак етишмовчилигига олиб келади.
- Подаграга чалинган беморларда ёндош касалликлар (АГ, ҚД, қон томирлар атеросклерози, гипертриглицеридемия) кўп учрайди.

ЛАБОРАТОР ТЕКШИРУВЛАР

- Синовиал суюқлик ва тўқималардаги тофус поляризацион микроскоп ёрдамида текширилганда топиладиган урат кристаллари (3 – 30 мкм, игнасимон шаклда, икки ёқлама манфий нур синдирувчи) ва уларнинг лейкоцитлар фагоцитози подагра ташхисини тасдиқлайди.

- Ўткир подагра хуружи пайтида қондаги топилган урат миқдори ташхис қўйиш учун катта аҳамиятга эга эмас. Касалликнинг турли даврларида урат миқдорининг ошиши (қонда сийдик кислотаси миқдори 300 ммол/л) ёки унинг нормада бўлиши подагра ташхисини қўйишни инкор этмайди.
- Подагралли артритнинг ўткир хуружида синовиал суюқлик текширилганда лейкоцитлар миқдори асосан нейтрофиллар ҳисобида ошган (10000 – 20000 хужайра/мм³ гача) бўлади.
- Умумий қон таҳлилида хуруж даврида ЭЧТ ошади, аммо бошқа томондан подагра сабабчиси хавфли қон касаллиги бўлиши мумкинлигини ҳам унутмаслик лозим.
- Қондаги креатинин миқдорини аниқлаш ва унинг юқорилигида подаградаги СБЕ даволаш тактикасини ўзгартириш керак.
- Касаллик бошланишида рентген текшируви ўтказилганда бўғимда ҳеч қандай ўзгариш кузатилмайди, аммо кечки босқичида эрозия, бўғим ёриғининг қисқариши ва унда уратларнинг тўпланиши аниқланади.

КЛАССИФИКАЦИОН МЕЗОНЛАР

ЖССТ 2000 йилда тавсия этган мезонлардан фойдаланиш лозим ва улар қуйидагилар.

А. Бўғим суюқлиги таркибида урат кислоталари борлиги.

Б. Тофусда таркибида урат кристаллари кимёвий ёки поляризацион микроскоп ёрдамида тасдиқланганлиги.

В. Қуйида санаб ўтилган 12 белгидан 6 таси мавжудлиги: 1. Анамнезда биттадан ортиқ ўткир подагра артрити хуружи. 2. Биринчи куни максимал бўғим яллиғланиши. 3. Моноартрит. 4. Зарарланган бўғим устида гиперемия белгилари. 5. Оёқ бош бармоқ бўғимида шиш ва оғриқ. 6. Бош бармоқнинг бир томонлама зарарланиши. 7. Оёқ бўғимларининг бир томонлама зарарланиши. 8. Тофусга гумон. 9. Гиперурикемия. 10. Рентгенда бўғимдаги асимметрик шиш. 11. Рентгенографияда субкортикал эрозиясиз киста. 12. Синовиал суюқлик экмасида манфий натижа.

Қайд этилган “А” ёки “Б” мезондан биттаси ёки “В” бандда санаб ўтилган 12 белгидан 6 таси беморда аниқланса, подагра диагнози қўйилади.

ДИФФЕРЕНЦИАЛ ДИАГНОЗИ

- **Ревматоид артрит**, кўл ва оёқларнинг майда бўғимларини зарарлайдиган симметрик артрит. Ревматоидли артритга чалинган беморларнинг 20 % да тери ости ревматоид тугунлари кузатилади. Рентген текширувида юмшоқ тўқималарнинг шиши, бўғим оралиғининг торайиши, майда бўғимлар чеккасининг эрозияси ва аксарият шикастланган бўғимларнинг симметрик тортилиши аниқланади. Ревматоид артритдаги ўткир синовит айрим ҳолларда подаграни эслатади. Аммо кўп сонли бўғимларнинг зарарланиши ва жараёнга бармоқларнинг қўшилиши ревматоид артритдан гувоҳлик беради.
- **Септик артрит.** Ҳароратнинг кўтарилиши ва зарарланган бўғим пальпация қилинганда кучли оғриқнинг пайдо бўлиши. Септик артритли беморларнинг ярмида ревматоид артрит кузатилади. Аксарият ҳолларда (тери ва ўпкада) инфекция ўчоғи аниқланади. Ўзгарган бўғимларда бўғим сепсиси пайдо бўлиши

мумкин. Бўғимлар рентген қилинганда шиш, бўғим ёриқларининг торайиши аниқланади. Суяк тўқимаси ўзгаришининг олдини олиш учун септик артрит ташхиси тез ва аниқ қўйилиши лозим.

- **Целлюлит.** Эритема, ҳароратнинг кўтарилиши, бўғимларда шиш пайдо бўлиши ва пальпацияда оғриқнинг зўрайиши ҳамда фебрил иситма кузатилади. Касаллик периферик веналар етишмовчилигида, юмшоқ тўқималарнинг лимфатик дренажлаш оқибатидаги патологик ўзгаришлар, хирургик аралашувлар, микроблар таъсири натижасида юзага келиши мумкин. Рентгенда бўғимларда ўзгариш аниқланмайди ва юмшоқ тўқималарда шиш кузатилади. Стафилококк ёки стрептококк микробларидан келиб чиққан инфекциялар касалликлар. Бўғимларни текшириш мураккаб, қийин кечади. Агар ҳаракатдаги оғриқ бўғим касаллигига боғлиқ бўлса, синовиал суюқликни олиб ташлаш буюрилади.
- **Реактив артрит.** Олигоартрит яллиғланишдан бўлиб, кўпинча таянч бўғимлар зарарланади. Пайлар бириккан жойдаги яллиғланиш ҳам аҳамиятли. Оёқ ва қўл бармоқларида «сосискасимон» ўзгаришлар пайдо бўлиши мумкин. Бўғимдан ташқари белгиларида конъюнктивит, уретрит, стоматит, терининг псориаз шаклида зарарланиши кузатилади. Рентгенографияда юмшоқ тўқималарнинг шиши аниқланади. Суякнинг бирдан – бир ўзгариши эса дактилитдир. Артрит намоён бўлишидан 3 ҳафта олдин беморда микроорганизмлар (*Salmonella*, *Shigella*, *Yersinia*, *Campylobacter*, *Chlamidia*, *bacillus Calmette – Guerin* – БЦЖ) чақирган инфекциялар бўлганлиги аниқланади.
- **Синиш/травма.** Зарарланган суяк соҳаси пальпация қилинганда оғриқнинг кучайиши ва анамнезда шикастланиш мавжудлиги бўлса, жароҳатланиш кузатилиши мумкин. Рентгенограммада синиш белгилари аниқланади (бир неча проекцияларда рентгенография қилиш тавсия этилади).
- **Остеоартрит.** Ўткир яллиғланишнинг клиник белгилари бўлмайди. Жисмоний зўриққанда, бўғим белгиларининг зўрайиши кузатилади. Рентгенограммада бўғимлар оралиғи ёриғининг торайиб чекланиши, остеофитлар, субхондрал склероз кузатилади. Бармоқлардаги остеоартрит марказий эрозияланиш билан кечади. *Hallux valgus* (оёқ панжасида бош бармоқнинг ташқарига жиши, кўндаланг оёқ – кафт ясиғидаги деформация юзага келади), бу жуда кенг тарқалган бўлиб, бўғимларнинг шикастланишига олиб келади. Ёш ўтган сайин кристаллар тўпланиши билан кечадиган (гидроксиапатит ва дигидрат пирофосфат кальций) касалликлар сони ошиб боради.
- **Псориастик артрит.** Реактив артритдаги каби бўғимларнинг зарарланиши кузатилади. Бармоқлараро бўғимларнинг дистал қисмлари зарарланиши тирноқларнинг ўзгариши билан кечади. Рентгенда Рейтер синдромига ўхшаш, юмшоқ тўқималарнинг шиши аниқланади. Узоқ давом этган артритда бўғимлараро ёриқнинг торайиши, кафтнинг майда бўғимларида марказий эрозиялар кузатилиши мумкин. Суякда субхондрал склероз ва бошқа суяк репарацияси белгилари кузатилади. Псориаз билан касал бўлган беморларда

сийдик кислота даражасининг кўтарилиши терида пролифератив ўзгаришларга тенг бўлади.

- **Саркоидоз.** Болдир – товон бўғимларининг шикастланиши, баъзан тугунли эритема ёки тери ости тугунчалари хо бўлиши билан кузатилади. Рентгенограммада тери ости тугунчалари, юмшоқ тўқима шиши аниқланади. Саркоидозга ўпка зарарланиши, увеит, паротит характерлидир, лекин подаграга бу хос эмас.
- **Псевдоподагра.** Подаграга ўхшаш кўп қиррали белгилар, шунингдек, остеоартрит ва яллиғланишни ўз ичига олади. Рентгенологик жиҳатдан остеоартрит ёки ревматоид артритга ўхшашлиги бор, аммо суякда репарация белгилари мавжуд (остеофит ёки остеопениянинг йўқлиги). Тоғай кальцификацияси (айниқса тизза бўғими тоғай менискларининг фибрози, қов симфизи, гленоидал ва куймич лаблар ва кафт усти триангуляр тоғайи) кальций пирофосфат дегидрататининг йиғилиши патогномик ҳолатдир. Остеоартритнинг айрим ҳолларида (билак – кафт усти, тирсак, кафт – бармоқ фалангалари ёки елка бўғими) анамнезда жароҳат бўлмаса, кальций пирофосфат дегидратининг йиғилиши кузатилади. Рентгенограммада синовиал суюқликда кальций пирофосфат дегидрати кристалларини ва хондрокальциноз аниқланади (кўпроқ фиброз тоғайларида).

ДАВОЛАШ

Даволаш мақсади: Подагрининг клиник белгиларини камайтириш ва қон зардобидида сийдик кислота миқдорини тавсия қилинган даражагача пасайтириш (400 мкмол/л. дан кам).

ДАВОЛАШ ТАМОЙИЛЛАРИ

- Тез ва хавфсиз ўткир подагра артритини бартараф этиш.
- Артритлар қайталанишини ва асоратларнинг олдини олиш учун (тофус, буйрак зарарланиши, бўғимлар деструкцияси) подаграга қарши терапияни тўғри қўллаш тавсия қилинади.

ШИФОХОНАГА ЁТҚИЗИШГА КЎРСАТМАЛАР

- Септик артрит мавжудлигига шубҳа.
- Ўткир артрит амбулатор шароитда даволанганда муолажалар фойда бермаганда.
- Подаграга қарши терапия муолажаларини танлаш мақсадида.

ДОРИЛАРСИЗ ДАВОЛАШ

Умумий тавсиялар

- Тана вазнини бир маромда сақлаш, чунки унинг ошиши натижасида организмда метаболик жараёнлар бузилади. Аммо тана вазнининг тез камайиши ҳам қонда сийдик кислота миқдори кўпайишига олиб келади ва бу подагра хуружини келтириб чиқаради.
- Кундалик қабул қилинадиган суюқлик миқдорини бир маромда сақлаш (2 – 3 литр).
- Зарарланган бўғим (ўткир артритда) соҳасига муз қўйиш ва қўзғатмаслик.
- Қон зардобидида сийдик кислотасини оширадиган дори воситаларини тақиқлаш (биринчи ўринда диуретиклар).

Парҳез. Диетотерапиядан мақсад – пуриин кислотага бой бўлган озиқ – овқатларни тақиқлаш зарур, чунки бундай ҳолларда сийдик кислотаси ҳо бўлади.

- Ҳар қандай спиртли ичимликларни (айниқса пивони), ҳайвонлар паренхиматоз аъзоларини истеъмол қилишни (жигар, буйрак, тимус) *таъқиқлаш*.
- *Чегаралаш*: балиқ (икра, сельдь, сардиналар ва ҳоказо, лекин парҳез давомида йирик балиқлар истеъмол қилиш мумкин), қисқичбақасимонлар, гўшт (бузоқ, парранда, бульонлар), айрим сабзавотлар (нўхат, ловия, кўзиқорин, гулқарам, шпинат) чекланган миқдорда рухсат этилади.
- *Чекланмаган ҳолда истеъмол қилиш мумкин бўлган маҳсулотлар*: дон маҳсулотлари (бўтқалар, нон), сут маҳсулотлари (сут, қаймоқ, пишлоқ), барча мевалар ва мева шарбатлари, ёғлар (ёғ, маргарин, ошхона ёғи), кофе, чой, шоколад, кўп миқдорда сабзавот маҳсулотлари (картошка, салат, қарам, помидор, бодринг, қовоқ, пиёз, сабзи, лавлаги, редиска, селдр), қанд маҳсулотлари (тана вазнини оширади!), зираворлар.

ДОРИЛАР БИЛАН ДАВОЛАШ

Ўткир ва сурункали подагра артритини даволаш тамойиллари ҳар хил.

ЎТКИР ПОДАГРА АРТРИТИ УМУМИЙ ҚОИДАЛАР

- Ўткир подагра хуружини бартараф этиш учун 3 турдаги даво воситаси қўлланилади: ностероид яллиғланишга қарши дори воситалар, глюкокортикоидлар (маҳаллий ва умумий) ва колхицин.
- ДВ буюрилган бемор аҳволдан келиб чиққан ҳолда кўшилиб келадиган касалликлар бор – йўқлигини эътиборга олиб тавсия этилади, касалликнинг бошида даво муолажалари ўз самарасини беради.
- Муолажалар бўғимдаги яллиғланишни буткул бартараф этишга қаратилиши лозим.
- Ностероид яллиғланишга қарши дори воситалари биринчи қатордаги препаратлар ҳисобланади, селектив циклооксигеназа 2 ингибиторлари худди ностероид яллиғланишга қарши дори воситалари каби таъсирга эга. Подагрининг ўткир хуружини бартараф этиш учун қўлланилган ностероид яллиғланишга қарши дори воситаларининг ноҳўя таъсири бошқа касалликларни даволагандан кўра камроқ юзага чиқади.
- Глюкокортикоидлар таъсири ностероид яллиғланишга қарши дори воситаларидан ва колхициндан қолишмайди ва уларга монелик бўлганда қарияларда қўлланилиши мумкин.

Жадвалда ўткир подагра артритини даволашда қўлланиладиган дори воситалари кўрсатилган.

ДВ юборилиш йўли	Дозалари
ЯҚНДВ	
Индометацин Напроксен Ибупрофен Кетопрофен Кеторолак м/о Целекоксиб Мелоксикам Диклофенак Нимесулид	25 – 50 мг. дан кунига 4 марта 500 мг. дан кунига 2 – 3 марта 800 мг. дан кунига 3 – 4 марта 75 мг. дан кунига 4 марта 60 мг. 100 – 200 мг. дан кунига 2 марта 7,5 – 15 мг. дан кунига 1 марта 25 – 50 мг. дан кунига 4 марта 100 мг. дан 2 марта
Колхицин	
Оғиз орқали Вена ичига	0,5 – 0,6 мг. дан ҳар 1 – 2 соатда артрит хуружи бартараф бўлгунча, 6 мг суткасига ёки схема бўйича бир кун 3 мг. (1 мг. дан 3 маҳал овқатдан кейин). Иккинчи куни 2 мг. (1 мг. эрталаб ва кечқурун) 2 мг. 10 – 20 мл. физиологик эритма 3 – 5 минут давомида юборилади. Максимал дозаси 4 мг/кун.
Глюкокортикоидлар	
Перорал Мушак орасига Вена ичига Бўғим ичига	Оғиз орқали преднизолон 0,5 мг/кг. кунига дозаси камайтириб борилади Триамцинолон ацетонид 60 мг., зарур бўлса яна 24 соатдан кейин қайта қилинади. Метилпреднизолон 50 – 150 мг. Триамцинолон ацетонид йирик бўғимга 10 – 40 мг., майда бўғимга 5 – 20 мг.

ткир подагрик артрит хуружини бартараф этишда энг яхши усул.

- Колхицин ҳозир бошқа дори воситаларига қараганда кам қўлланилади, чунки таъсири секин ва асорати кўп. Ностероид яллиғланишга қарши дори воситаларининг фойдаси бўлмаганда ёки тайинлашга монелик бўлганда бу препарат буюрилади. Колхицин 0,5 мг кунига 2 марта тавсия этилади, унинг таъсири яхши, лекин узоқ муддат қўлланилиши нейромускул бузилишларига олиб келади.
- Ўткир хуруж пайтида сийдик кислотасини нормаллаштирувчи аллопуринол қўлланилмайди; бундан ташқари, биринчи марта тайинланганда у бўғим синдромини кўзғатади ва бўғимдаги яллиғланиш жараёнларини узайтиради.

СУРУНКАЛИ ПОДАГРА АРТРИТИ

Ўткир подагра артрити хуружлари (1 йилда 3 – 4 марта, тез – тез тарқаладиган ва сурункали подагра нефролитиаз билан бирга келганда сийдик кислотасини

нормаллаштиришга (0,36 ммоль/л.) қаратилган подаграга қарши даво чоралари буюрилади. Даво урикозурик ва аллопуринол (ксантиноксидаза ингибитори) препаратлари билан ўтказишга асосланган. Ушбу дорилар ўткир подагра артрити хуружлари тўлиқ боғандан сўнг ҳамда уни олдини олиш мақсадида хуруж тўхташининг биринчи ойларида унча катта бўлмаган дозадаги колхицин ва ЯҚНДВ билан биргаликда ишлатилади.

Гипоурикемик терапия. Антигиперурикемик терапия қондаги сийдик кислота миқдорини камайтиришга, хуружнинг олдини олишга, тофуснинг сўрилишига ва уролитиаз авж олмаслигига қаратилган.

- **Аллопуринол.** Кунда 50 – 100 мг. дан ҳар 2 – 3 ҳафта уратлар миқдори нормага келгунча (<355 мкмоль/л.) стандарт доза 200 – 300 мг/кун, зарурат бўлганида 600 мг/кун.
 - ◆ Аллопуринол тайинлаш учун мутлоқ кўрсатмалар ✦ ўткир подагра артритининг тез – тез хуружлари ✦ сурункали подагра артритининг клиник ва рентгенологик белгилари ✦ юмшоқ тўқималарда ва субхондрал суякда тофуслар хо бўлиши ✦ подагранинг буйрак етишмовчилиги билан бирга келиши ✦ нефролитиаз ✦ урат кислота даражасининг эркаларда 13 мг % дан кўпга, аёлларда 10 % дан кўпга ортиши ✦ урат кислота кунлик экскрецияси 1100 мг. дан юқори бўлганда ✦ лимфопрлифератив ўсмалар сабабли цитотоксик терапия ёки рентгенотерапия ўтказиш.
 - ◆ Аллопуринол кам дозада буюрилиши лозим, чунки сийдик кислотасининг тез камайиб кетиши ўткир подагра хуружига сабаб бўлади. Буйрак КФ <50 мл/мин. ва ўткир подагра хуружлари тез такрорланиб турадиган кекса беморларга аллопуринол кунда 100 мг. миқдоридан ошмаслиги керак. Биринчи 2 кунда аллопуринол билан даволанганда қондаги сийдик кислота миқдори пасаяди ва 1 – 2 ҳафта ўтгач нормага келади.
 - ◆ Юқори самара урат кислота кўп ишлаб чиқариладиган беморларда (кунига 4,76 ммоль) кузатилади.
- **Пробенцид.** Дастлабки дозаси кунига 2 марта 250 мг., зардобда уратлар даражаси нормага келгунча титрланади, йўл қўйиладиган дозаси кунига 3 г. Подагра артрити қайталанадиган, урат кислота экскрецияси кам (24 соатда <600 мг/уратлар) ва креатинин клиренси >40 мл/мин. бўлган беморларда фойдаланиш зарур; нефролитиазли пациентларга қўллаб бўлмайди; буйрак етишмовчилигида самараси йўқ; кунига камида 2 литр сув ичиш ва салицилатлар қабул қилмаслик керак.
- **Сульфипиразон.** Даволашни кунига 3 марта 50 мг. дозадан бошлаш, зардобда уратлар даражаси нормага келгунча титрлаш, стандарт дозаси кунда 300 – 400 мг., максимал дозаси суткасига 800 мг. Уратлар гипоекскрецияси бўлган антитромбоцитар терапия ўтказилишига муҳтож ва подагра артрити қайталанадиган беморларда фойдаланилади.

ЙЎЛДОШ КАСАЛЛИКЛАРНИ ДАВОЛАШ

- АГ, ЮИК, сурункали юрак етишмовчилиги ва бошқа касалликларда ДВ қўлланилаётганда метаболик ўзгаришлар бўлишини билиш зарур.

- Подагра касаллигида β – адреноблокаторлар тайинлашда дислипидемия, гиперурикемия ва гиперинсулинемия ривожланиши мумкинлигини назарда тутиш керак.
- Подагралли беморларга диуретикларни фақат ҳаётий кўрсатмаларга қараб тайинлаш лозим.

БЕМОРГА ЎРГАТИШ

Даво чораларининг самарадорлиги беморнинг касали тўғрисидаги маълумотига боғлиқ • Касаллик сурункали бўлиб, бўғимда, буйракда, юрак – қон томирларида турли оғир асоратлар бўлиши мумкинлигини билиши, ўткир ва сурункали подагралли даволаш турлича бўлиб, турлича ёндошиш кераклигини беморларга ўқитиш лозим • Даво натижалари мониторинги билан беморни таништириб бориш керак.

БЕМОРНИНГ КЕЙИНГИ ПАРВАРИШИ

- Доимо зардобдаги сийдик кислота миқдорини аниқлаш (даво бошланганда 2 ҳафтадан кейин, кейинчалик ҳар 6 ойда).
- Ўткир подагра артритида даво чоралари самарадорлигини баҳолаш, мабода самара бўлмаса даволаш ишларини қайта кўриб чиқиш керак.
- Бемор парҳезига эътиборни қаратиш лозим.
- Бўғим ўзгариши, невропатия, тофуслар мониторинги зарур.
- ДВ хавфсизлигини баҳолаш ва уларнинг ножўя таъсирини аниқлаш (терапия бошланганда 3 – 4 ҳафтадан кейин, сўнгра ҳар 3 ойда).

ПРОГНОЗИ

Подагра артритида прогноз умуман айтганда яхши, 20 – 50 % беморларда уролитиаз бўлиши мумкин. 18 – 25 % беморларда буйрак етишмовчилиги ўлимга сабабчи бўлади.

ОСТЕОАРТРОЗ

Остеоартроз – артрозлар гуруҳининг турли этиологияли биологик, морфологик ва клиник белгиларига ва унинг асосида бўғимларнинг турли хил яллиғланиши, асосан бўғим тоғайларининг юпқалашиб кетиши, толаларга ажралиши, бўғим бойламларининг ўзгариши, бир неча бўғимларнинг зарарланиши билан ўтадиган касалликларнинг гетероген гуруҳидир.

ХКК – 10: М15 – М19 Артрозлар.

ҚИСҚАРТМАСИ: ОА – остеоартроз.

Эпидемиологияси • Касаллик 100 минг аҳолидан 8,2 фоизида учрайди • Тарқалганлиги: ер шари аҳолисининг 20 фоизи • Бу касаллик ўлимга олиб келмайди • 40 – 60 ёшларда кўпроқ учрайди • Аёлларда кўпроқ остеоартрознинг тизза бўғимининг, эркакларда эса чанок – сон бўғимининг зарарланиши кузатилади.

ПРОФИЛАКТИКАСИ

Унинг профилактикасида бўғим тоғайига ҳаракатни камайтириш, тана оғирлигини нормада тутиб туриш (20 – 25 мг/м²).

- Тана оғирлигини 10 йил ичида 2 бирликка камайтириш, ОА ривожланиш хавфини 50 % га туширади.
- Оғир нарсаларни кўтармаслик, бўғимларда кучли ҳаракат килмаслик керак, чунки бу бўғим тоғайига кучли босим бериб, ОА хавфини 30 % кучайтиради (эркакларда).
- Тўрт шохли сон мушагини машқ қилиш натижасида аёлларнинг тизза соҳасида ОА нинг рентгенологик кўриниши ва клиник белгилари камаяди.
- Тизза ва сон соҳаси шикастланишидан эҳтиёт бўлиш керак. Бу асосан спортчиларга тегишли. Агар илгари оёқ шикастланган бўлса, нормал тана массасини сақлаб туриш ва тўрт шохли мушак машқ қилдирилиши зарур.

СКРИНИНГ

Остеоартрозда скрининг қўлланилмайди, чунки унинг рентгенологик кўриниши ёшга боғлиқ • асосан катта ёшдаги қарияларда 100 % кузатилиши мумкин. Айни вақтда қарияларда клиник кўринишлар бўлмайди • рентгенологик белгилар мавжуд, аммо клиник белгиларсиз кечадиган ОА да профилактик чоралар кўриш учун ишончли маълумот йўқ.

КЛАССИФИКАЦИЯСИ

КЛИНИК КЛАССИФИКАЦИЯСИ

Бирламчи (идиопатик) остеоартроз • Локал яллиғланганида 3 ёки кўп сонли бўғимлар, яъни кафт, товон, тизза, чанок – сон, умуртқа ва бошқа бўғимларнинг зарарланиши кузатилади • 3 ёки ундан кўпроқ, дистал ва проксимал фалангалараро ва йирик бўғимларнинг эрозив яллиғланиши аниқланади.

Иккиламчи остеоартроз • Посттравматик • Туғма, эндемик касалликлар (Пертес касаллиги, гипермобиллик синдроми) • Метаболик касалликлар: охроноз, гемохроматоз, Вильсон – Коновалов, Гоше касаллиги • Эндокринопатия касаллиги, ҚД, акромегалия, гиперпаратиреоз, гипотиреоз • Кальций моддасининг тўпланиши (кальций фосфат, кальций гидроксиапатит) • Невропатия (Шарко касаллиги) • Бошқа касалликлар: аваскуляр некроз, ревматоид артрит, Педжет касаллигида пайдо бўлади.

РЕНТГЕНОЛОГИК КЛАССИФИКАЦИЯСИ

Келлгрэн ва Лоуренс классификацияси остеоартрознинг рентгенологик даражасини аниқлашда ишлатилади.

0. Ўзгаришлар йўқ.

I. Рентгенологик белгиларнинг аниқ эмаслиги.

II. Минимал ўзгаришлар мавжудлиги (бўғим ёриғи торайганлиги, бирламчи остеофитлар).

III. Ўртача ўзгаришлар кузатилиши (бўғим ёриғининг кам торайганлиги, остеофитларнинг кўпайиши).

IV. Аниқ ўзгаришлар мавжудлиги (бўғим ёриғи умуман кўринмайди, дағал остеофитлар топилади).

ДИАГНОСТИКАСИ

Анамнез ва физикал текширув.

Экспертлар кониуми ОА даги бўғим синдромининг қуйидаги хусусиятларини ҳисобга олишни тавсия қилганлар:

- Чуқур жойлашган ўтмас оғриқ. Бўғим ҳаракат қилганда ўтмас ва чуқур жойлашган оғриқ пайдо бўлиши. Тинч ҳолатда оғриқ борлиги яллиғланишдан далолат беради.
- Эрталабки бўғимлар оғриғи 30 дақиқа мобайнида давом этади. Яллиғланишнинг кўшилиши эрталабки оғриқ кучайишига сабаб бўлади.
- Ҳаракатланганда крепитация эшитилади.
- Бўғимда оғриқ туфайли синовит ва ҳаракат чегараланган.
- Секин – аста тизза, билак, қўл, бармоқлараро фалангаларнинг дистал ва проксимал соҳасида бўғимларнинг деформацияси кузатилади.

ЛАБОРАТОР ТЕКШИРУВЛАР

Остеоартрознинг патогномик белгилари кузатилмайди. Шу сабабли қуйидаги мақсадларда лаборатория текшируви ўтказилади.

- дифференциал ташхис қўйиш учун, ОА да қон умумий таҳлилида ўзгариш ва ревматоид омил топилмайди ҳамда сийдик кислотаси миқдори ўзгармайди.
- даволаш олдидан қон ва сийдик таркиби ва креатинин, трансaminaзалар миқдорини аниқлашдан мақсад, учрайдиган салбий омилларни бартараф этишдир.

Синовиал суюқликни текшириш фақат синовит касаллигига шубҳа бўлганда дифференциал ташхис қўйиш учун амалга оширилади. Остеоартрозда синовиал суюқлигида яллиғланиш белгилари топилмайди, у тиник, чўзилувчан бўлиб лейкоцитлар миқдори 2000 мм³ дан кам бўлади.

ИНСТРУМЕНТАЛ ТЕКШИРУВЛАР

Рентгенологик текширувда бўғим ёриғининг торайганлиги, остеосклероз, чекка остеофитлар кузатилиши мумкин. Остеоартрознинг клиник ташхисини қўйиш учун фақат рентгенологик текширувдаги ўзгаришлар етарли эмас.

ДИАГНОСТИК МЕЗОНЛАР

Остеоартрознинг диагностика мезонлари.

Клиник мезонлар

- Тизза бўғими остеоартрозида (сезувчанлиги 89 %, спецификлик 88 %) 38 ёшдан ошган шахсларда оғриқ, крепитация, эрталабки ҳаракатнинг чекланиши (30 дақиқа мобайнида) ёки оғриқ + эрталабки ҳаракатнинг чекланиши + бўғим ҳажмининг шиши ёки оғриқ + бўғим ҳажмининг шиши кузатилиши мумкин.
- Бармоқлар остеоартрозида (сезгирлиги 92 %, спецификлиги 98 %) ♦ Оғриқ ва бармоқларда ҳаракатнинг сустлиги, икки ёки ундан кўпроқ сонли бўғимларнинг шиши (улар 2 ёки 3 – суяк охиригининг ўнг ва чап бармоқ бўғим фалангаларининг, 2-3 – суяк охиригининг проксимал ўнг ва чап қўл бармоқлари бўғимлари) + товон панжа фалангалари 3 ёки ундан кўпроқ сонли бўғимларининг шиши + қўл бармоқ бўғимлари дистал қисми ҳажмининг шиши ♦ Оғриқ ва қўл бармоқлари ҳаракатининг сусайиши + 2 ёки 3 дан ортик бўғимларнинг шиши + 3 ёки ундан кўпроқ товон – панжа фалангалари бўғимларининг шиши + 2 ёки ундан кўпроқ қўл бармоқлари фалангалари

орасидаги бўғимлар ҳажмининг шиши + 2 ёки ундан ортиқ қўл бўғимларининг деформацияси кузатилиши мумкин.

Клиник, лаборатор ва рентгенологик текширув мезонлари

- ОА тизза бўғимларида (сезгирлиги 94 %, спецификлиги 88 %) ♦ Оғриқ + остеофитлар мавжудлиги ёки ♦ Оғриқ + синовиал суюқлик борлиги. ОА да эрталаб + бўғимларда ҳаракатнинг чекланганлиги 30 дақиқа мобайнида + крепитация ёки ♦ Оғриқ + 40 ёшдан ошган шахсларда + эрталаб бўғим ҳаракатининг чекланганлиги 30 дақиқа мобайнида + крепитация кузатилиши мумкин.
- ОА болдир – сон бўғимларида (сезгирлиги 91 %, спецификлиги 89 %) ♦ Оғриқ + остеофитлар ёки ♦ Оғриқ + ЭЧТ <20 мм/соат + бўғим ёриқларининг торайиши кузатилади.

ДИФФЕРЕНЦИАЛ ДИАГНОСТИКАСИ

Касалликка ташхис қўйилганда диагностик мезонлар эътиборга олинганда ҳеч қандай қийинчилик бўлмайди, унинг барча клиник белгиларини, иккиламчи остеоартроз келиб чиқиши мумкинлигини таҳлил қилиб бориш зарур.

ДАВОЛАШ

ДАВОЛАШДАН МАҚСАД

- Оғриқни бартараф этиш.
- Бўғим тоғайи емирилишининг олдини олиш.
- Таянч – ҳаракат тизими функциясини тиклашдан иборат.

Шифохонага ётқизишга кўрсатмалар. Даволашга ётқизишдан аввал ОА ни амбулатор шароитида даволаш керак. Хирургик аралашув ёки оғриқнинг зўрайиши бундан мустасно.

ДОРИЛАРСИЗ ДАВОЛАШ

Режим ва жисмоний фаоллик. ОА билан касалланган беморларнинг жисмоний машқларни бажариши билан оғриқни қолдиришга, бўғимларда ҳаракат активлигини оширишга ёрдам беради. Жисмоний машқлар юрак – томир системаси касалликларининг ҳам олдини олади. Велосипедда юриш, сувда сузиш, сайр қилиш ҳам фойдали. Югуриш ва зинага чиқиш мумкин эмас. ОА нинг тизза бўғимлари касалликларида тўрт шохли болдир мушаклари учун машқлар тавсия этилади, чунки бу ўз навбатида оғриқнинг боишига олиб келади. Жисмоний машқларни изометрик машқлардан бошлаб, уларга қаршилик қилувчи машқлар билан яқунлаш лозим. Беморнинг шахсий имкониятларига қараб, жисмоний дастур тузиш керак.

Парҳез. Тана вазнини камайтириш учун ОА ни бирламчи профилактикасида алоҳида текширувлар ўтказилмаган. Бунда ОА да беморлар ўз истакларига кўра бўғимларини механик жиҳатдан авайлашлари ва юрак – томир системаси патологиясини профилактика қилишлари керак.

Махсус мосламаларни қўллаш. Махсус мосламаларни қўллашда тизза соҳасини ушлаб турувчи боғлам, товон бўғимларига оғирлик туширмаслик учун оёқ кийим ичига ортопедик таглик қўйиб юриш керак. Бундай усуллар оғриқни камайтириб, бўғим функциясини тиклайди. 1 – кафт бўғимига шина қўйиш қўл бармоқлари функциясини оширади.

Физиотерапия. Касал бўғимларга муз ёки иссиқлик билан таъсир қилиш оғриқ камайишига олиб келади. ОА да ультратовуш терапияси қўлланилса, ўртача оғриқсизлантирувчи таъсир этади. Тери устидан нервлар электр стимуляция қилинганда узоқ давом этмайдиган оғриқсизлантириш таъсири кузатилади. Рефлексотерапия билан даволашни беморлар асосан ноанъанавий усулда даволанганда қўллаш мумкин.

ДОРИЛАР БИЛАН ДАВОЛАШ

Тез таъсир этувчи симптоматик дори воситалари

- Парацетамол ОА яллиғланиш белгилари бўлмаганда оғриқни енгиллаштириш мақсадида тавсия этилади. Унинг дозаси индивидуал танланади, лекин кунига 2,6 г. дан кўп бўлмаслиги керак. Чунки юқори доза меъда – ичак йўлида асоратлар ривожланишига сабаб бўлиши мумкин. Бу танланган доза миқдори билан 2 йил давомида ОА ни даволаш хавфсиз эканлиги исботланган.
- Агар ОА да парацетамол қўллаш самара бермаса ва яллиғланиш белгилари бўлса, ЯҚНДВ тавсия этилади.
 - ◆ Юзлаб клиник синовлар ўтказилган, лекин бир ЯҚНДВ нинг оғриқсизлантирувчи хусусиятининг иккинчисидан устунлиги ҳақида маълумот олинмаган. Шунинг учун ЯҚНДВ ни танлаш уларнинг зарарсизлиги ва нарҳи билан белгиланади. Масалан, индометациннинг клиник – фармакологик таъсирида бўғим тоғайларининг метаболизмига салбий таъсир кўрсатишини назарда тутиш лозим.
 - ◆ Меъда – ичак йўли асоратлари – асосан ЯҚНДВ дори воситаларининг ноўя таъсири натижасида пайдо бўлади. Меъда – ичак ярасидан қон кетиши кам ҳолларда селектив ингибиторлар таъсирида ҳам юзага келиши мумкин. Улар қуйидаги хавфли омиллар мавжуд бўлганда буюрилади: ёши 65 ёшдан катта беморларга, анамнезида ошқозон – ичак яраси ёки меъда – ичакдан қон кетиш, бир вақтда ГКС ва антикоагулянтлар қабул қилиш.
 - ◆ Шуни таъкидлаш лозимки, носелектив ЯҚНДВ ни синтетик простагландин мизопростом билан биргаликда кунда 200 – 800 мг. дан қўллаш меъда – ичак системасининг ҳимоясидан қатъи назар даволаниш жуда қимматга тушиб кетади.
 - ◆ Артритдан фарқли равишда ЯҚНДВ ОА да фақатгина оғриқ кучайганида қўлланилади. Унинг дозаси ОА да артритдагидан кам
 - ◆ Носелектив ингибиторлар: ибупрофен кунда 400 – 600 мг. 3 маҳал, кетопрофен кунда 100 мг., диклофенак кунда 50 мг. дан 2 маҳал, набуметон кунда 1000 – 1500 мг. дан бир маҳал, лорноксикам кунда 12 – 16 мг.
 - ◆ Селектив ингибиторлар: мелоксикам кунда 7.5 мг., нимесулид кунда 100 мг. дан 2 маҳал, целекоксиб кунда 100 мг. дан 2 маҳал буюрилади.
- Опиоид каторидаги марказий таъсир этувчи оғриқни қолдирувчи ДВ лар парацетамол ёки ЯҚНДВ таъсири бўлмаганда қисқа муддатга кучли оғриқни қолдириш учун қўлланилади. ОА да кенг қўлланиладиган кучсиз таъсирга эга бўлган опиатга трамадол киради. Трамадол биринчи куни 50 мг. дан берилиб, кейинчалик дозаси секин – аста 200 – 300 мг. гача кўпайтирилади.

Секин таъсир этувчи симптоматик ДВ

Уларнинг таркиби бўғим тоғайининг табиий компонентларидан иборат. ОА да бу препаратлар оғриқни босувчи таъсир қилади. Уларнинг фойдали таъсири тўхтатилгандан кейин ҳам давом этади. Беморлар бу дори таъсирини яхши қабул қилади, лекин ундан узоқ ва давомли фойдаланиш ҳамон мунозарали ҳисобланади.

- Хондроитин – кунда 750 мг. дан 2 маҳал 3 ҳафта мобайнида, кейинчалик эса кунда 500 мг. дан 2 маҳал, даволаниш курси 6 ой.
- Глюкозамин – кунда 1500 мг. дан 4 – 12 ҳафта мобайнида, йил давомида унинг даволаш курсини 2 марта такрорлаш керак.
- Гиалуронат унумлари – бўғим ораллиғига юборишда ишлатилади. У асосан оғриқни босувчи ва ОА ни функциясини тиклашга қаратилган.

Колхицин. Бу дори асосан кўп сонли бўғимлар яллиғланганда, оғриқ кучайганда кунда 1 мг. дан буюрилади. ОА нинг синовиал суюқлигида кристаллсифат кальций пирофосфатни аниқлашда ишлатилади. Шу тариха колхицин нейтрофилларнинг кристаллар орқали дегрануляциясини камайтиради ва кунда 1 мг. дан буюрилади.

Гидроксихлорохин. ОА нинг яллиғланиш ва эрозияларида кунда 200 мг. дан қўлланилади. Ҳозирги вақтда бу препарат таъсирини назорат қилувчи текшириш усуллари йўқ.

ГКС ни бўғим бўшлиғига юбориш. ОА да яллиғланиш белгилари бўлганда қўллаш мумкин. Факат тизза бўғимига юборилади. Бу дорининг таъсири 1 ҳафтадан 1 ойгача давом этади. Триамцинолон (20 – 40 мг.), метилпреднизолон (20 – 40 мг.), бетаметазон (2 – 4 мг.) препаратларини қўллаш мумкин. Уларни юборишни йилига 2 – 3 мартадан оширмаслик керак. Тез – тез буюриш натижасида бўғим тоғайида емирилиш кучаяди.

ХИРУРГИК ДАВО

- Бўғимларда кучли оғриқ бўлиши, терапевтик даво кор қилмаслиги, бўғимлар функциясининг жиддий бузилиш ҳолларида бўғимларни эндопротез қилиш мумкин. Бу протезни бўғимларда деформация, контрактуранинг ўзгариши ва мушаклар атрофиясидан аввал қилиш керак бўлади.
 - ◆ Тос – сон бўғимлари эндопротез қилинганда оғриқ боади, ҳаракат функцияси тикланади ва беморнинг ҳаётга қизиқиши ошади. Инфекцион касалликлар асорати оқибатида қайта операция қилиш йилига 0,2 – 2 % ни ташкил қилади. Операция 45 – 75 ёш атрофидаги шахсларда яхши натижа беради. Айрим ҳолларда ёши ўтган қарияларда ҳам бу операция яхши натижа берган, лекин бундай беморларни узоқ муддат давомида касалхонада ётиши, даволанишнинг қимматга тушиб кетишига олиб келиши мумкин.
 - ◆ Кўп сонли тизза бўғимларини протез қилиш оғриқнинг боишига ва унинг ҳаракат функциясини тиклашга олиб келади. Текширувларнинг қарама – қарши натижалари туфайли тана массасининг ошиб кетиши бундай операцияга тўсқинлик қилиши аниқланмаган.
- Артроскопик муолажалар
 - ◆ Тизза бўғимларини лаваж қилиш артроскопияда бажарилади, детрит ва қон қуйқасини олиб ташлаш оғриқсизлантиришга олиб келади. Бу ўрта ҳисобда 3 ой давом этади. Лаважнинг синовиал суюқлигида пирофосфат кальций кристалларини аниқлаш яхши натижа беради. ОА да тизза бўғими соҳасини

лаваж қилишни консерватив ва бўғим оралиғига суюқлик юбориб қўллаш мумкин. Бироқ “сохта артроскопия” нинг мусбат самараси ҳақида маълумотлар бор (тешиш + муолажа йўқлиги, яъни плацебо эффеќтини яратиш), бу ОА ни даволашда лаваж ўрнини аниқлаб олиш кераклигини кўрсатади.

- ◆ Артроскопияда “бўғим сичқони” ни олиб ташлаш бўғим харакатининг тикланишига олиб келади.
- Остеотомия – ОА ни жарроҳлик билан даволашнинг янги тури. Сон суягининг юқори остеотомиясини тизза бўғимини эндопротезлаш билан солиштиришда клиник тажрибаларнинг якка ҳолдаги натижалари мавжуд. Улардан бири оғриқни даволашда ва бўғим фаолиятини тиклашда остеотомиянинг қулайликлари ҳақида гувоҳлик беради. Бошқа текширувда эса юқорида айтилган ОА ни даволаш турлари орасида клиник натижа бўйича фарқ деярли аниқланмаган. Шундай қилиб, ОА ни даволашда остеотомиянинг ўрнини аниқлаш давом эттириляпти.

БЕМОРНИ ЎРГАТИШ

Беморлар учун ўргатиш дастурини қўллаш даволанишда юқори натижа беради. ОА ли беморларга нотиббий персоналнинг мунтазам қўнғироқлари, шунингдек уларнинг ўзини ёки оила аъзоларини кундалик машқларга ўргатиш оғриқ симптомини бирмунча камайтириш ва бўғимлар фаолиятини яхшилаши мумкин деган фикрлар бўлса ҳам, аммо бу қўшимча текширувлар талаб қилади.

КЕЙИНГИ КУЗАТИШ

Узоқ кузатув даврда қуйидагилар бажарилади ● зарарланган бўғимлар сони ва динамикасини баҳолаш ● оғриқнинг интенсивлигини баҳолаш ● бўғимлар фаолиятини, уй ва касб вазифаларини бажариш имконияти, даво воситаларининг қўшимча таъсирини баҳолаш ● лозим топилганда даво воситаларини коррекция қилиш ● дори воситасини бекор қилиш ёки алмаштириш ● беморларнинг берилган тавсияларга тўғри риоя қилишлари, шунингдек парҳез ва режимга нечоғлик амал қилишларини кузатиб бориш.

ПРОГНОЗИ

Ҳаёт кечиришга нисбатан – таҳдид солмайди, шунга қарамай ОА кўп мамлакатларда ногиронликка олиб келувчи сабаблар ичида олдинги ўринлардан бирида туради. Бу касалликнинг ижтимоий аҳамиятини белгилайди. ОА сабабли операциялардан сўнг ўлим 1 % ни ташкил этади.

СПОНДИЛОАРТРОПАТИЯЛАР

Спондилоартропатиялар – бириктирувчи тўқиманинг яллиғланиш касаллиги бўлиб, ирсий мойиллиги бўлган шахсларда ривожланади ҳамда умуртқа – чаноқ ва периферик бўғимлар камроқ бошқа аъзолар ва системалар (кўз, тери) зарарланиши билан кечади. Спондилоартропатия – ўз ичига алкоголизм, анкилозловчи спондилит, псориастик артрит, реактив артритлар (жумладан Райтер синдроми),

энтеропатик артритлар (носпецифик ярали колит, Крон касаллиги, Уиппл касаллиги) ва дифференциялашмаган спондилоартропатияларни олади.

ХКК-10: • **M02.0** Ичак шунти билан ўтадиган артропатия • **M02.3** Рейтер касаллиги • **M02.8** Бошқа реактив артропатиялар • **M07*** Псориатик ва энтеропатик артропатия • **M08.1** Ўсмирлар анкилозловчи спондилити • **M09*** Бошқа манбаларда тасниф қилинадиган касалликлардаги ўсмирлар (ювенил) артрити • **M45** Анкилозловчи спондилит

Эпидемиологияси. Спондилоартропатиянинг тарқалиши 1000 аҳолига 5 – 12 кишига тўғри келади.

ДИАГНОСТИК МЕЗОНЛАРИ

Спондилоартропатияни ўрганиш бўйича Европа гуруҳи таклиф этган классификацияси учун дастлабки мезонлар.

- Бел соҳасида яллиғланиш характеридаги оғриқ – белдаги оғриқлар (текшириш вақтида ёки анамнезда), характери қуйида кўрсатилган бештадан тўртта белгига мос келса ♦ 45 ёшгача пайдо бўлади ♦ Аста – секин кучаяди ♦ Жисмоний зўриқишдан сўнг камаяди ♦ Эрталабки ҳаракатнинг чекланиши ♦ 3 ойдан кам давом этмайди.
- Синовит – асимметрик ёки оёқ бўғимларини шикастловчи артрит (текшириш вақтида ёки анамнезда).
- Оилавий анамнез – оила аъзоларида биринчи ёки иккинчи даражадаги қариндошларда қуйидаги белгилар топилади ♦ шакл бузувчи спондилит ♦ псориаз ♦ ўткир увеит ♦ реактив артрит ♦ ичакнинг яллиғланиш касаллиги.
- Псориаз, врач ташхис қўйганидан сўнг (текширув вақтида ёки анамнезда).
- Ичак яллиғланиши касалликлари – Крон касаллиги ёки носпецифик ярали колит врач кўригидан ва рентгенологик текширув ёки колоноскопия текширувидан сўнг (текширув вақтида ёки анамнезда).
- Думғазадаги оғриқ – ўнг ва чап думба оралиғида оғриқ (текширув вақтида ёки анамнезда).
- Энтезопатиялар – пальпация қилинган вақтда ахилл пайи ёки товон фасциясида спонган оғриқлар
- Ўткир диарея – артрит бошланишидан бир ой олдин диарея эпизодлари.
- Уретрит – артрит ривожланишидан бир ой олдин гонококксиз уретрит ёки цервицит.
- Сакроилеит – икки томонлама (II – IV босқичлари) ёки бир томонлама (III – IV босқичлари). Сакроилеит босқичи рентгенологик ўзгаришларга қараб аниқланади • 0 – нормал рентгенологик кўриниш • I – сакроилеит бўлиши мумкин • II – кам ўзгаришлар: бўғим ёриқларининг сохта кенгайиши эрозиялар билан ёки субхондрал остеосклероз • III – ўртача ўзгаришлар: эрозия, склероз, бўғим ёриқларининг бир хил бўлмаган кенгайиши ёки торайиши, қисман анкилоз • IV – ёнбош – думғаза бўғимлари анкилози.

Спондилоартропатия диагнози бирламчи ва иккиламчи мезонлар аниқланиб, камида битта қўшимча мезон қўшилганда қўйилади (сезувчанлик ва спецификлик - 87%).

ҚУЛОҚ ОҒИРЛИГИ

НЕЙРОСЕНСОР ҚУЛОҚ ОҒИРЛИГИ

Нейросенсор кулоқ оғирлиги (НҚ) – бу нутқни англаш сақлангани ҳолда эшитиш қобилиятининг пасайиши, бунда товуш қабул қилиш аппарати ёки эшитув анализатори марказининг шикастланиши кузатилади. Кохлеар неврит – бу клиник жиҳатдан кулоқда субъектив шовқин ва нейросенсор кулоқ оғирлиги билан ифодаланувчи эшитув анализаторининг касаллиги. VIII бош мия нерв илдизининг патологик жараёнга жалб этилиши эшитув ҳамда вестибуляр бузилишларга (бош айланишлари ва мувозанат бузилишлари) олиб келади • Эшитув анализатори ҳар қандай бўлимининг шикастланиш оқибати бўлиши; спирал аъзонинг нейросенсор эпителий ҳужайраларидан тортиб то пўстлоқ ва пўстлоқ ости эшитув марказигача ўтиши. Аммо нейросенсор кулоқ оғирлиги кўпроқ рецепторлар ва даҳлиз – чиғанок нерви илдизининг патологияси билан боғлиқ бўлади • Бир томонлама кулоқ оғирлигининг асосан периферик келиб чиқиши билан ифодаланади.

Учраши • Ер юзи аҳолисининг 1 – 6 % эшитиш пасайишидан жабрланган ва бу мулоқот қилишда қийинчиликларга сабаб бўлади • Нейросенсор кулоқ оғирлиги кондуктив кулоқ оғирлигидан кўра кўпроқ учрайди. Бу эса 24 % нейросенсор кулоқ оғирлиги ва 74 % кондуктив кулоқ оғирлигига тенг • Нейросенсор кулоқ оғирлиги билан касал бўлган беморлар сонининг борган сари кўпайиши аниқланмоқда • Ўткир нейросенсор кулоқ оғирлиги кўпроқ ёш эркекларда (21 – 38 ёш) пайдо бўлади • 70 – 90,4 % нейросенсор кулоқ оғирлиги билан касал бўлган беморлар кулоқдаги шовқиндан шикоят қиладилар.

Классификацияси • Ўткир (тўсатдан карлик) нейросенсор кулоқ оғирлиги ва сурункали нейросенсор кулоқ оғирлиги • Кечиши бўйича – қайтар, барқарор ва авж оладиган нейросенсор кулоқ оғирлигига бўлинади • Эшитишнинг бузилиш даражасига кўра ✦ I даража (енгил) – ўртача эшитиш йўқотиш тони 500, 1 000, 2 000, 4 000 Гц. бўлиб, 50 дБ дан ошмайди, сўзлашув нутқи 6 – 4 метр масофадан қабул қилинади ✦ II даражали (ўрта) – эшитиш қобилиятининг пасайиши 1 м. дан 4 метргача бўлади ✦ III даражали (оғир) – эшитиш қобилиятининг пасайиши 70 дБ. дан ошади, товуш қабул қилиниши 1 м. дан 0,25 м. гача бўлади ✦ Эшитиш қобилиятининг пасайиши 80 дБ. ортиқ ва товуш қабул қилиш масофаси 0,25 м. дан кам бўлса, карлик дейилади • Келиб чиқишига кўра ✦ 70 – 80 % орттирилган туғма нуқсон натижасида (мияда қон айланиши бузилиши ва асфиксия), чақалоқларнинг гемолитик касаллигида учрайди ✦ 20 – 30 % туғма ✦ Генетик ирсий аутосом – рецессив ёки аутосом – доминант тури орқали ўтган [X – илинган (1 тип) кулоқ оғирлиги, кучаювчи (Мор – Транбьёрг синдроми), DFNI, DDP, MTS, 304700, Xq22] нейросенсор кулоқ оғирлиги билан ифодаланади • 1, DFNA1, LFHL1, 124900 (Кёнигсмарк синдроми) 5q31 – q33; • 11 (нейросенсор), 601317, MYO7A, USH1B, DFNB2, DFNA11, 276903(миозин VIIA, 11q13.5) ✦ Ҳомиладорлик даврида аёл инфекциясига касаллик билан оғриганда (қизамиқ, қизилча, грипп, токсоплазмоз) келиб чиқади.

Этиологияси • 30 % – бу инфекциян касалликлар: вирусли – грипп, эпидемик паротит, қизамиқ, қизилча, герпес; бактериал – менингококкли менингит, захм, тиф • 2 % дан ортиқ захарланиш натижасида ✦ Ототоксик дори воситалари – аминогликозидли антибиотиклар (стрептомицин, мономицин, канамицин, неомицин, гентамицин, тобрамицин, амикацин), цитостатиклар (циклофосфамид, цисплатин ва бошқалар), антиаритмик препаратлар (хинидин ва бошқалар), қовузлоқли диуретиклар (фуросемид) ✦ Маиший (алкогол, никотин) ва саноат (бензин, водород сульфид, анилин, фтор, симоб ва бошқалар) захарли моддалар таъсирида • Жароҳат омили ✦ Калла суяги асосининг синиши билан чакка суяги пирамидасининг дарз кетиши натижасида келиб чиққан механик жароҳат кўпроқ VIII бош мия эшитув нерви илдизининг шикастланишига олиб келади ✦ Баротравма (ўрта кулоқда босим 400 мм сув устунидан ошиб кетса) иккиламчи ноғора парданинг йиртилишига, узангича синишига, даҳлиз парданинг йиртилишига сабаб бўлади ✦ Акустик ва вибрацион жароҳатларнинг йўл қўйиш мумкин бўлган даража чегараси чиғанокдаги рецептор зарарланишига сабаб бўлади. Булар 2,5 баробар кўпроқ бехосият яқунларга олиб келади. 160 дБ. дан кўп тезликдаги импульс шовқин одатда нейросенсор кулоқ оғирлигига олиб келади • Томир – реологик бузилишлар: йирик артериялар тонуси (ички уйку, умуртқа артерияси) тўғри ёки симпатик нерв толаларининг учлари таъсири натижасида ўзгаришларга ҳамда вертебробазилар ҳавзасида қон айланиши бузилиши, умуртқа артерияларининг ўзгариши – буларнинг ҳаммаси спирал артерияларда қон айланиши бузилиши сабабчисидир • Ёшга нисбатан эшитув анализаторида ўзгаришлар (пресбиакузия) • VIII бош мия нервининг невриноماسи • Педжет касаллиги • Ёйсимон хужайрали анемия • Гипопаратиреоз • Аллергия • Радиактив моддалардан маҳаллий ва умумий нурланиш • Метеорологик омил: об – ҳаво шароити билан боғлиқ тўсатдан бошланган нейросенсор кулоқ оғирлиги, электромагнит тўлқинларнинг атмосфера спектрининг тебранишлари, паст босимли илиқ циклон жараёни ўтиши. Тўсатдан нейросенсор кулоқ оғирлиги кўпроқ ҳар мавсумнинг иккинчи ойида (январ, апрел, июл, октябр) бошланиши билан боғлиқлиги аниқланган.

Хавфли омиллар • Болаларда ✦ Оила аъзоларида келиб чиқиши номаълум бўлган нейросенсор кулоқ оғирлиги ✦ Қариндошлараро оила қуриш ✦ Кўп абортлар ✦ Ҳомиладор аёл биринчи 3 ойлик даврида ўтказган қизамиқ, грипп ✦ Ҳомиладорлик даврида спиртли ичимликлар ичиш ва чекиш ✦ Плацента патологияси ✦ Оғирлиги 2500 г дан кам туғилган чақалоқ ✦ Чақалоқда оғир кечган сариқ касаллиги.

• Катталарда ✦ Семириб кетишлар ✦ Гиперхолестеринемия ✦ Анемия ✦ Артериал гипертензия ✦ Шахсининг психологик ҳолатига боғлиқ бўлган стресс шароитларга мослашиш хусусиятининг пасайиши.

Патогенези. Сезувчан хужайралар ва бошқа нерв элементларининг ишемияси ва озикланиши бузилиши, дегенерация, микроциркуляциянинг бузилиши ва капилляр стаз.

Клиник манзараси • Эшитиш пасайиши • Қулоқларда субъектив шовқин • Вестибуляр неврит аломатлари (ҳар доим эмас) ✦ Номаълум характерли бош айланиши ✦ Юрганда ва тик турганда беқарорлик.

Диагностикаси • Эшитув ва вестибуляр анализаторни функционал текшириш ✦ Акуметрия (шивирлаш усули билан эшитиш қобилиятини текшириш) – бунда гапириш ва шивирлаш орасида катта фарқ сезилади ✦ Камертонли текшириш усули – Швабах тажрибасида жаранглаётган C_{128} камертон товушини қабул қилиш қисқаради, Ринне ва Федеричи тажрибалари мусбат натижа беради, Вебер тажрибасида C_{128} камертон товуши яхшироқ эшитадиган ёки соғлом кулоқ томонга жийди • Аудиологик усуллар ✦ Тонал бўсаға аудиометрияси – бунда асосан баланд тонларнинг қабул қилиниши ёмонлашиши сабабли суяк – ҳаво оралиғи йўқлиги, тебраниш максимал пасайганда эгри чизиклар узилиб – эгри чизиклар шакли пастга тушган ҳолда кўринади ✦ Бўсаға усти аудиометрияси – баланд товуш тезлигининг кўтарилиш феномени мусбат натижа беради • УТТ да ✦ Ультратовуш қабул қилиш даражаси 2 – 3 маротаба ва бундан кўпроққа кўтарилади ✦ Ультратовуш яхши эшитадиган ёки соғлом кулоқ томонга жийди • Объектив аудиометрия (катталарда бу кўшимча текшириш усули) • Ўрта кулоқнинг акустик импедансини ўлчаш • Электрокохлеография • Пўстлоқ ва ўзак хужайралар потенциалини қайд қилиш • Болаларда эшитишнинг чақирилган потенциалини қайд қилиш – бу асосий усул бўлиб, эшитув нуқсонини аниқлашга имкон беради.

Отоскопияда одатда патологик ўзгаришлар топилмайди.

Дифференциал ташхиси • Меньер касаллиги • Отосклероз (кохлеар шакли) • VIII жуфт бош мия нерви невриноماسи.

ДАВОЛАШ

Даволаш тактикаси • Нейросенсор кулоқ оғирлиги терапияси тез ёрдам сифатида ўтказилади (иложи бўлса ихтисослашган шифохоналарда) ✦ Этиологик омилни бартараф этиш ✦ Даволашни иложи борича эрта бошлаш ✦ Албатта этиотроп ва патогенетик терапияни олиб бориш • Нейросенсор кулоқ оғирлиги тинчланган пайтларда йилига 1 – 2 марта даволаниб туриш ✦ В гуруҳидаги витаминлар ✦ Биостимулятор дори воситалари ✦ Антихолин эстераз моддалар тайинланади ✦ Сурдологда машғулотлар ўтказилади ✦ Физioterapia: эндоаурал ёки сўрғичсимон ўсиққа 1 – 5 % неостигмин метилсульфат эритмаси, 1 – 5 % калий йод, 1 % никотин кислота эритмасини электрофорез йўли билан юбориш, лой аппликациялари, бальнеотерапия (айникса радиотерапия) ✦ Акупунктура сифатида игна рефлексотерапияси, электроakupunktura, магнитопунктура, фармакопунктура • Агар кулоқ икки томонлама оғирлашса, бир қулоғи қар иккинчиси эшитмаса, бунда кулоққа протез қўйилади • Эшитишни тиклаш учун ҳозирги вақтда электр ток билан чиғаноқ фаоллаштирилади, бундай усул электродли кулоқ протези ёки кохлеар имплантация дейилади.

КОНСЕРВАТИВ ДАВОЛАШ

- Токсик нейросенсор кулоқ оғирлигида этиотроп моддалар ва антидотлар: натрий димеракоптопропансульфонат (20 кун давомида 5 % ли эритмани 5 мл. дан мушак орасига) ва натрий тиосульфат (10 кун 30 % ли эритмани 5 – 10 мл. томир орасига) ҳамда тўқима нафасини фаоллаштирувчи дори моддаси кальций

пантотенат (сутка давомида 1 – 2 маҳал 20 % ли эритмани 1 – 2 мл. дан тери орасига, мушак орасига, томир орасига) юборилади.

- Ички кулоқни кислород билан таъминланишни яхшилаш ✦ Гипербарик оксигенация (45 – 60 мин. 10 сеанс) ✦ Нормобарик ингаляция CO₂ ва карбоген билан.
- Қулоқ лабиринтида микроциркуляцияни яхшилаш ✦ Антикоагулянт терапия 15 – 20 минг ТБ гепаринни томир орасига ёки мушак орасига кунда 4 марта ✦ Пентоксифиллин кунда 0,1 – 0,3 г. паст молекуляр декстранлар билан томчилаб ✦ Пирацетам 20 % ли 0,9 % натрий хлорид эритмасида ҳар куни томчилаб (3 – 5 инъекция) ✦ Трифосаденин, кокарбоказа, тиамин, пиридоксин, цианокобаламин тайинланади.
- Антихолин эстераз воситалар ✦ 1 мл. 0,5 % галантамин эритмасини 1 – 2 % прокаин эритмаси билан меатотимпанал ҳар куни (15 та инъекция) ✦ 1 мл. 0,05 % прозерин 1 – 2 % прокаин эритмаси билан меатотимпанал ҳар куни юборилади (15 та инъекция).
- Қон томирларни кенгайтирувчи воситалар ✦ 0,1 % никотин кислота эритмасини 1 мл.дан бошлаб 5 мл.гача кўпайтирилади, кейин 1 мл.гача камайтириб мушак орасига ✦ Циннаризин таблеткаси овқат пайтида 0,05 г. дан кунда 2 – 3 марта берилади.
- Глюкокортикоидлар – дексаметазон (кунда 4 мл.), преднизолон (кунда 30 – 60 мл.) мушак орасига ёки томир орасига.
- Фибринолитик воситалар – стрептокиназа 200 – 250 минг ТБ томирга 0,9 % натрий хлорид эритмаси билан қўшиб 30 минут давомида томчилаб. Кейин 16 – 18 соат давомида соатига 100 минг ТБ юборилади.
- Эндоаурал фонофорез ёрдамида кенг кўламли антибиотикларни глюкокортикоидлар билан, 5 – 6 – кундан эса прокаин ва бендазол билан.

Хирургик даволаш консерватив даволаш фойдаси бўлмаганда ва кулоқда қаттиқ шовқин безовта қилганда қўлланилади. Вегетатив нерв тизимида хирургик амалиёт ўтказилади (ноғора парда чигали резекцияси, юлдузсимон тугунни, юқори бўйин симпатик тугунини олиб ташлаш). Чиғаноқда ва даҳлиз чиғаноқ нервидаги деструктив операцияларни фақат 3 даражадаги нейросенсор кулоқ оғирлиги ёки тўлиқ карлик ҳолларида ўтказиш мумкин.

Прогнози. Даволашнинг бошланган вақтига, эшитув анализаторининг шикастланиш даражасига, этиологик омилга боғлиқ.

Профилактикаси ✦ Атроф муҳитдаги салбий омилларнинг эшитиш фаолиятига таъсирини бартараф этиш (шовқин, вибрациялар, кимёвий, маиший ва касбга доир зарарлар) ✦ Нейросенсор кулоқ оғирлигида алкоголь ва чекишни суистеъмол қилмаслик ✦ Даволаниш пайтида (айниқса болаларда) ототоксик дори воситаларини қўлламаслик ёки ҳаётий кўрсатмалар бўлганда дезинтоксикацион воситалар билан (гемодез) юбориш ҳамда антигистамин ва витаминларни тайинлаш ✦ Инфекцион касалликка чалинган беморларда агар нейросенсор кулоқ оғирлиги ва карлик пайдо бўлганига шубҳа бўлса, пентоксифиллин тайинланади.

Синонимлари • Перцептив кулоқ оғирлиги • Кохлеар неврит.

Қисқартма. НК – нейросенсор кулоқ оғирлиги.

ОТОСКЛЕРОЗ

АСОСИЙ ҚОИДА

- Кондуктив кулоқ оғирлиги билан нормал ноғора пардаси бўлган беморларда отосклероз шубҳа қилиниши лозим.

ТАЪРИФИ

- Отосклероз – бу бошқа касалликлари бўлмаган шахсларда лабиринт капсуласининг бирламчи ўчоқли шикастланишидир. Ушбу касаллик билан маълум бўлган суяк шикастланишлари орасида боғлиқлик йўқ. Бундан фақат такомиллашмаган остеогенез мустаснодир (osteogenesis imperfecta).

СТАТИСТИК МАЪЛУМОТЛАР

- Битта текширув натижасига тахминан 3 % манифест отосклероз тўғри келади, аммо 4 % аҳолида лабиринт капсуласининг отосклерози клиник белгиларсиз кечади.
- Касалликнинг бошланғич даври одатда 15 – 30 ёшдаги беморларда учрайди. Касаллик бу ёшда камдан – кам эртароқ бошланади. Аммо бу ёшдан кечроқ бошланиши ҳам мумкин.

КЛИНИК МАНЗАРАСИ

- Асосий клиник белгиси бу иккала кулоққа тарқалувчи эшитиш қобилиятининг аста – секин пасайиши.
- Отосклероз натижасида келиб чиққан кондуктив кулоқ оғирлиги билан касал бўлган беморлар шовқинда товушларни соғлом одамларга нисбатан яхши эшитишади, чунки уларга паст тебранишли товушлар халақит бермайди.
- Касалликнинг бошланғич даврида кулоқда шовқин аниқланади ва у аста – секин йўқолади. Баъзи бир ҳолларда кулоқдаги шовқин сақланиб қолиши мумкин. Беморни бу қаттиқ безовта қилади. Кулоқдаги шовқин асосан паст тонларда бўлади. Гоҳида мувозанатнинг енгил бузилишлари кузатилади.
- Отоскопияда ноғора пардаси шикастланмаган ва ҳаракати нормал бўлади. Гоҳида ноғора пардасида ўрта отитнинг асоратлари учрайди.
- Функционал текширувлар натижасида кондуктив кулоқ оғирлигига хос белгилар топилади:
 - ◆ Беморлар сўзларни ва шивирлаб гапирилган нутқни ёмон ажратадилар. Айниқса паст тонли «а», «о», «у» каби унли ҳарфлари бор товушли сўзларни.
 - ◆ Вебер тестида кўпроқ шикастланган кулоқ томонига латераллаш сезилади. Ринне тестлари патологик натижа беради.
 - ◆ Типик ҳолларда аудиограммадаги ҳаво ўтказувчанлиги тўғри чизиқни кўрсатади, гоҳида эшитиш бўсағаси 60 дБ дан ошади (кондуктив кулоқ оғирлигининг максимал кўрсаткичи). Агар ички кулоқ ўзгармаган, фақат ўзаги мустаҳкамланган бўлса, суяк ўтказувчанлигининг эшитиш даражаси деярли бузилмаган бўлиши мумкин.

- ◆ Суяк ўтказувчанлик бўсағаси текширилганда Кархард тишчаси намоён бўлади (эшитишнинг 2000 Гц гача пасайиши).
- ◆ Эшитиш бўсағасининг ошиши ҳам ҳаво, ҳам суяк ўтказувчанлигининг комбинациялашган турлари кулоқ оғирлигида кенг тарқалган. Аммо паст тебранишли ҳаво ва суяк ўтказувчанлигининг эшитув бўсағаси анча фарқ қилади.
- ◆ Нутқ аудиометриясида эшитиш бўсағаси натижалари ҳаво ўтказувчанлигида бўсағанинг ёмонлашувига мос ёмонлашади. Нутқ дискриминацияси агар узангича мустаҳкамланган бўлса, қониқарли бўлиши мумкин.
- ◆ Акустик импеданс тести натижалари ўрта кулоқдаги босимнинг нормал ҳолатини ва узангича рефлексии йўқлигини кўрсатади.

ДАВОЛАШ

- Отосклероз ўчоғини бартараф қилишга қодир бирорта ҳам фармакологик ёки бошқа даволаш тури йўқ.
- Агар эшитиш қобилияти тобора ёмонлашаверса, катта дозада фторидларни қўллаш мумкин.

ЭШИТИШ ҚОБИЛИЯТИ БУЗИЛГАН БЕМОРЛАР ҲОЛАТИНИ ЕНГИЛЛАШТИРИШ ЧОРАЛАРИ

- Жамоа орасида отосклероз билан касалланган беморларни эшитиш қобилиятини кўтариш мақсадида эшитув аппаратидан фойдаланиш самарали бўлади.
- Хирургик йўл билан даволашга кўрсатмалар:
 - ◆ Эшитиш бўсағаси 40 – 60 дБ. гача, нутқ диапазони частотаси 500 – 2000 Гц. гача ошган бўлиши керак.
 - ◆ Икки томонлама отосклероз бўлса, кўпроқ шикастланган кулоқни операция қилиш лозим.
 - ◆ Бир томонлама отосклероз беморга катта ноқулайликлар келтирсагина операция қилиш мумкин.

ТАШҚИ ОТИТ

Ташқи отит – ёз фаслида кўп учрайдиган ташқи эшитув йўлининг яллиғланиши. Касаллик патогенезида организмнинг иммун ҳолати катта аҳамиятга эга. Отитлар чекланган ва тарқалган турларга бўлинади

- Ўткир чекланган ташқи отит ташқи эшитув йўли тоғай пардали қисмидаги (эшитув йўли фурункули) жойлашган соч фолликуллари ва ёғ безларига ўткир жисмлар орқали микротравма оқибатида инфекция тушиши натижасида келиб чиқади. Бундай ҳолат кўпроқ қандли диабет, А, С, В гиповитаминозлари билан хасталанган беморларда учрайди
- Ўткир диффуз ташқи отит – кўп учрайдиган тури бўлиб, бунда сурункали йирингли ўрта отит натижасида ташқи эшитув йўлининг тери ва тери ости қатламларига инфекция тушиш асорати ҳисобланади
- Сурункали ташқи отит – 6 ҳафтадан ошган диффуз ташқи отитдир
- Экзематоз ташқи отит кўпроқ оддий атопик экзема ёки бошқа бирламчи тери касалликлари билан учраши мумкин
- Хавфли (некротик) отитлар камдан – кам оғир шаклда учрайдиган касалликдир. Бу жараён тўқималар ичига тез

тарқалиши, грануляция ўсиши ва суяк тўқимасининг секвестрацияси билан кечади. Унда остеомиелит ёки 1 – типдаги қандли диабет касаллиги билан оғриган қарияларда кўк йирингли таёкча ташқи эшитув йўлига тушади ва кўпроқ иммун танқислиги билан хасталанган ўрта ёшли одамларда учрайди. Ёш болаларда камдан – кам қайд қилинган.

Этиологияси • Ўткир ва сурункали ташқи отитлар ✦ Ташқи эшитув йўлининг жароҳатлари ✦ Бактериал инфекция (*pseudomonas aeruginosa*, стафилококклар, стрептококклар, грамманфий таёкчалар) ✦ Замбуруғли инфекциялар (*candida* туркумидаги замбуруғлар, моғор замбуруғлари) ✦ Вирусли инфекциялар (тумов вируси, гепатит вируси) ✦ Баъзан антибиотик билан даволаниш натижасида келиб чиқади • Экземали ташқи отит ✦ Экзема ✦ Себорея ✦ Юқумли дерматит ✦ Маҳаллий дориларга ўта сезувчанлик • Ташқи хавфли отитлар асосан *pseudomonas aeruginosa* билан зарарланган 1 – типдаги қандли диабет билан касал бўлган беморларда учрайди.

Клиник манзараси • Кўз, тиш, бўйинга тарқалувчи кулоқдаги оғриқ. Оғриқ чайнаганда, гаплашганда кулоқ супрасини тортганда кучаяди • Кулоқ битади • Қичишади (замбуруғларда) • Регионар лимфаденит • Ташқи эшитув йўлидан йирингли ажралмалар • VII, IX–XII жуфт бош мия нервлари жароҳати кузатилади.

Отоскопия • Ташқи эшитув йўли фурункулида эшитув йўлининг торайишига олиб келадиган чекланган инфилтрат кўринади • Тарқалган (диффуз) ташқи отит ✦ **Ўткир тури.** Қизариш, эшитув йўлининг тоғай – пардали қисми терисида инфилтрация, турли даражадаги эшитув йўлининг торайиши кузатилади. Унинг ичида эпидермиснинг десквамацияси ва қўланса ҳидли, йирингли, бўтқасимон аралашмасини кўриш мумкин. Ноғора пардаси қизарган бўлиб, ясанган эпидермис билан қопланади ✦ **Сурункали тури.** Эшитув йўли териси ва ноғора пардаси қалинлашади ✦ **Замбуруғли шикастланишлар** (отомикоз). Тери инфилтратланиши натижасида эшитув йўлининг суяги ҳамда тоғай – пардали қисмлари тораяди ✦ *Aspergillus* туркумидаги замбуруғлардан шикастланганда ташқи эшитув йўлидан чиқадиган патологик ажралма босма қоғозга ўхшайди. *Aspergillus niger* замбуруғидан зарарланганда ажралманинг рангги қора, *aspergillus flavus* да сариқ ёки яшил, *aspergillus fumigatus* да – қора, кулранг бўлади ✦ *Candida* туркумидаги замбуруғларда отоскопик кўриниши ташқи кулоқнинг нам экземасига ўхшайди. Эшитув йўлида патологик ажралма оқиш ёки сарғиш пўстга ёки казеоз моддага ўхшайди. Гоҳида бу жараён кулоқ супраси ва кулоқнинг орқа қисмларига тарқалади.

Махсус текширувлар • Ташқи эшитув йўлининг микроскопик қириндисини ва ажралмаси замбуруғни ҳамда микробни ажратиш учун озиқлантирувчи муҳитга экилади • Хавфли ташқи отитларда рентген текшируви ўтказилади.

Дифференциал диагностикаси • Ўрта отит • VII, IX – XII жуфт бош мия нервларининг фалажи • Ақл тишларнинг чиқиши • Пастки жағ бўғимининг артрозоартрити.

ДАВОЛАШ

Хавфли ташқи отитларни асосан шифохонада даволаш зарур, қолган турдаги отитларни амбулатор шароитида даволанади • Этиотроп терапия ✦ Бактериал

отитларда – келтириб чиқарувчи микробларга қараб антибиотиклар буюрилади ✦ *Candida* туркумидаги замбуруғлар билан касалланса – нистатин, леворин тайинланади ✦ Моғор замбуруғлардан касалланганда – неомицин+полимиксин В+лидокаин, амфотерицин В, амфотерицин В+метилглукамин, микогептин • Антигистамин препаратлар • Анальгетиклар • Аутогемотерапия, иммуностимуляторлар • Углевод алмашинувини тиклаш (айниқса хавфли ташқи отитда) • Чекланган ва диффуз бактериал ташқи отитда маҳаллий даволанади ✦ Ташқи эшитув найини кунда икки маҳал тозалаш, илиқ бор кислота эритмаси ёки нитрофурал эритмаси (1:5000) билан ювиш; қичишишларда – ташқи қулоққа 1 % ли шафтоли ёғи ментол эритмасини турунда сифатида қўйиш, 2 % ли сульфатиазол малхамини қўйиш ✦ Ташқи эшитув йўлига 3 % ли бор кислота спиртли эритмасини юбориш, кейинроқ стрептоцид ёки 1 % ли синтомицин линиментини ёки ✦ 2 – 3 % ли кумуш нитрати эритмаси билан ёки 1 – 2 % ли бриллиант яшилнинг спиртли эритмасини эшитув йўлига суртиш ✦ 7 кун давомида преднизолон малҳами, суткада 3 маҳал 5 томчидан 1 % ли гидрокортизон эмульсияси ✦ УВЧ – терапия, УФО, гелий – неон лазерли лазеротерапия • Отомикознинг маҳаллий давоси ✦ Ташқи эшитув йўлига 2 % ли хлор нитрофенол эритмасини томизиш ✦ Нистатин малҳами, леворин креми ✦ 1 % ли клотримазол кремини суртиш • Хавфли ташқи отитнинг давоси ✦ кўк йирингли таёқчага қарши махсус бактериофаг томизиш ✦ 2 % ли бор кислотасини юбориш ✦ Гипербарик оксигенация ✦ Антибиотиклар (карбенициллин, пиперациллин, азлоциллин, цефтазидим, имипенем+циластатин ва ципрофлоксацин).

Хирургик даволаш фақат хавфли ташқи отитда тавсия этилади. Бунда некрозга учраган тўқималар олиб ташланади.

Кузатиш • Одатда даволаниш натижасида 48 соат мобайнида аҳвол яхшиланади • Сурункали ташқи отит ✦ Ҳар 2 – 3 ҳафтада ташқи эшитув йўлини тозалаб туриш керак ✦ Маҳаллий дори воситаларини алмаштириб туриш ҳам мумкин • Хавфли ташқи отит ✦ Шифохона шароитида кузатиб туриш керак ✦ Даволаш бошида ва охирида асосий вестибуляр ва эшитув тестларини ўтказиш зарур.

Асоратлари • Хавфли ташқи отит – бош мия ва суяк тизимига инфекция тарқалиши мумкин • Ўткир ташқи отит – қулоқ супраси хондритига олиб келиши мумкин.

Кечиши ва прогнози • Ўткир ташқи отитни даволаш тез яхши натижа беради • Сурункали ташқи отитда қайта – қайта тозаловчи муолажа ва антибиотикотерапия кўп ҳолларда самаралидир • Экзематоз ташқи отитда – бирламчи тери қоплами касаллигини даволаб бўлгандан кейин самара кузатилади • Хавфли ташқи отитда одатда бир нечта тозаловчи муолажа ва узоқ давом этадиган парентерал антибиотикотерапия фойдали бўлиши мумкин. Агар қўшилиб келадиган касалликлар бўлса, ўлим даражаси юқори бўлишига олиб келади.

Ёшга хос хусусиятлар – қари одамларда ташқи хавфли отит келиб чиқади.

Профилактикаси • Нам шароитларда бўлишдан воз кечиш • Эшитув йўлини жароҳатлардан асраш • Қўшимча касалликларни аниқлаш ва даволаш.

ХКК – 10 • Н60 Ташқи отит.

Эслатма. Холестеатома – парчаланиш маҳсулотлари, асосан холестерин эпидермал массасининг зич тўпланиши – кўп қаватли ясси эпителий билан қопланган, одатда бириктирувчи тўқима пардасига эга оқ рангли тузилма, у суякка зич ёпишиб туради ва аксарият унга бирикиб кетади. Парчаланиш маҳсулотлари ва кимёвий компонентлар таъсирида суяк емирилиши юз беради. Ўсаётган холестеатома чакка суягида катта емирилишлар пайдо қилиши мумкин, улар кўпинча табиий радикал операцияга, шунингдек турли хил калла суяги ичи асоратларига олиб келади.

СУРУНКАЛИ ЙИРИНГЛИ ЎРТА ОТИТ

Сурункали йирингли ўрта отит – бу ўрта кулоқ бўшлиғи пардаларининг яллиғланиши бўлиб, доимо ёки вақтинча йиринг оқиши ноғора пардасининг тешилиши ва ҳар хил даражадаги кулоқ оғирлиги билан кечадиган касалликдир.

Этиологияси • Микроорганизмлар ✦ Монокультураси (70 – 80 % ҳоллар) – бу кўп антибиотикларга чидамли бўлган патоген стафилококк ва стрептококклар ✦ Микроб тўпламлари – бу протей билан стафилококклар, грамманфий бактериялар (29 – 30 %) ва кўк йиринглатувчи таёқчалар ✦ Замбуруғлар (24 %) – бунда кўпроқ *aspergillus niger* аниқланади • Иммунологик реактивлик пасайиши, юқори нафас йўллариининг патологияси, айниқса ўрта кулоқ шиллик қаватининг тузилиш хусусиятлари (бурмалар, чўнтаклар, тор ораликлар), буларнинг барчаси ёш болаларда кўпроқ учрайди. Шунинг учун ўткир йирингли отитнинг сурункали турга ўтиши кўпроқ уларда кузатилади.

Классификацияси • Сурункали йирингли эпитимпанит (СЙЭ) • Сурункали йирингли мезотимпанит (СЙМ).

Клиник белгилари • Жараённинг ноғора бўшлиғида жойлашганлиги ✦ Сурункали йирингли мезотимпанит – ноғора бўшлиғининг ўрта ва пастки қисмларида ✦ Сурункали йирингли эпитимпанит – асосан юқори ноғора усти бўшлиғида жойлашган • Тарқалиш чуқурлиги ✦ СЙМ – шиллик қаватда ✦ СЙЭ – шиллик қават ҳамда суяк структурасида • Шикоятлар ✦ СЙМ да – кулоқдан йиринг оқиши, эшитиш қобилятининг пасайиши ёки кулоқдаги шовқинлардан шикоят қилиш ✦ СЙЭ да – кулоқдан йиринг оқиши, эшитиш қобилятининг пасайиши, кулоқда шовқин баъзида бош оғриқлар ва бош айланиши • Ажралманинг кўриниши ✦ СЙМ да – шиллиқли ёки шиллик – йиринг аралаш ҳидсиз ажралма ✦ СЙЭ да – йирингли, ҳидли ажралма • Тешилиши тури ✦ СЙМ да – марказий ✦ СЙЭ да – чеккадаги • Патологик моддалар ✦ СЙМ да – йиринг, грануляция ✦ СЙЭ да – йиринг, грануляция, полиплар, холестеатома • Кулоқ оғирлиги характери ✦ СЙМ да – йўғон ✦ СЙЭ да – аралаш, кўпроқ йўғон.

КОМПЛЕКС ДАВОЛАШ УСУЛИ

КОНСЕРВАТИВ ДАВОЛАШ

- Умумий даволаш ✦ Тўла қимматли овқатланиш, витаминотерапия ✦ Хуружи вақтида антибиотикларни мушак орасига фақат дастлабки 2 – 3 кун мобайнида, физиотерапевтик (УФО, электрофорез, аэроионотерапия, гелий – неон ва

карбонат ангидрид лазери таъсири) ва маҳаллий даволаш фойда бермаганда юбориш мумкин.

- Маҳаллий даволаш ўрта кулоқда йиринг ўчоғига элиминация қилишдан иборат бўлиб, уч босқичдан ташкил топган ✦ **I босқич:** ноғора бўшлиғини қуритиш, йиринг ва бошқа патологик моддаларни (грануляция, полип, холестеатома) чиқариб ташлаш, ноғора бўшлиғига дори воситаларини юбориш учун қулайлик яратиш ✦ Ноғора бўшлиғини 3 % ли водород пероксид билан пахта ушлағич ёрдамида пахта тампони билан тозалаш ✦ Грануляцияларни куйдириш учун кўпроқ 10 – 20 % ли кумуш нитрати ёки ляпис in substantia қўлланилади ҳамда махсус игна билан кулоқ конхотомии ва кюретка ёрдамида электроаспирация қилинади. Полиплар кулоқ илгаги ёрдамида олиб ташланади ✦ **II босқич:** ўрта кулоқ шиллик пардасини дағаллаштирмайдиган дори воситалар юборилади ✦ 3 % ли бор кислотасининг спиртли эритмаси, 5 % ли салицилат кислотанинг спиртли эритмаси, 1 – 3 % резорцинолнинг спиртли эритмаси, 1 % ли формалин эритмаси ва кумуш нитрати, 30 – 50 % ли диметил сульфоксид эритмаси, 1 % ли гидроксиметилхинокиндиоксид сувли эритмаси (фақат катталар учун!) ✦ Аллергик реакциялар бўлса, маҳаллий глюкокортикоидлар ✦ **III босқич:** ноғора пардасининг тешилишини бекитиш учун перфорация чеккаларини хром ёки учхлорсирка кислотаси, 10 – 25 % кумуш нитрати, 10 % ли йоднинг спиртли эритмаси билан куйдирилади.

Хирургик даволаш • Мақсадлари ✦ Мирингопластика – биологик ва синтетик воситалар ёрдамида (чандикланиш йўли билан тешик бекилиши камдан – кам учрайди) ноғора пардасининг нуқсонини бартараф этиш ✦ Тозаловчи умумбўшлиқ радикал операцияси – бош мияда асоратлар пайдо бўлмаслиги учун чакка суякдан патологик ўчоқни бартараф этиш ✦ Эшитиш қобилиятини товуш ўтказувчанлик аппарати функционал ҳолатини тиклаш, яъни тимпанопластика. Бунинг учун куйидаги шарт – шароитлар бўлиши керак ✦ Эшитув найининг ўтказувчанлиги бутунлиги ✦ Чиғаноқда функционал захира мавжудлиги ✦ Ўрта кулоқда йирингли жараён йўқлиги • Операцияга мутлоқ кўрсатмалар ✦ Ўрта кулоқ суяк структурасининг қариеси ✦ Холестеатома ✦ Сурункали мастоидит ✦ Юз нерви парези ✦ Лабиринтит ✦ Отоген бош мия асорати.

Прогнози мунтазам ва монанд умумий ва маҳаллий даволашда асосан самарали, аммо эшитиш қобилиятининг қайта тикланиши қийин бўлади.

ХКК – 10 • Н66 Йирингли ва аниқланмаган ўрта отит.

ТАШҚИ ВА ЎРТА ҚУЛОҚНИНГ ХАВФЛИ ЎСМАЛАРИ

Этиологияси ва таснифи • Мойиллик омиллари – термик қўйишлар, сурункали йирингли инфекция, ионли нурланиш, инсоляция • Ўсма турлари – ясси хужайрали рак 86 %, базалиома 8 %, меланома ва аденокарцинома 2 % дан, рабдомиосаркома ва ғалтаксимон хужайрали саркома 1 % ташкил этади • Кулоқ супрасидаги рак – 80 %, ташқи эшитув йўли раки – 15 % ва ўрта кулоқ раки – 5 %

учрайди • Чакка суяк остеолизини аденокарцинома метастазидан, гипернефрома, меланома ёки бирламчи ўсмадан фарқлаб олиш керак.

Клиник баҳолаш • Касалликка хос белгилар – оғрик; сероз – шилликли, йирингли ва геморрагик ажралмалар, умумий ва ўчоқли неврологик симптомлар • Биопсия натижасига кўра ташхис қўйилади.

ДАВОЛАШ • Қулоқ супраси ракини понасимон кесиш йўли билан олиб ташланади • Чуқур ва тарқалган ўсмаларда кўрсатмага қараб операция қилинади ✦ Ноғора пардадан 5 мм. дан кам бўлмаган масофада жойлашган эшитув йўли ўсмаларини кесиш усули билан даволаш мумкин ✦ Агар жараён ноғора пардада жойлашган бўлса, ташқи эшитув йўлини чакка суяги билан қўшиб резекция қилиш, шу жумладан ноғора пардани, сандонни, болғачани ва юз нервини сақлаб қолиш лозим ✦ Ўрта қулоқ шикастланганда – чакка суякни бутунлай олиб ташлаш керак • 60 Гр. дан иборат бўлган нур терапияси ўсмани тўлиқ олиб ташлаш имкони бўлмаганда қўлланилади • Баъзи ҳолларда комбинацияланган терапия ўтказилади.

Прогнози • Чакка суяги радикал операциясидан кейин 25 – 35 % одамлар 5 йилгача яшашлари мумкин • Қулоқ супраси ўсмасини даволагандан кейин 80 % беморлар яшаб кетади.

ХКК – 10 • **C30.1** Ўрта қулоқнинг хавфли ўсмаси • **C43.2** Қулоқ ва ташқи эшитув йўлининг хавфли меланомаси • **C44.2** Қулоқ териси ва ташқи эшитув йўлининг хавфли ўсмаси • **D02** Ўрта қулоқ ва нафас аъзолари in situ карциномаси • **D03.2** Қулоқ ва ташқи эшитув йўлининг in situ меланомаси • **D04.2** Қулоқ териси ва ташқи эшитув йўлининг in situ карциномаси • **D14.0** Ўрта қулоқ, бурун бўшлиғи ва қўшимча синусларнинг хавфсиз ўсмаси • **D22.2** Қулоқ ва ташқи эшитув йўлининг меланоформ невуси • **D23.2** Қулоқ териси ва ташқи эшитув йўлининг хавфсиз ўсмаси.

БЕЗОВТАЛИК

БЕЗОВТАЛАНИШДАГИ ЎЗГАРИШЛАР

АСОСИЙ ҚОИДАЛАР

- Безовталик – шароит ўзгаришларига нормал реакция.
- Мабодо безовталик сурункали ёки кучли бўлса, уни келтириб чиқарган шароит ва сабабларга баҳо бериш лозим. Бунинг учун безовталикни келтириб чиқарувчи шароит ҳақида маълумот йиғиш керак.
- Даво воситаларини буюриш, безовталикнинг сусайиши ва тўлиқ тузалишига олиб келиши мумкин. Оғир сурункали безовталикда, узоқ давом этувчи фармакотерапия (фармакотерапия билан психотерапияни бирга олиб бориш мақсадга мувофиқдир) тавсия этилади.

СТАТИСТИК МАЪЛУМОТЛАР

- Безовталик кўп тарқалган рухий ўзгаришлардан бири бўлиб, рухий беморларнинг 9 – 13 % ида учрайди.

ПАТОГЕНЕЗИ

- Безовталиқ ҳисси беморда кўпинча кундалиқ шароитларда юзага келиб, кўпроқ олдиға қўйилган мақсадға тўлиқ эриша олмаганлик билан боғлиқ бўлади.
- Безовталиқ одатдаги ҳиссиёт бўлиб, воқеа – ҳодисаларнинг ривожланиши ва хавфни олдиндан кўра олишға ёрдам беради.
- Безовталиқ бошқа рухий ўзгаришларға олиб келиши мумкин.
- Одатдаги ва патологик безовталиқни тафовут қилиш доимо осон эмас. Одатдаги безовталиқ ҳолатининг асосий омили – бемор функционал қобилиятининг сақланганлигидир.

КЛИНИК МАНЗАРАСИ

- Қўрқув, диққатни жамлаш қийинлиги, ваҳима, уйкуға кетишдаги муаммолар.
- Периферик соматикаға оид шикоятлар: юрак уриб кетиши, қалтираш, терлаш, бош айланиши, меъда томонидан шикоятлар, тез – тез сийиш, бўғилиш ҳисси. Беморлар тез қизариб кетадилар.
- Доимий асаб таранглиги, тез чарчаш, бўйин ва елка мушакларининг таранглиги, бош оғриғи, томоқда тикилиш ҳиссини сезиш.

Фобиялар

- Специфик.
 - ◆ Тахминан 5 % беморларда кузатилади.
 - ◆ Типик фобиялар – баландлик, қоронғулик, кенгликлар, илон ва хашаротлардан қўрқиш.
 - ◆ Одатда фобик бузилишлар яққол намоён бўлмайди ва шу сабабли беморлар ёрдамға муҳтож бўлмайдилар.
- Ижтимоий фобиялар.
 - ◆ Барча беморларнинг 1 % ини ташкил этади.
 - ◆ Ижтимоий фобиялар бошқа кишилар билан бўлган мулоқот пайтида юзага келган вазиятларда пайдо бўлади.
 - ◆ Беморда гўё уни атрофдагилар диққат билан кузатиб, муҳокама қилаётгандек сохта ҳиссиёт бўлади.
 - ◆ Фобиялар типик шароитларда, кофе ичаётганда, имзо қўяётганда намоён бўлиши мумкин.
 - ◆ Кўпинча фобиялар ўсмирлик ёшида бошланиб, касб шаклланишиға ва ривожланишға монелик қилади.

Ўта ривожланган безовталиқдаги ўзгаришлар

- Тарқалиши бўйича 2 – 4 % ни ташкил этса – да, бу одамларнинг учдан бир қисмигина симптоматик даво оладилар.
- Клиник кўриниши келажакка нисбатан доимий асоссиз безовталиқ ва қўрқувни ўз ичига олади.
- Кўпинча беморлар ички безовталиқ ва таранглиқни қайд қиладилар.
- Ўзгаришлар кўпинча болалиқ ва ўсмирликда бошланади.
- Беморда безовталиқ белгилари иқтисодий камчиликлар, жамиятдаги шароитлар, соғлиқнинг ёмонлашуви каби стресс вазиятларда пайдо бўлади.

- Ўта ривожланган безовталик ўзгаришлари кўпинча депрессия, фобиялар ва ипохондрия билан бирга кечади.

Безовталикка мослашишнинг бузилишлари

- Одатда кўп давом этмайдиган ва тез даволанадиган ҳолат.
- Даволашга зарурат касалликнинг ўткир даврида юзага келиши мумкин; узок даволаш камдан – кам ҳолларда буюрилади.

ДИФФЕРЕНЦИАЛ ДИАГНОСТИКАСИ

- Кўпчилик соматик ўзгаришлар безовталикка ўхшаб кетади. Бироқ безовталик ҳақиқатда ҳам соматик касалликлар натижасида юзага келиши мумкин (камқонлик, юрак қон – томир касалликлари, қайталанувчи ўпка эмболиялари, бронхиал астма, гипотиреоз ва бошқа эндокрин касалликлар).
- Баъзи дори воситалари специфик фобияларни (наркотиклар, адреномиметиклар, баъзи дори воситаларидан интоксикация) ёки ўта ривожланган безовталикни (кофеин интоксикацияси, алкоголь ва транквилизаторларни бекор қилиш синдроми) чақириши мумкин.
- Безовталик ва депрессия уртасида қиёсий ташхис ўтказиш доимо ҳам осон кечавермайди. Кўпинча бир беморнинг ўзида бу иккала ўзгариш биргаликда келади.

ДАВОЛАШНИНГ АСОСИЙ ҚОИДАЛАРИ

- Даволаш беморга аҳволини тушунтириш, фобияни келтириб чиқарувчи вазиятни нормага солиш, беморнинг эмоционал хусусиятларини таҳлил этишга асосланади.
- Ўта ифодаланган безовталикда вақтинча дори терапияси зарур бўлади. Оғир кечувчи сурункали безовталикда давомли даво тавсия этилиши мумкин.
- Бу бобда кўриб чиқиладиган ўзгаришларни даволаш антидепрессантлар, транквилизаторлар ва бошқа препаратларнинг психотерапия ва кайта тиклаш дастурлари билан биргаликда қиёсий қўлланилишини талаб этади.

БЕЗОВТАЛИКДАГИ ЎЗГАРИШЛАР ВА УЛАР БИЛАН БОҒЛИҚ БУЗИЛИШЛАРНИ ДОРИЛАР БИЛАН ДАВОЛАШ

АСОСИЙ ҚОИДАЛАР

- Бузилишнинг табиатини аниқлаш лозим.
- Бузилишларни келтириб чиқарувчи омилларни ва дори терапияси зарурлигини аниқлаш.
- Бензодиазепинлар ва транквилизаторлардан ташқари бошқа препаратларни қўллаш ҳамда психотерапия имкониятларини кўриб чиқиш.

БЕЗОВТАЛИКДАГИ БУЗИЛИШЛАР

- Даво услубини танлаш касаллик табиатига боғлиқ.
 - ◆ Ўта кучайган безовталик, ваҳима, ижтимоий фобиялар ва аралаш безовталик – депрессив ўзгаришларнинг ҳар бирида фармакотерапия турлича бўлади.

- ◆ Бездвталик белгилари билан кечадиган мослашув ўзгаришларида, шунингдек жароҳатдан кейинги стресс ҳолатларнинг ўткир даврида бензодиазепинлар билан қисқа даво курси ўтказса бўлади.

Ўта кучайган бездвталикдаги ўзгаришлар

- Ўта кучайган бездвталикдаги ўзгаришлар кўп тарқалган бўлади.
- Агар беморнинг руҳий – ижтимоий мослашуви таъминланса, дори терапиясини камроқ қўлласа бўлади. Бузилишларнинг ривожланишини келтириб чиқарувчи омилларни истисно қилиш керак (стресс, дори препаратларини суистеъмол қилиш, кофе ва ҳ.к).
- Бензодиазепин қаторидаги препаратлар бир – биридан асосан фармакокинетик кўрсаткичлари бўйича фарқ қилинади. Сурункали бузилишларда ва бензодиазепинларнинг дозаси камайтирилганда ёки бекор қилинганда, узок таъсир этувчи бензодиазепинлар (дiazepam, хлордiazепоксид, клоразепат) буюрилади. Оксазепам ва лоразепам – таъсири ўртача давом қиладиган препаратлар бўлиб, улар деярли жигарда метаболик ўзгаришларга учрамайди, шу сабабли ҳам кекса ёшдаги ва қўшилиб келган жигар хасталиги бор беморларга буюриш мумкин.
- Бензодиазепинларнинг кўп учрайдиган кўшимча таъсири – ухлатиш, психомотор реакцияларнинг ёмонлашуви ва хотиранинг ўткинчи бузилишидир.
- Бензодиазепинларни кичик дозаларда ва имкон борича қисқа курслар билан (2 – 6 ҳафта) қўллаш лозим. Даволаш тўхтатилганда бекор қилиш синдромининг олдини олиш мақсадида кундузги доза аста – секин камайтириб борилади.
- Бездвталикни узок вақт даволаганда, антидепрессантлар (амитриптилин, доксепин, миансерин, серотонинни қайта ушлайдиган селектив ингибиторлар) кичик дозаларда бензодиазепинларга қараганда самарали бўлиши мумкин.
- Буспирон нобензодиазепим (азапирон ҳоаси) транквилизаторлар қаторига киради; унинг терапевтик самараси даволашнинг биринчи 1 – 3 ҳафтасида ривожланади (даво таъсири тезлигига кўра препарат антидепрессантларга ўхшаб кетади). Препарат бекор қилиш синдромини чақирмайди, психомотор ва когнитив фаолият бузилишига олиб келмайди.
- β – адреноблокаторлар бездвталик ўзгаришларида симпатик асаб системасининг стимуллаш белгиларини кучсизлантиради. Антигистамин препаратлар ёки карбамазепин, шунингдек баъзи ҳолларда α₂ – адреномиметиклар (клонидин) ёки нейрOLEптикларнинг кичик дозалари фойда бериши мумкин.

Ваҳимадаги бузилишлар

- Қайталанувчи, тўсатдан юзага келувчи кўркув ва бездвталик хуружлари – ваҳимага хос белгилардир. Ваҳима хуружи тортиниш – ётсираш ҳолатини келтириб чиқариши мумкин (ваҳима агорафобия билан). Ваҳима хуружининг юзага келишидан кўркиш, кўпинча ўта кучайган бездвталикни кутиш билан кузатилади.
- Ўткир ваҳима хуружини бензодиазепин ҳоалари билан даволаш мумкин. Масалан, алпразоламом (қисқа даво курси). Давомли фойдаланиш учун танлов препаратлари – имипрамин, кломипрамин, серотонинни қайта ушлаб қолиш селектив ингибиторлари. Даволашнинг эрта босқичларида препаратлар

ваҳимани кучайтириши мумкин, шу сабабли унинг дозасини аста – секин ошириш керак. Буспирон, афтидан, ваҳимадаги бузилишларда яхши фойда бермайди.

Ижтимоий фобиялар

- Бемор ўзини бошқа одамлар кўзи олдида турганини ҳис этган вазиятларда юзага келади. Унда тез ва кучли юрак уриши, титроқ, нутқ бузилиши, юзга қон қуйилиб келиши каби симптомлар пайдо бўлиши мумкин.
- β – адреноблокаторлар ижтимоий фобияда симпатик асаб системасининг кўзғалиш белгиларини бартараф этади.
- Касалликнинг оғир кечишида баъзида даволаш учун бензодиазепинларни қўллаш мумкин.
- МАО ингибиторлари ва серотонинни қайта ушлаб қолиш селектив блокаторлари ўта яққол кўрқув юзага келганда фойда беради.

Обсессив – компульсив бузилишлар

- Қайталанувчи компульсив фикр ёки ҳаракатлар кўринишида юзага келади. Бемор ўз ҳаракатларининг бефойдалигини тушунади ва уларни тутиб турмоқчи бўлади, бироқ бу безовталиқнинг кучайишига олиб келади.
- Бунда кломипрамин ва серотонинни қайта ушлаб қолиш селектив блокаторлари яхши натижа беради. Препаратлар депрессияни даволаш дозасида қўлланилади. Терапевтик натижа одатда даво бошлангандан сўнг, ҳафталар ёки ойлар ўтгач юзага келади.

Аралаш безовталиқ – депрессив бузилишлар

- ХКК – 10 таснифи бўйича безовталиқдаги бузилишларнинг нисбатан янги гуруҳи. Безовталиқ ва депрессиянинг яққол устуворлиги йўқ.
- Даволаш учун антидепрессантлар қўлланилади, муқобил препарат – буспирон.

АСОСИЙ ҚОИДАЛАР

- Безовталиқдаги бузилишларни даволаш учун препарат танлашда ҳар бир ўзгаришнинг специфик белгилари ва даво воситасининг таъсир этиш хусусиятларини ҳисобга олмаса ҳам бўлади. Дори терапияси бундай ҳолларда носпецифик характерга эга ва сезиларли даражада безовталиқдаги бузилишларнинг кўпгина белгиларини сўндиради.
- Безовталиқдаги ўзгаришларни даволашда психофармакотерапия ва психотерапияни биргаликда қўллаш энг яхши самара беради. Шунингдек, когнитив, ҳулқий даво ва психотерапиянинг динамик усуллари, айниқса давомли безовталиқдаги ўзгаришларни даволашда фойдалидир.

ҚЎШИМЧА МАЪЛУМОТЛАР

- Назоратдаги текширувларга кўра, бензодиазепиннинг ҳомиладор аёл томонидан қабул қилиниши ҳомиланинг ривожланишида оғир нуқсонларга олиб келиши, жумладан танглайда ёриқлар пайдо бўлиши ўртасида боғлиқлик мавжудлигини кўрсатди. Бироқ бу маълумотлар ўзак текширувлар билан мустаҳкамланмаган.

ЭСЛАТМАЛАР

Бензодиазепин гуруҳи транквилизаторларидан кўпроқ феназепам ишлатилади.

Кўпчилик психиатрлар ва клиник психофармакологлар нуқтаи назаридан қараганда безовталиқдаги ўзгаришлари бўлган беморларнинг давосини танлашда

уларнинг ҳолати, қиёсий таҳлили (нафақат руҳий, балки соматик ва неврологик ҳолат) ва мавжуд психотроп препаратларнинг муқаррар имкониятларини ўрганиш керак.

АЛКОГОЛИЗМ

Алкоголизм – спиртли ичимликларни мунтазам равишда суиистеъмол қилиш оқибатидаги касаллик бўлиб, социологик, психологик ва физиологик мослашишнинг рўй – рост бузилиши билан ўтади. Касаллик аста – секинлик билан психологик (енгиб бўлмас ҳирс), жисмоний (қабул қилиш тўхтагач, абстинент синдромининг келиб чиқиши) интеллект ва руҳиятнинг ўзгариши оқибатида шахснинг яшаш фаолияти бузилишига олиб келади. Спиртли ичимликларни суиистеъмол қилиш ҳамда этанолнинг организмни заҳарлаши натижасида оқибатида руҳий ва жисмоний қарамлик ҳолатига тушилади. Руҳиятда бузилишлар бошланиши, абстинент синдром ва кўп сонли социологик муаммолар келиб чиқади.

Учраши. Кўп миқдорда алкоголь истеъмол қиладиган эркеклар 18 %, аёллар 5 % ни ташкил этиб, уларнинг бешдан бир қисми алкогольизм туфайли нарколог ҳисобида туришади.

Ёшга боғлиқлиги • Болалар ва вояга етмаганларнинг алкогольизмга боғлиқлиги туфайли алкоголь уларнинг ақлий ва жисмоний ривожланишига салбий таъсир кўрсатади. Асосий клиник белгилари: руҳий тушкунлик, шахсиятнинг тубанлашиш синдроми, психопатик хулқ – атворнинг кескин бузилиши, қиёфанинг ўзгариши, ўзига суиқасд қилиш фикрларининг пайдо бўлиши, хотиранинг пасайиши, эпилепсия хуружи ва ҳаракат қўзғалишлари, руҳий таранглик, жаҳлдорлик • Катта ёшдагилар алкоголь таъсирига сезгирроқдирлар. Кўпинча алкогольизм диагностика қилинмайди; симптомлари жуда хилма – хил ва уларни сурункали касалликлар ёки деменция қаторига киритиш мумкин.

Жинсга боғлиқлиги. Эркекларда 5 марта кўпроқ, лекин аёллар ёлғиз ичишга мойил бўлиб, алкогольизм уларда тезроқ ривожланади.

Хавфли омиллари • Алкоголь ичимлигини истеъмол қилиш • Турли хил психотроп моддалар шу жумладан никотин таъсири • Оила анамнезида алкогольизм (спиртли ичимлик ичувчининг фарзандларида алкогольизм ривожланиш хавфи – 50 %) • Эркек жинсига мансублиги, навқирон ёшда оиласининг йўқлиги • Алкоголь ичимлигини 5 ва бундан кўп дозада мунтазам равишда (60 мл соф этил спирти) истеъмол қилиши, ҳафта мобайнида лоақал 1 марта маст ҳолатда бўлиш • Оила ва теварак – атрофдаги алкоголь ичимлигини мунтазам истеъмол қилишга мойиллик келтирувчи муҳит • Спиртли ичимликларни суиистеъмол қилишни нормал ҳолат деб қабул қилиш ва уларга юқори сезгирлик • Беморлар жамиятда ўз ўрнини йўқотиш (иқтисодий, ғоявий, маънавий) ҳолатига келиб қоладилар.

Патоморфологияси • Жигар: яллиғланиш ёки ёғ инфильтрацияси (алкоголь гепатити), перипортал фиброз (алкоголдан жигар циррози 20 % беморларда ривожланади) • Ошқозон шиллик пардаси: яллиғланиши, ярага айланиши • Ошқозон ости беги: яллиғланиши, колликвацион некроз • Ингичка ичак: киприкчалар атрофияси, фермент етишмовчилиги • Юрак: оралик фиброз,

мушакларнинг атрофияси (дилатацион кардиомиопатиянинг аниқ белгилари) • Қон ва иммун системаси: лимфоцитлар ўсишининг сусайиши • Эндокрин системаси: қон зардобида кортизон миқдорининг ошиши, мойқлар атрофияси, аёлларда жинсий гормонлар миқдорининг пасайиши • Бош мия: мия қобиғи атрофияси, қоринчаларнинг катталашуви.

ЭТАНОЛ МЕТАБОЛИЗМИ

- Ичимлик ичилгандан сўнг этанол ошқозон ва ингичка ичакда тезда сўрилиб, қонга ўтади ва барча хужайралар ичига кириб боради. Этанолнинг 5 – 10 % сийдик, йўғон ичак, тери, нафас чиқариш йўли орқали организмдан чиқиб кетади. 90 % соатига 5 – 10 мл тезликда (соф этил спиртига ҳисоб қилганда) сув ва CO_2 га ажралади.
- Этанол асосан жигарда ацетальдегид ҳолига келгунча бижғийди (алкоголь дегидрогеназаси катализатор бўлади). Алкоголь дегидрогеназаси ацетальдегидни сув ва CO_2 га оксидланиб катализлайди. Этанол деградацияси учун каталаза маълум аҳамиятга эга. Ацетальдегид ички муҳитда айланиб юриб, хужайра мембранаси орқали осон ўтувчан ва ўта заҳарли ҳисобланади. Алкоголнинг зарар эканлиги хусусида гапирилганда аввало ацетальдегид ва этанолнинг ўта хавфлилиги эътиборга олинади.
- Марказий нерв системаси фаолияти бузилиши қондаги этанолнинг миқдорини белгилайди ✦ 50 мг % – тинчлантирувчи восита ✦ 50 – 150 мг % ҳаракат координациясининг бузилиши (100 мг % ва бундан кам миқдори Европа ва Америка мамлакатларида автомобиль ҳайдашга рухсат берилган, гарчи бу миқдор токсик самарага эга бўлса ҳам. Бошқа қатор мамлакатларда алкоголь қонда қанча миқдорда бўлишидан қатъи назар, автомобиль ҳайдаш қатъиян ман этилган) ✦ 150 – 200 мг % – оғир интоксикация, кўзғалиш ✦ 300 – 400 мг % – эс – ҳушни йўқотиш ✦ 400 мг % дан кўп бўлса, ўлимга сабаб бўладиган миқдор деб баҳоланади.
- Алкоголь дегидрогеназаси (АлДГ, КФ 1.1.1.1) ✦ АлДГ1 (103700, α – суббирлик АлДГ) ҳомила жигарида актив, катта ёшдагиларнинг жигарида камҳаракат ✦ АлДГ2 (103720, β – суббирлик АлДГ) ҳомиланинг ўпка ва жигарида, катта ёшдагиларнинг эса жигарида ишлаб чиқарилади ✦ АлДГ5 (103710 χ – суббирлик АлДГ) кўпгина аъзоларда топилган, АлДГ нинг бирдан – бир мия шакли бўлиб, узун занжирли спиртларни парчалайди ✦ АлДГ6 (103735) ошқозон ва жигарда топилган, аммо субстрат спецификлиги аниқ эмас ✦ АлДГ7 (600086) ошқозон ва бошқа аъзоларда топилган, бироқ жигарда йўқ.
- Ацетальдегид дегидрогеназа (АцДГ, КФ 1.2.1.3) ✦ Цитозол шакли (100640, 9q21, АцДГ₁) дисульфирамнинг ингибирловчи самараси ниҳоятда сезувчан. Унинг фаоллиги ичкиликка ружу қўйганларда пасайган. Пасайган генетик нуқсон ёки ингибирланган активлиги бир қадах спиртли ичимлик ичилгандан сўнг ацетальдегид миқдори ортиб боришига сабаб бўлади ва бу кўпинча вегетатив томир реакцияси – вазодилатация билан (юз териси тез қизариб кетади) ўтади.
- Митохондрия шакли (100650, 12q24.2, АцДГ2) дисульфирамга сезгир эмас.

КЛИНИК МАНЗАРАСИ

- **Умумий белгилари** ✦ Беморлар ўз ёшларига кўра қарироқ кўринадилар, сочлари рангсизланади ✦ Юз шишинқираган, оч қизил рангда, кейинчалик юз қизариб кетади. Ичкилик тўхтатилганда юзнинг қизариши аста – секин йўқолади, унинг рангпар кўринишида бурун қанотларида, юзнинг чакка, кўкракнинг юқори қисмларида телеангиэктазни кузатиш мумкин ✦ Тери тургори пасайган ✦ Мушаклар тонуси спиртли ичимлик ичилганда тикланади.
- **Хулқнинг ўзгариши** ✦ Психологик ва ижтимоий ҳолатга мослашувнинг бузилиши ✦ Ирода сустлиги, пала – партиш кийиниш, ифлослик ✦ Оилавий можаролар (ажралиш, эр – хотиннинг алоҳида ҳаёт кечириши) ✦ Кўрқув, депрессия, уйқусизлик ✦ Ижтимоий муҳитдан руҳан ажралиб қолиш, тез – тез жойини алмаштириш ✦ Ичкилик ичиш оқибатида ҳуқуқбузарлик ҳолатларининг учраши ✦ Ичкилик ичилгандан сўнг ҳақорат қиладиган, руҳият ва физиологик келишмовчиликлар ✦ Алкоголга боғлиқ бўлмаган шароитларга қизиқмаслик ✦ Ишдаги муаммолар (нофаоллик, ишга бормаслик, меҳнат фаолиятининг пасайиб кетиши, ҳамкасблар ўртасидаги ихтилофлар, иш жойини тез – тез ўзгартириш) ✦ Мастлик ҳолатида ретроград амнезия.
- **Ички аъзоларнинг зарарланиши** ✦ Меъда – ичак системаси бузилиши ✦ кўнгил айниши, қайт қилиш, қоринда оғриқ пайдо бўлиши, сурункали жигар яллиғланиши (ёғ инфилтрацияси ва жигар циррози), ошқозон ва ўн икки бармоқ ичакнинг пептик яраси, панкреатит ✦ Ичкиликбозликка муккасидан кетиш оқибатида ингичка ичакда витаминлар ва аминокислоталар сўрилишининг бузилиши ✦ Юрак қон – томирлар системаси: ўртача артериал гипертензия, аритмия ёки тахикардия, алкоголь кардиомиопатия белгилари ✦ Нафас олиш системаси: аспирацион пневмония белгилари, бронхит, кўп тамаки чекиш билан боғлиқ ҳолат ✦ Жинсий ожизлик, мойқлар атрофияси ✦ Эндокрин системаси: гиперхолестеринемия, гипертриглицеридемия, кушингсимон тана тузилиши. Гинекомастия; гипогликемия, мастлик ҳолатида ҳушини йўқотиш ўлимга олиб келади ✦ Тери: тозалikka риоя қилмаслик, шикастланиши, тирналиши, қуйиши, момоталоқлар ✦ Таянч – ҳаракат системаси: суяк қадоқлари ва турли битиш босқичларидаги синишлар, миопатия ✦ Нерв системаси: таниш қобилиятларининг бузилиши (масалан, сўнгги ходисаларни хотирада сақлаб қололмаслик), периферик нерв системасининг невропатияси, Вернике – Корсаков синдроми ✦ Кўриш аъзоси: алкоголь амаврозмнинг тез кучайиши, кўришнинг тўла ожизликкача сусайиб бориши, бунда қорачиқлар кенглиги ёритилишга мос келади. Қорачиқ рефлекси тўлиқ сақланган; мустақил йўқолади ✦ Бош ва бўйин аъзолари: юз қизариши, кулоқ ости сўлак безларининг гипертрофияси, оғиз бўшлиғини гигиеник талабларига жавоб бермаслиги.

БЕЛГИЛАРИ

- Ўзгарган реактивлик синдроми. Спиртли ичимликларни кўтаришнинг бузилиши (алкоголь кўп ичилганда) химоя реакциясининг йўқолиши, хатти – ҳаракатнинг бузилиши. Мастлик ҳолатида хотиранинг йўқолиб қолиши. Алкоголизмнинг бошланғич босқичларида ичкиликка ружу қилиш ошиб боради (алкоголга телеранглик синдроми). Кейинчалик кўтара олиши камаяди.

- Рухий қарамлик синдроми – маст бўлишга тинимсиз интилиш. Хушёрлик ҳолатида рухий дискомфорт (рухий фаолият бузилишида ақлий меҳнатга лаёқат йўқолади). Мастлик ҳолатида рухий фаолият яхшиланиши.
- Жисмоний қарамлик синдроми – маст бўлишга жисмоний эҳтиёж (ўзини тута билмаслик), спиртли ичимлик миқдори устидан ўзини назорат қила олмаслик, абстинент ҳолат, мастлик ҳолатида жисмоний фаолиятнинг яхшиланиши.
- Сурункали интоксикация оқибатлари ✦ Рухий тубанлашиш оқибатлари: астения, психиканинг заифлашиши, кайфияти тез бузилиб, агрессив хулқ – атвор, ўз жонига қасд қилиш, ўткир психозлар (онгнинг хиралашуви ва галлюцинация таъсирида ваҳимага тушиш, ташқи тазйқлар йўқлигига қарамай васвасага тушиш ва сурункали кўзғалиш васвасаси, Корсаков психози); оғирлашган ҳолларда алкоғолдан ақлсизлик рўй бериши ✦ Неврологик оқибатлар: ўткир мия синдромлари, эпилептиформ, Гайе – Вернике, мияча синдроми, стриопаллидар етишмовчилик; периферик невритлар, кўрув, эшитув нервлари атрофияси.
- Патологик мастлик кам учрайдиган ҳолат, кам миқдорда спиртли ичимлик ичилса ҳам хулқ – атворда тўсатдан ўзгаришлар кузатилади ✦ Онг хиралашуви, дезориентация; васваса ва кўриш галлюцинацияси, психомотор кўзғалиш, агрессивлик, рухий тушкунлик ва ўз жонига қасд қилиш ✦ Патологик мастлик ҳолати бир неча соатдан бошланиб, узоқ давом этадиган уйқу ҳамда хотиранинг йўқолиши билан тугалланади.
- Абстинент синдроми алкоғоль истеъмол қилингандан сўнг 12 – 24 соат ўтгач бошланади ✦ Бошлангич босқичларида – симпатико – тоник кўзғалиш; тана юқори қисмининг қизариши, юзнинг шишинқираши, терлаш, панжа ва бармоқларнинг титраши, кўнгил айниши, қайт қилиш, ичнинг суяқ кетиши, сийдик ажралишининг тугилиши, иштаҳанинг йўқолиши уйқусизлик, бош айланиши ва оғриши, кўз қорачиғининг кенгайиши (мидриаз), юрак ва қорин соҳасида оғриқ пайдо бўлиши. Кўпинча эпилептиформ тутқаноқлар кузатилади ✦ Сўнгги босқичларда – вегетатив бузилишлар: ланжлик, томир тонусининг тушиб кетиши, цианоз, совуқ терлаш, юз қиёфасининг ўткирлашиши, мушаклар гипотонияси, атаксик бузилишлар (мустақил ҳаракат қила олмасликкача).
- Алкоғоль делирийси (оқ алаҳлаш).
- Алкоғоль галлюцинози – (эшитиш ёки кўриш галлюцинацияси) – органик галлюциноз ранг – баранг ва барқарор галлюцинациялар билан бошланади. Сурункали мастлик ҳолатидан 48 соат ўтгач бошланади. Бунда бемор васвасага тушиб, доимий эшитув галлюцинацияси, товушлар билан баҳслашади, уришади, кейинчалик бу товушларга мослашиб қолади. Рухий бузилиш ҳар қандай ёшда (эркакларда 4 марта кўпроқ) ривожланади. Узоқ муддат давомида ичиш оқибатида алкоғолга қарамлик ҳисси пайдо бўлади. Галлюцинация ҳолати ҳафталаб давом этади ёки доимий бўлиши мумкин.
- Алкоғолли амнестик синдром (Корсаков синдроми) – бунда хотира қобилияти йўқолади, бемор вақтни аниқлай олмайди ва уйдирма жавоблар қўллашга ўтади. Бундай ҳолат бемор узоқ муддат давомида ўта маст ҳолатида бўлиши туфайли

ривожланади. Соматик ёки рухий бузилишлар бир – бири билан боғлиқ бўлмаган ҳолда ривожланади.

- Алкоголли энцефалопатия – (277730, 3р 14.3, транскетолоза гени нуқсони [КФ 2.2.1.1], р.).
- Деменция – ақлсизлик.

РИВОЖЛАНИШ БОСҚИЧЛАРИ

- Бошланғич белгилари ✦ Оилада алкоголь мунтазам ичиб турилганда одамда захарланиш белгилари пасаяди; мастлик ҳолатида ва ичилмаганда жонланиш, кайфиятнинг кўтарилиши, тонуснинг ортиб бориши, ҳаракат активлиги, кайфият кўтарилиши, иштаҳанинг очилиши, жинсий аъзолар функциялари бузилмаган ✦ Ичкиликни кундузи ичиш дискомфорт чақирмайди; хаддан ташқари мастлик ҳолларида бемор қайт қилади, лекин эртасига ичкилик ичишдан воз кечиш хаёлига келмайди ✦ Ҳаёт тонусининг кўтарилиши кўпинча инжиқлик, жанжал кўтаришга мойиллик билан боради.
- I босқич (1 – 4 йил давом этади) ✦ Ўзгарган реактивлик синдроми: тез – тез ва кўп миқдорда спиртли ичимлик истеъмол қилиш туфайли қайт қилиш ҳолати йўқ ✦ Алкоголга руҳан боғланиш, бу кишида миядан кетмайдиган ичиш истагини пайдо қилади ✦ Алкоголга жисмоний интилиш йўқолади ✦ Алкоголнинг организмга таъсири натижасида захарланиш асоратлари пайдо бўлади. Бунда қувватсизлик, соматик томондан неврологик бузилиш ҳолати кузатилади.
- II босқич (5 – 15 йил давом этади) ✦ Ўзгарган реактивлик синдроми. Спиртни яхши кўтаради, доимо мастлик ҳолатида юради, алкоголь ичиш бутунлай ички сабабларга боғлиқ, масалан, пул йўқлиги. Алкоголнинг седатив самараси йўқолиб, фақат активловчи мойиллик кузатилади. Алкоголь полимпсестлари тўлиқ амнезия белгилари билан алмашинади. Мастлик ҳолатида ичкиликка бундай интилишнинг кучайиши ёки ружу қўйиш натижасида бемор хатти – ҳаракатларини эслай олмай, ступор ҳолатига тушиб, камҳаракат бўлиб қолади ✦ Алкоголга рухий қарамлик синдроми: рухий хотиржамлик алкогольни доимо ичиб туришга боғлиқ; соғлиқ ҳолатида рухий фаолият бузилади, аклий меҳнатга лаёқат бўлмайди ✦ Жисмоний қарамлик синдроми: алкогольга жисмоний ружу қўйиш, хулқ – атворнинг, маънавий қадриятлар, ўзаро муносабатлар тўғрисидаги тушунчаларнинг бузилганлиги. Ичмаган ҳолатда бемор руҳан эзилган, тушкунликка тушади, ишга лаёқатсиз, жаҳлдор бўлиб қолади. Алкоголь истеъмол қилса, ундаги жисмоний ҳаракат функцияси тикланади ✦ Абстинент синдромида бемор симпатико – тоник кўзғалиш формасида: кечаси ухламайди, кўриш ва эшитиш галлюцинациялари пайдо бўлади ✦ Алкоголдан организмнинг захарланиш аломатлари кузатилади ✦ Беморда психик сфера бузилганда руҳан тубанлашиш рўй беради, ижтимоий ўсиш тўхтади, қизиқишлар йўқолади, ижодий фаоллик сусаяди, таъсирчан бўлиб қолади, оилага, меҳнатга қизиқиш, интеллект пасаяди ва у беҳаёлик, беандишалик, ўринсиз қилиқлар қилиш билан юзага чиқади. Бундай ҳолларда оила аъзоларига беморнинг васвасага тушиши, қизғаниш ҳолатининг пайдо бўлиши хавфли ҳисобланади. Беморнинг шикастланиши, операция қилиниши ўткир алкоголь

психози асоратларига олиб келиши мумкин ♦ Асаб системасининг бузилиши туфайли невритлар, кўз қорачиғининг хиралашуви, кўрув майдонининг торайиши, эшитишнинг айрим даражаларгача пасайиши, атаксия, нистагм, ҳаракатлар координациясининг бузилиши ♦ Юрак – қон томир системаси ва жигар фаолияти бузилади.

- III босқич (5 – 10 йил давом этади) ✦ Ўзгарган реактивлик синдроми: ўткир спиртли ичимликларни кўтара олишнинг пасайиши. Узлуксиз мастлик жараёни беморни жисмоний ва психологик зўриқишга олиб келади. Ичишнинг кундан – кунга ошиб бориши оқибатида бемор спиртли ичимликларни бутунлай ичмай қўяди ва шу билан узлуксиз ичиш тўхтайди. Алкоголни ичиш оқибати хотиранинг йўқолиши билан кечади ✦ Алкоголга руҳий қарамликда психиканинг кўпол ўзгаришлари сабабли айрим симптомлар билинмайди ✦ Жисмоний қарамлик синдромида бемор ўз – ўзини бошқара ололмайди. Уларда дозани назорат қила олмаслик ва толерантликнинг пасайиши ўлим ҳолатига олиб келади ✦ Абстинент синдромида вегетатив бузилишлар ✦ Интоксикация оқибатлари ♦ Психиканинг бузилиши, эмоциянинг йўқолиши кузатилади. Бемор ўз – ўзини бошқара олмайди, шу сабабли доимо назорат остида бўлиши керак ♦ Беморнинг ақлсизлик ҳолатига тушиб қолиши туфайли, псевдопаралитик кўриниш намоён бўлади ♦ Уларда сурункали галлюциноз, рашк васвасаси кузатилади ♦ Неврологик текширувда энцефалопатия (ўткир руҳий ўзгаришлар), полиневритлар аниқланади. Беморларнинг 20 % да алкоголь энцефалопатиясининг эпилепсияга хос белгилари кузатилади ♦ Организмнинг деярли барча аъзолар ва тизимлари заҳарланган; кардиомиопатия ва жигар яллиғланиши биргаликда учрайди.

Диагностикаси • Беморга ташхис қўйишда психологик тестлар: куйидаги 4 та савол (сезувчанлик ва спецификлик 70 % дан кам, 2 та саволга ижобий жавоб алкогольизм борлигидан далолат беради) сўрилади ✦ Алкоголь ичишни камайтириш кераклиги хаёлингизга келадими? ✦ Қариндош – уруғларингиз сизга ичкилик ичишни тўхтатишни тавсия этса жаҳлингиз чиқадими? ✦ Спиртли ичимликлар ичишда ўзингизни айбдор деб ҳисоблайсизми? ✦ Алкоголни ичиб туриб, яна эртасига ичишни хоҳлайсизми? • Бош мияни КТ, МРТ текширувидан ўтказилганда: қобик атрофияси, таламус ядроларида структуравий ўзгаришлар, ҳид билиш ва оралик мияда ҳам ўзгаришлар кузатилиши • Жигар биопсиясида алкоголь гепатити ёки циррози аниқланади.

ДАВОЛАШ

Режими • Шифохонада детоксикация ўтказиш учун кўрсатмалар ✦ Онгнинг хиралашуви натижасида галлюцинациялар таъсирида ваҳимага тушиш белгиларининг пайдо бўлиши анамнезда алкогольли делирий борлиги ✦ Амбулатор детоксикацияни ўтказиб бўлмаслик ✦ Касалхонага ётқизишга кўрсатма ҳисобланган ёндош касалликлар ✦ Яққол руҳий бузилишлар (жумладан ўз жонига қасд қилишга мойиллиги бўлган депрессия) ✦ Ичкиликни ташлашга қатъий ваъда бера олмаслик ✦ Теварак – атрофдаги нобоп кишилар.

Пархез – В гуруҳ витаминлари, магний, фосфор, рух моддалари етишмовчилигини тўлдирадиган сифатли овқатланиш тавсия этилади.

Даволашни олиб бориш тамойили • Алкоголни мунтазам истеъмол қилиш ичкиликбозликнинг бошланғич омили ҳисобланади • Айрим беморлар врачга ташқи таъсир натижасида мурожаат қилишади. Агар бемор ўз хоҳиши билан мурожаат қилса, яхши натижа беради • Даволанишга келган беморларга врач ва яқин қариндошларининг бир – бирини тушуниб етишлари яхши психологик муҳит яратади • Даволаш наркологик диспансерда ва касалхоналарнинг махсус бўлимларида ва палаталарида врач – нарколог ва психиатрлар томонидан олиб борилади. **Даволашнинг асосий вазифаси** ✦ Абстинент синдромни, захарланиш асоратларини ✦ Ичкиликка мойилликни сўндириш, соматик ва психологик реакцияларни тиклашдан иборат ✦ Ичкиликка мойилликни сўндиришда психотерапия ўтказиш, гипноз билан даволаш ✦ Ўткир алкоголь психозларини ва беморнинг мастлик ҳолатида ўзига зиён етказишининг олдини олиш (седатив ва психотроп дори воситалари) ✦ Ғарб мамлакатларида ичкиликка ружу қўйганларнинг «Аноним алкоголиклар» кўнгилли жамияти самарали фаолият кўрсатмоқда.

ДОРИЛАР БИЛАН ДАВОЛАШ

- Абстинент синдромда – юқори дозадаги С ва В витаминлари, тиамин (Корсаков синдромида тиамин суткасига 50 – 100 мг) ва инфузион терапия 5 % глюкоза эритмаси, натрий хлорид + кальций хлорид + калий хлорид (Рингер эритмаси) ва бошқалар.
- Детоксикацияни сўндириш ва абстинент ҳолатини тўхтатиш ✦ Хлордиазепоксид алкогольли делирий зўрайганда 25 – 50 мг. ҳар 2 – 4 соатда (зўрайиш ҳолати сўнгунча), делирийда ҳар 4 соатда 50 – 100 мг., диазепам 5 мг. дан ичиш учун ёки венага ✦ Диазепам 1 – 3 мг. в/и ҳар соатда тутқаноқ ҳолатида ✦ Жигар яллиғланишида лоразепам ✦ Синусли тахикардияда β – адреноблокаторлар ✦ Вегететив дисфункцияда, тахикардия, қалтироқлик, артериал гипертензияда клонидин препарати буюрилади.
- Алкоголизмни даволашда махсус моддалар қўлланилади ✦ Дисульфирам қабулидан сўнг 12 соат ичида алкоголь ичимлиги ичилса, организмда 1 – 3 соат давом этадиган оғир реакция кузатилади. Бунда 5 – 15 минутдан сўнг бош миёга қон “қуйилиб” келаётгандек сезги бўлади, юз ва бўйин соҳаларидаги тери ости томирларининг кенгайиши, бош оғриғи, тахикардия, нафас қисиши, терлаш ҳолатларини чақиради. 30 – 60 минутдан сўнг бемор кўнгил айнаши, қайд қилиши ва коллапс ҳолатига тушиш мумкин. Дисульфирам қабул қилинганда алкоголь ичишда организмда унга қарши иммунитет хо бўлиб, алкогольнинг ҳидига ва таъмига рефлекс кузатилади ✦ Унинг бошланғич миқдори кунда 0,5 г. дан ва 1 – 3 ҳафта мобайнида ичиш учун ✦ Дисульфирамни охириги алкоголь ичилган кундан бошлаб 24 соат ичида организмга юбориш ҳамда 3 – 7 кун мобайнидаги таъсири ҳақида бемор ва унинг оила аъзоларини огоҳлантириш зарур ✦ Налтрексон организмда алкогольга бўлган майлни сўндириб, унинг тонус кўтарувчи таъсирини камайтиради.

Асоратлари • Алкоголизмнинг қайталаниши • Алкоголли полиневропатия • Деменция • Организм ҳимоя кучининг пасайиши туфайли юкумли касалликлар пайдо бўлиши • Сон суяги бўғим бошчасининг асептик некрози • Жигар циррози (аёлларда кўпроқ учрайди).

Кечиши ва прогнози • Сурункали қайталаниб кечиши • Алкоголизмнинг узоқ ва мунтазам равишда кечиши спиртли ичимликнинг тури ва сифатига, заҳарланишнинг асоратларига боғлиқ. Алкоголга қарши даволаш касаллик ривожланишини маълум муддатга тўхтатади. Айрим ҳоллар (мунтазам ичкиликбозлик оқибатида барча аъзолар фаолиятининг бузилиши, абстинент ҳолат) ўлимга олиб келади • Алкоголдан ўлим ўртача ўлимдан 3 – 4 баравар кўпроқ • Нейроэндокрин функциянинг етишмаслиги, аъзо ва системаларнинг бузилиши (мия тўқимасининг атрофияси, жигар, меъда ости беши фаолиятининг бузилиши) психик ва соматоневрологик ногиронлашув ҳолатига олиб келади.

ХКК – 10 • F10 Алкоголь ичиш оқибатида руҳий ва хулқ – атворнинг бузилиш ҳолати • **P04.3** Ҳомиладор аёлларнинг ичкилик ичиши оқибатида ҳомила ва янги туғилган чақалоқда ўзгаришлар рўй бериши • **G31.2** Алкоголь натижасида юзага келган асаб дегенерацияси • **Z71.4** Алкоголизм тўғрисида маслаҳатлар ва кузатишлар • **Z50.2** Алкоголизмда реабилитация • **Y57.3** Алкоголизмни даволашда махсус воситалар.

Эслатмалар • Алкоголизм оғир касаллик бўлиб, уни икки шарт – шароит бўлганда даволаш мумкин. Бу бемор хоҳишига кўра даволаниши ва махсус клиникада тўлиқ шароит яратиш • «Алкоголизмдан халос этамиз, ундан кодлаймиз» деган рекламага ишонмаслик • Беморларнинг алкогольни ташлаши учун оила аъзолари унинг хоҳишини эътиборга олмай турли хил дори – дармонлар, кимёвий воситалар билан даволашга уринадилар. Бундай даволаш қатъиян ман этилади, чунки кўпгина кўнгилсизликларга олиб келиши мумкин.

Иловалар. 1. Ҳомиланинг алкогольли синдроми. Онанинг ҳомиладорлик даврида алкоголь истеъмол қилиши оқибатида чақалоқда алкогольли синдром пайдо бўлади. Шунинг учун ҳомиладор аёлларнинг спиртли ичимликлар ичиши қатъиян ман этилади. Чунки алкоголь миқдорини организмдан чиқариб юборувчи профилактик чоралар кутилган натижани бермайди. **Клиник белгилари:** микроцефалия, кўз ёриғининг торлиги, юзнинг ясаниши, бурун – лаб эгати ва юқори лабнинг етилмаганлиги, қаншарнинг пастлиги, буруннинг катталиги, кўз юқори бурчагидаги бурмалар, қулоқ аномалияси ва микрогнатия кузатилади.

Профилактикаси: ҳомиладор аёлларни кузатиш.

ХКК – 10 • Q86.0 Ҳомиланинг алкогольли синдромини кузатиш. **2. Абузус** – бир ёки бир неча кун ичида кўп миқдорда алкоголь ёки наркотик моддаларни қабул қилиш, улар рўй – рост интоксикацияга олиб келади. Оқибатда хотиранинг пасайиши, амнезия рўй беради.

ДЕЛИРИЙ

Делирий – сурункали рухий бузилиш ҳолати билан кечадиган касаллик ҳисобланиб, барча беморларнинг 10 – 30 % ташкил этади, тез ёрдам ва куйиш марказларида эса ундан ҳам кўп учрайди. Унинг асосий клиник белгиси (оқ алаҳлаш) онгнинг бузилиши бўлиб галлюцинация ва иллюзиялар (кўрув), ҳулқнинг ўзгариши кўринишида бўлади.

Этиологияси • Делирийни бош миянинг ҳар хил зарарланишидаги умумий синдром деб баҳолаш мумкин • Унинг асосий сабаблари: инфекциян касалликда тана ҳароратининг кўтарилиши, юрак, нафас, буйрак ва жигар етишмовчилиги, В₁ витамини етишмовчилиги, психикага актив таъсир қилувчи моддалар, операциядан сўнгги ҳолат, кўп қон йўқотиш, бош мия ички босимининг ошиши, бош мия травмаси, эпилептик тутқаноқ, мия шиши, субарахноидал қон қуйилиши, энцефалит ва менингитлар • Алкоголь истеъмоли кескин тўхтатилганда оқ алаҳлаш касаллиги вужудга келади. Бундай ҳолларда алкоголь делирийси тўғрисида гапирилади.

Клиник манзараси. Делирий бошланишида продромал белгилар пайдо бўлиши муҳим омил ҳисобланади. Улар уйқусизлик, кўркув, кайфиятнинг ҳар хил ҳолатга тушиши, ёруғлик ва шовқинга ортиқча таъсирчанлик. Қисқа муддатли уйқу даврида беморда ҳиссиёт ўзгаришлари кучли намоён бўлиб, совуқ тер босиб уйғониб кетади. Уйқуга кетиш олдидан галлюцинациялар. Кўзлари юмуқ ҳолда даҳшатли манзаралар кузатилади. Масалан, ўлиб кетган қариндошлари ва қора кийимдаги қиёфалар намоён бўлади.

- Делирийнинг асосий белгиларидан бири онгнинг галлюцинатор хиралашувидир. Онг хиралашувининг оғир даражаси кун давомида пайдо бўлади, бу эса делирийнинг асосий клиник белгиларидан биридир. Беморнинг кундузги ҳолати онгнинг ойдинлашуви билан кечади. Бу ҳолат бир неча минутдан бир неча соатгача давом этади. Ориентация ўзига хос тарзда бузилади. Бу хил бузилиш вақтга, маконга, шахсга алоқадор бўлиши мумкин, аммо баъзан беморларда ўз шахсига тегишли (оғир ҳоллардан ташқари) ориентация сақланади: бемор ўз шахси, ким бўлиб ишлаши, ёши нечадалиги тўғрисида аниқ жавоб беради.
- Галлюцинациялар ва иллюзияларнинг пайдо бўлиши билан беморда ҳиссиёт ўзгаришлари кучли намоён бўлади. Иллюзияларда, масалан, девордаги ёриқчалар илон шаклида кўринади, коридордаги шовқин эса оломон чинқириғидай эшитилади. Бемор галлюцинация ҳолатида уйнинг қоронғу бурчагида бегона одамлар шарпасини ёки қаработ тагидан одам калласига ўхшаш “шар” нинг думалаб чиқишини кўради. Иллюзия ва галлюцинациянинг аралашиб кетиши натижасида бемор макон ва замонни тўғри идрок қила олмайди. Ўраб турувчи муҳит ва одамлар унинг эътиборини жалб қилмайди.
- Алаҳлаш доимий эмас, у кун мобайнида ўзгариб туради. Унинг кучайиши натижасида беморда ҳаракат кўзғалишлари, тахикардия, нафас олишнинг тезлашуви кузатилади. Алаҳлаш асосан кечга яқин ва қоронғуликда кузатилади.
- Беморнинг бундай ҳолати ундаги кўркув кечинмаси ва галлюцинация сақланишига мос бўлиб, ҳулқнинг тўсатдан психомотор тормозланишдан психомотор кўзғалишгача ўзгариб туриши хосдир.

- Беморнинг фикрлари бир – бирига боғлиқ эмас. Улар жиззаки бўлади, гаплари узук – юлук , ўз ҳаётига тажовуз қилмоқчи бўлган кимсалар ҳақида гапиради.
- Хотира бузилганда ўз шахсини англаши, атрофни фаҳмлаши издан чиқади, кўп ҳолларда даҳшатли галлюцинациялар ва васвасалар ҳолатида беморлар ўринсиз ҳазиллашадилар, куладилар, яъни ўз туйғулари ва ҳиссиётларига номаъкул тус берадилар.
- Одатда делирийда ўз ҳолатига танқидий муносабат бўлмайди.

Текшириш усуллари. Делирий – шошилич ҳолат бўлиб, унинг сабабини аниқлаш учун юборилган беморларга тез ёрдам кўрсатиш, тиббий кўрикдан тез ва тўлиқ ўтказиш зарур. Масалан, бош мия ўсмаси ёки субдурал гематомага шубҳа бўлганда МРТ/КТ ўтказилади; буйрак етишмовчилигида буйрак функцияси текширилади.

Кечиши ва прогнози. Делирийни келтириб чиқарган омилларни аниқлаб, уни бартараф этиш лозим. Делирий даволанмаса ҳам ўз – ўзидан ўтиб кетади, лекин қайта авж олиши, кейинчалик деменция ривожланиши ёки психоорганик синдромни келтириб чиқариши мумкин. Делирийнинг 25 % ўлим билан тугайди.

ДАВОЛАШ

- **Уни олиб бориш тактикаси** ✦ Келтириб чиқарувчи сабабларни аниқлаш ва бартараф этиш ✦ Делирийни даволашда вақт ва маконга дезориентациянинг яққоллигини сусайтириш зарур. Бунда беморга унинг қаердалиги, ким билан суҳбатлашаётгани, бугун қандай кунлиги ҳақида маълумот бериб турилади. Беморни доимо битта одам парвариш қилгани маъкул. Унинг дўстлари ва қариндошлари кўп вақтларини у билан ўтказишлари, у кўпроқ ўз яқинларини кўриб туриши лозим ✦ Ташқи муҳитдаги салбий таъсиротлардан беморни узокроқ тутиш керак. Беморнинг жойга ўрганишини осонлаштириш учун бир ўринли тинч палатага жойлаштириш зарур.
- **Дорилар билан даволаш** ✦ Дори воситаларини танлашда эҳтиётлик билан, кам миқдорда буюриш лозим, чунки бемор онги бузилишини кўзғатиб юбориши мумкин. Делирийни даволашда нейролептиклар ва бензодиазепинлар қўлланилади ✦ Кўзғалишнинг олдини олиш учун седатив таъсири бўлмаган, артериал гипотензия ривожланиш хавфи кам, юрак қон томир системасига ноҳуш таъсир этмайдиган нейролептиклар буюрилади. Галлоперидол – нейролептик танлов восита бўлиб, бошланғич дозаси 2 – 10 мг. мушак орасига ҳар соатда беморнинг кўзғалиш ҳолати кучайганда юборилади ёки ичиш учун берилади. Бир хил терапевтик натижа олиш учун ичишга берилган дори дозасини парентерал юбориш дозасига нисбатан 1,5 марта ошириб бериш керак. Кўп ҳолларда таъсирини кучайтириш мақсадида кунда 10 – 60 мг. галлоперидол буюрилади. Хлорпромазин ва бошқа фенотиазинлар ҳам делирийни даволашда қўлланилади, аммо бу дори воситалари артериал босимни тушириб, седатив таъсир кўрсатади. Дорини жигар касалланган бўлса, қўллаш ман этилади. Алкогол делирийсида хлорпромазин қўллаш мумкин эмас. Чунки беморда эпилептик тутқаноқ пайдо бўлишига олиб келади. Зуклопентиксол, кветиапин ҳам буюриш мумкин ✦ Уйқусизликда бензодиазепинлар (масалан, триазолам,

диазепам, нитрозепама, бромдигидрохлорфенилбензодиазепин) буюрилади. Бензодиазепин кундуз куни тафсия этилмайд, чунки у беморга седатив таъсир кўрсатиб, дезориентацияни кучайтиради. Жигар етишмовчилигида бензодиазепин препаратини буюриш мумкин, чунки бу дори воситаси берилганда жигар комасининг ривожланиши камроқ кузатилади ✦ Алкогол делирийсида кўшимча дегидратацион, дезинтоксикацион даволаш услублари ҳамда С ва В гуруҳ витаминлар, айниқса В₁ катта миқдорларда буюрилади.

ХКК – 10 • F05 Алкогол ёки бошқа психоактив моддалардан келиб чиқмаган делирий.

ДЕМЕНЦИЯ (ақлан заифлик)

Деменция – хотира бузилиши, интеллект сусайиши, шахс ўзгариши билан кузатиладиган органик руҳий хасталиқдир. Туғма ақлан заифликдан фарқли ўлароқ деменция орттирилган касалликдир. Унинг негизда доимо бош мианинг органик зарарланиши ётса ҳам кўп ҳолларда унга доир органик омилни аниқлаб бўлмайд. Аслида деменция қайтмас жараён дир. Лекин, баъзан келтириб чиқарувчи сабаблар бартараф этилганда деменцияни даволаса бўлади. **Учраши.** Аҳолининг 65 ёшдан ошган қисмининг 5 % деменциянинг оғир даражаси билан хасталанади, 16 % да эса енгил даражада ўтади.

Этиологияси • МНС нинг дегенератив касалликлари ✦ Альцхаймер касаллиги ✦ Хантингтон касаллиги ✦ Паркинсон касаллиги ✦ Кройтцфельдт – Якоб касаллиги ✦ Нормотензив гидроцефалия ✦ Бош мия ўсмалари ✦ Сурункали субдурал гематома* • Дори моддалар ва токсинлар, жумладан алкоголь (алкогол деменцияси) • Калла – бош мия жароҳатлари • Эндокрин бузилишлар ✦ Қалқонсимон без касалликлари ✦ Қалқонсимон без олди беши касалликлари ✦ Юқумли касаллиқлар ✦ Энцефалит ✦ Нейрозахм ✦ ОИТ – инфекцияси • Бош миёда қон айланишининг бузилиши • Ис газидан захарланиш • Витаминлар етишмовчилиги ✦ В₁₂* ✦ В₁* ✦ Фолат кислота*.

Классификацияси • Психик белгиларга кўра ✦ Оддий ✦ Психотик • Оғирлиги бўйича ✦ Енгил (касбий ва ижтимоий фаолияти жиддий бузилган, лекин ўз – ўзига хизмат қилиш, гигиеник кўникмалар, ўз ҳолатига муносабати қисман сақланган) ✦ Ўртача (беморни ёлғиз қолдириш хавфи, назорат талаб этилади) ✦ Оғир (кундалик фаолияти тўлиқ бузилган, доимий парваришга мухтож).

КЛИНИК МАНЗАРАСИ

Яққол белгиси – идрок этишининг бузилишидир. Шунингдек бошқа клиник белгилар: хулқ – атворнинг бузилиши, эмоционал ўзгаришлар. Касаллик аста – секинлик билан ривожланади. Бирок, кўп ҳолларда ўзгаришлар, атроф шароитнинг ўзгариши ёки кўшилиб келган соматик касаллиқлар натижасида аҳвол ўта ёмонлашгандан кейин аниқланади. Баъзан деменцияда касаллар учун хос бўлмаган агрессив хулқни ёки сексуал бузукликни кузатиш мумкин. Беморнинг шахси ёки хулқида ўзгариш сезилса, айниқса бемор 40 ёшдан ошган ва бирорта кечаётган

рухий хасталиги бўлмаса, деменция бор – йўқлиги масаласини ҳал этиш керак бўлади.

• **Идрок функцияларининг бузилиши**

★ **Хотира бузилиши.** Деменцияда ҳам қисқа, ҳам узоқ вақтли хотира зарарланади ва конфабуляциялар бўлиши мумкин. Енгил деменция учун хотиранинг ўртача бузилиши хос, кўпинча, яқин ўтмишда бўлиб ўтган ҳодисалар, масалан телефон рақамлари ёки кун давомида рўй берган воқеа – ҳодисаларнинг ёддан кўтарилиши. Оғирроқ ҳолларда хотирада фақат яхши ёдлаб олинган мавзуларгина сақланиб қолиб, янги ахборотлар тезда ёддан кўтарилади. Касалликнинг охириги босқичларида бемор яқин қариндошларининг исми, ўзининг касби, ҳатто ўз исмини ҳам эслай олмайди, бу ҳол ўз шахсиятига нисбатан дезориентация кўринишида намоён бўлади ★ **Диққатнинг бузилиши**, деменцияда беморлар бир неча омилларга бир вақтнинг ўзида эътибор бериш хусусиятини йўқотадилар, бир мавзудан иккинчисига диққатни жалб эта олмайдилар ★ **Олий фаолиятнинг бузилиши** – агнозия, апраксия ва афазияда намоён бўлади.

• **Вақт ориентациясининг бузилиши** одатда касаллик бошланганда пайдо бўлади ва доим жой ва ўз шахсига нисбатан ориентация бузилишидан аввал келади (делирийда ўз шахсига нисбатан ориентация сақланган бўлади). Чуқур деменцияда, муҳитдаги ориентация бузилишлари яққол бўлган бемор таниш бўлган шароитда ҳам ўзини йўқотиб қўйиши мумкин.

• **Шахс ўзгариши ва ҳулқ бузилиши** асталик билан бошланади. Беморнинг касалликкача бўлган асосий шахсий белгилари кучайиб боради: қувноқ, серҳаракат кишилар беҳаловат, ораста ва саранжомлилар эса қизганчиқ бўлиб қоладилар ва ҳ.к. Шахсиятпарастлик кучайиб, бошқа кишиларга нисбатан эътибор, ғамхўрлик ҳисси йўқолиб, хавфсираш, майда хафагарчиликлар ва жанжалларга мойиллик пайдо бўлади. Беморларда сексуал бузуклик кучаяди. Баъзи ҳолларда дайдилик қиладилар, кераксиз ташландиқ нарсаларни йиғиб юрадилар. Бошқа ҳолларда эса беморлар фаоллигини йўқотиб, қизиқишсиз, лоқайд, бекорчи бўлиб қоладилар. Деменция кучайган сайин озодаликка риоя қилмай қўядилар, ўз – ўзига хизмат қила олмайдилар, атрофдагиларга бефарқ бўлиб қоладилар.

• **Фикрлашнинг бузилиши.** Фикрлаш суръати сусайган, тасаввур этиш ва мантиқан фикрлаш қобилияти пасайиб кетади. Бемор муаммоларни ҳал этиб, умумлаштира олмайди. Оғирлашган ҳолларда умуман нутқи камбағаллашади. Деменцияда алахсираган ғоялар шаклланиши мумкин, одатда улар оддий ва мантиқсиз бўлади. Масалан, бемор аёл ўзида ҳеч қачон бўлмаган буюмни ўғирлашди дея таъкидлаши мумкин. Эркакларда эса кўпинча рашқдан алахсираш ривожланади.

• Кўп ҳолларда ўз ҳолати ва атроф муҳитга **танқидий муносабатнинг сусайиши** кузатилади. Стресс шароитларида, ўткир таҳликали депрессив реакциялар – “катастрофик реакциялар” – интеллектуал камчиликни субъектив англаш эҳтимоли бор. Танқидий муносабат қисман сақланганда беморлар одатда ўз интеллектуал нуқсонларини яширишга уринадилар (суҳбат мавзусини

ўзгартирадилар, ҳазиллашадилар ёки бошқа турли йўллар билан шифокорни чалғитмоқчи бўладилар).

- **Эмоционал бузилишлар** ўта турли – туман ва ўзгарувчан бўлади. Беморларда кўпинча таҳлика ва таъсирчанлик, атрофга бефарқлик, йиғлоқилик, қаҳр билан кузатилувчи депрессив, камроқ ҳолларда бир тусли қувноқлик, беташвиш маниакал ҳолат кузатилади.
- Деменцияда баъзан **идрок бузилишлари** юз беради (галлюцинация ва иллюзия). Бемор гўё кўшни хонада ёш болаларни ўлдиришаётганини, уларнинг кичкириғини эшитаётганини айтади.

Текшириш усуллари • Лаборатор ✦ Қон таҳлили (қоннинг батаф клиник ва биокимёвий таҳлили, В₁₂ витамини ва фолат кислотасига) ✦ Қалқонсимон без фаолиятини текшириш ✦ Фон Вассерман реакцияси ва ОИТ га қон таҳлили • Асбоблар ёрдамида ✦ ЭЭГ ✦ КТ, МРТ (нормотензив гидроцефалия, инфарктлар, субдурал гематомалар, ўсмаларни истисно этиш) • Бошқа руҳий касалликлар билан боғлиқликни истисно қилиш учун психологик тестлар ўтказиш.

ДИФФЕРЕНЦИАЛ ДИАГНОСТИКА

- Деменциядан фарқли равишда, одатда, кексайган одамларда янги маълумотларни ўзлаштириш хусусияти пасайиб, бироз хотираси бузилиб, фикрлаш жараёни секинлашади, бу ўзгаришлар беморнинг одатдаги ижтимоий ва касбий ҳаётини давом эттиришга ҳалал бермайди.
- Баъзан делирий ва деменцияни бир – биридан фарқлаш қийин, ҳатто мумкин бўлмайди, негаки деменцияли беморларда кўпинча делирий бузилишлар ривожланади. Делирий учун эса ўткир бошланиш, кам давомийлик, яққол ўзгаришларни кун давомида ўзгариб туриши (кечкурун ва тунда ҳолати ёмонлашади), уйқу, диққат ва идрок этишнинг яққол бузилиши хосдир. Галлюцинациялар (кўзга кўринадиган) ва транзитор алахсираш кўпроқ делирийга тааллуқлидир.
- Кайфиятнинг ўзгариши. Кекса одамларда депрессия баъзан когнитив бузилиш белгилари билан кузатилади ва қиёсий ташхисни мураккаблаштиради. Бу ҳолат «депрессив псевдодеменция» термини билан изоҳланади. Бундан ташқари, кўпчилик беморларда айниқса улар ўз интеллектуал нуқсонларини тан олсалар деменция билан биргаликда депрессия белгилари учрайди. Ташхисга аниқлик киритиш мақсадида антидепрессантлар билан синама даво муолажаси ўтказиб кўриш мумкин. Депрессив псевдодеменцияда антидепрессантлар билан даволаш даврида депрессия белгилари билан бирга когнитив бузилишлар ҳам йўқолиб боради. Депрессия билан кечувчи деменцияда антидепрессантлар билан даволаш беморларнинг кайфиятини яхшиласа ҳам когнитив бузилишлар сақланиб қолади.

Прогнози. Деменциянинг 15 % тузалиши мумкин, 10 % га даволаш самара беради. Кўп ҳолларда касалликни даволаб бўлмайди, у тобора кучайиб боради ва руҳий фаолиятнинг тўлиқ емирилишига олиб келади.

ДАВОЛАШ

Агар бемор даволашга мойил деменцияга учраган бўлса, давони деменцияни келтириб чиқарган касалликка нисбатан қўллаш керак.

- **Рухий – ижтимоий даволаш** беморни ва унинг оиласини руҳан қўллаб – қувватлашга қаратилган. Деменция билан хасталанган беморлар тинч, осойишта, ўзига таниш бўлган шароитда бўлмоқлари лозим. Беморнинг ўзига нотаниш, янги шароитга жойлаштириш одатда деменциянинг тез ривожланиб кетишига олиб келади. Рухий ва жисмоний фаолликни керакли даражада сақлаган ҳолда, беморга вақт ва жойга мослашувда зимдан ёрдам бериб туриш лозим.
- **Дорилар билан даволаш.** Ҳозиргача деменцияни тўлиқ даволовчи дори воситаси топилмаган. Дори терапияси алаҳсирашда, галлюцинацияларда, тажовузкор хулқда, депрессияда, безовталиқда, уйқусизликда, шунингдек бош миёда қон айланишини яхшилаш учун буюрилади. Деменцияли беморларда ҳар қандай психотроп воситалардан делирий юзага келиши мумкинлигини ёдда тутмоқ керак. Алаҳсираш, галлюцинациялар ва тажовузкор хулқда кичик дозада нейрорептиклар, масалан, 2 мг. галоперидол ичишга ёки м/о 25-50 мг. тиоридазин. Депрессияда антидепрессантлар тавсия этилади; танлов препаратлари – серотонинни тескари ушлаб турувчи ингибиторлар (сертралин, флуоксетин). Безовталиқ ва уйқу бузилишларида транквилизаторлар (одатда бензодиазепин ҳоаларининг кичик дозалари – диазепам, хлордиазепоксид, алпразолам, триазолам ва б.қ.) тайинланади. Барбитуратлар ва бензодиазепинларни қўлламаган маъқул, чунки улар деменция белгиларини кучайтиради.

ХКК – 10 • F00 Альцгеймер касаллигида деменция (**G30.+**) • **F01** Томирлар деменцияси • **F02*** Бошқа рубрикаларда таснифланган, бошқа касалликлардаги деменция • **F03** Аниқ бўлмаган деменция • **F04** Алкоголь ёки бошқа психоактив моддалар чақирмаган органик амнестик синдром.

ШИЗОФРЕНИЯ

Шизофрения – узлуксиз ва хуружсимон кечадиган руҳий касалликлардан бири бўлиб, кўпинча ёшлиқдан бошланади, шахснинг ўзига хос ўзгариши ва (аутизация, эмоционал – иродавий бузилишлар, ноадекват хулқ) фикрлашнинг бузилиши, ақл заифлигига олиб келади.

Учраши – 0,5 % аҳолида. Нейропсихиатрик касалхоналарда даволанувчиларнинг 50 % ни шизофрения билан оғриган беморлар ташкил қилади.

Генетик аспекти. Шизофрениянинг генетик аспектида касалликнинг ирсиятда учраши 3 % ни ташкил қилади. Унинг ривожланишига имкон берувчи бир қанча ҳолатлар мавжудлиги исботланган ёки тахмин қилинган.

КЛИНИК МАНЗАРАСИ

Шизофрениянинг клиник белгилари турли – туман. Унинг белгилар ва синдромларининг турли хил қўшилиб келган ҳоллари кузатилади.

Негатив белгилар. Психиатрияда «негатив» термини соғлом одамга хос муайян белгиларнинг йўқлиги, яъни рухий фаолиятнинг бузилганлигини (масалан, эмоционал реакцияларнинг “камбағаллашуви”) англатади. Негатив белгилар диагностикада ҳал қилувчи аҳамиятга эга.

- Фикрлашнинг бузилишлари. Шизофренияли беморларда бузилган фикрлашнинг фақат битта типи камдан – кам кузатилади; одатда фикрлаш бузилишининг ҳар хил турларининг бирга қўшилиб келиши қайд қилинади ✦ Режаларнинг ҳар хиллиги. Оддий буюмларнинг эътиборни тортмайдиган томонлари буюмнинг ўзидан ёки умумий шароитдан кўра гўё аҳамиятли бўлиб туюлади. Нутқи тушунарсиз, узук – юлуқ, эзмаликка мойил бўлади ✦ Нутқнинг ҳар ёққа бўлиниб кетиши. Унинг грамматик тузилиши сақланиб қолган ҳолда тушунчалар ўртасида фикр боғлиқлиги йўқолади. Нутқ ўзининг коммуникацион хоссаларини йўқотади, ташқи шакли сақлаган бўлса ҳам кишилар ўртасида мулоқат воситаси бўлмай қолади. Фикрлаш жараёнида тасодифий ассоциациялар томонига аста – секин ёки тўсатдан оғиш, символик фикрлашга мойиллик хос бўлади, бу тушунчаларнинг тўғридан – тўғри ва кўчма маъносининг бирга келиши билан тавсифланади. Бир мавзудан иккинчисига тўсатдан ва тушунарсиз ўтишлар, таққослаб бўлмайдиган нарсаларни таққослаш қайд қилинади. Яққол ҳолларда нутқ маъносидан йироқ ва сиртдан қарашда тўғри тузилган бўлса ҳам уни тушуниб бўлмайди. Фикрлаш ҳар ёққа бўлинган яққол ҳолларда бемор бир – бирига мутлақо боғлиқ бўлмаган сўзларни қалаштириб ташлайди, уларни битта жумла кўринишида талаффуз қилади (сўзлар йиғиндиси) ✦ *Sprengung* (фикрлашнинг тикилиб қолиши). Фикр йўналиши тўсатдан узилиши ёки фикр жараёнининг узоқ вақтга тўхтаб, гап ипининг узилиши. Бузилиш абсансдан фарқли равишда онг жойида бўлганда рўй беради. Бемор ўз фикрини ёки жавобини бошлайди ва кўпинча бирданига гапнинг ўртасида тўхтаб қолади ✦ Насихатгўйлик – маъноси кам, бўлмағур ва фойдасиз жимжимадор гапларни айтиб фикрлаш ✦ Неологизмлар – беморлар ихтиро қилган янги сўзлар, улар кўпинча турли сўзларнинг бўғинларини қўшиб ясалади, неологизмларнинг маъноси фақат беморнинг ўзига тушунарли (масалан, “табушка” неологизми “табуретка” ва “шкаф” сўзларидан ясалган). Тингловчи уни мутлақо бемаънилиқ деб қабул қилади, бироқ бу неологизмларни ишлатувчи учун эса керакли сўзларни танлай олмасликка лаёқатсизлик белгиси саналади.
- Эмоционал бузилишлар ✦ Шизофренияда эмоционал бузилишлар аввало эмоционал реакцияларнинг сўниши, эмоционал совуқлик билан намоён бўлади. Беморлар эмоционалликнинг пасайиб кетганлигидан ўз яқинларига ачинмайдилар ва уларни хуш кўрмайдилар. Бирор эмоция (ҳис – ҳаяжон) ни ифода қила олмайдилар. Бу бемор билан мулоқотни қийинлаштиради, натижада улар индамас, тунд бўлиб қоладилар. Шизофрениянинг бирмунча кечки босқичида касалларда кучли эмоциялар бўлмайди; агар улар пайдо бўлса, шизофрения диагнози тўғри қўйилганми деган шубҳа пайдо бўлиши керак.

Эмоционал совуқлик авваламбор ота – оналарга бўлган сезгиларда энг кўп намоён бўлади (одатда бемор ота – онаси ғамхўрлигига жаҳл билан жавоб қайтаради; улар унга нечоғлик меҳрибонлик кўрсатса, уларни шу қадар ёмон кўради). Касаллик ривожланган сайин эмоциянинг бундай ўтмаслашиши ёки атрофияси кўпроқ сезиларли бўлиб қолади: беморлар теваарак атрофдагиларга бепарво ва бефарқ бўлиб қоладилар ✦ Бироқ ҳеч қандай эмоциялари йўқ бўлиб кўринган беморда сира эмоциялар бўлмайди деган фикрни катта эҳтиётлик билан айтиш лозим. Шизофренияли беморлар соғлом одамлардек кучли бўлмаса – да, мусбат, ҳам манфий эмоцияларни юзага чиқарадилар. Ҳеч қандай эмоцияларни ҳис қилмайдиган шизофренияли айрим беморлар ҳақиқатда эмоцияларга бой ички ҳаёт билан яшайдилар ва уни билдириш лаёқатлари йўқлигидан оғир изтиробда бўладилар ✦ Амбивалентлик. Бир вақтнинг ўзида битта шахснинг ўзида битта ва бир хил объектга нисбатан иккита қарама – қарши тенденциялар (фикрлар, эмоциялар, хатти – ҳаракатлар) нинг биргаликда мавжуд бўлиши. У ёки бу ҳаракатларни ниҳоясига етказиш, қарор қабул қилиш имкониятининг йўқлиги билан юзага чиқади.

- Ирода бузилишлари. Эмоционал бузилишлар кўпинча активликнинг пасайиши, лоқайдлик, бўшанглик ва энергия (қувват) нинг етарли эмаслиги билан асосланади. Кўп йиллар мобайнида шизофрения билан касалланиб юрган беморларда аксарият шу манзарани кузатиш мумкин. Яққол ифодаланган ирода бузилишлари ташқи дунёдан беихтиёр воз кечишга, унинг ўрнига ўз дунёсининг воқеликдан узилиб қолган фикрлари ва фантазияларини афзал кўради (аутизм). Иродаси яққол бузилган беморлар ҳаракатсиз, нофаол, пассив ва ташаббус кўрсата олмайдиган кишилар бўлиб кўринадилар. Одатда, эмоционал ва ироданинг бузилишлари бир – бирига кўшилиб кетади, уларни “эмоционал – ирода бузилишлари” деган ягона ном билан атайдилар. Эмоционал ва ирода бузилишларининг клиник кўринишидагига нисбати ҳар бир беморда ўзига хос (индивидуал). Эмоционал – ирода бузилишларининг юзага чиққанлиги касалликнинг авж олиши билан боғлиқ.
- Шахс бузилишлари – салбий белгиларнинг авж олиши натижаси ҳисобланади. Ноўрин хатти – ҳаракатлари, юриш – туриши ва қилиқларини ошқор қилиш, эмоционал совуқлик, мантиққа зидлик, одамовилик белгиларида намоён бўлади.

Позитив (психотик) белгилар. Психиатрияда “позитив” (“продуктив”) термини соғлом психика учун хос бўлмаган ҳолатлар (масалан, галлюцинациялар, алаҳлаш) пайдо бўлишини англатади. Позитив белгилар шизофрения учун хос эмас, чунки бошқа психотик ҳолатларда (масалан, органик психозларда, чакка эпилепсиясида) ҳам учрайди. Клиник кўринишда позитив белгилар устунлик қилиши касаллик кўзиганидан далолат беради.

- Галлюцинатор – параноид синдром кам системага солинган, тартибсиз алаҳлаш ғоялари, аксарият таъқиб этадиган руҳий автоматизм синдромли ва/ёки вербал галлюцинациялари бўлган белгиларнинг кўшилиб келиши билан намоён бўлади ✦ Бемор учун хаёлий тимсоллар объектив мавжуд тимсоллар каби реал. Беморлар ҳақиқатдан ҳам кўрадилар, эшитадилар, ҳид биладилар, лекин хаёл сурмайдилар. Беморлар учун субъектив сезгилар объектив оламдан келаётган

мавжуд сезгилардан иборат ✦ Галлюцинацияни бошдан кечираётган бемор хулқ – атвори фақат ташқи кузатувчи нуқтаи назаридан гўё тентаклик, беморнинг ўзига эса мантиқан тўғри ва очиқ – ойдин туюлади ✦ Алахлаш ва галлюцинациялар шизофрениянинг энг муҳим ва тарқалган белгиларидан бири деб ҳисобланади, бироқ диагноз қўйиш учун унинг ўзи кифоя қилмайди. Шизофрениали кўпгина беморларда фикрлашнинг бузилиши, эмоционал – ирода бузилишлари каби бошқа қатор белгилар йиғиндиси бўлгани ҳолда уларда на алахлаш, на галлюцинацияларни сира кузатмаганлар, шунингдек, алахлаш ва галлюцинациялар фақат шизофренияга эмас, балки бошқа руҳий касалликларга ҳам хос, демак уларнинг мавжудлиги беморда айнан шизофрения касаллиги борлигидан албатта далолат беравермайди.

- Психик автоматизм синдроми (Кандинский – Клерамбо синдроми) – галлюцинатор – параноид синдромнинг шизофрения учун типик хили ҳисобланади. Синдромнинг моҳияти – бузилишларнинг зўравонлик билан келиб чиққанлигини ҳис қилиш, уларнинг “ясалганлигидир” ✦ Ўз “Мен” идан узоқлашиш ёки ўз “Мен” ига мансублигини, шахсий руҳий жараёнларини (фикрлари, ҳис – хаяжонлари, организмнинг физиологик функциялари, бажарадиган ҳаракатлари ва қилмишлари) йўқотиши, уларнинг беихтиёрлиги, ясамалиги, ташқаридан ёпишганлигидан ачиниш ҳисси. Ошкоралик, фикрларни тортиб олиш ва ментизм (беихтиёр фикрлар тугўни) белгилари хос ✦ Сохта галлюцинациялар (реал таъсирловчисиз беихтиёр пайдо бўлиб, галлюцинациялардан беморда бу тимсолларнинг объектив воқеликда сезишнинг йўқлиги билан фарқ қиладиган сезгилар ва тимсоллар) ✦ Руҳий автоматизм синдроми одатда системага солинган таъқиб қиладиган алахлаш ва таъсирлар билан бирга келади. Беморларнинг ихтиёри энди ўзида эмас – улар ўз таъқиб қилувчилари ихтиёрига бўйсунди, уларнинг қўлида қўғирчоққа айланади (эгаллик ҳисси), улар ташкилотлар, айғоқчилар, илмий – текшириш институтлари ва шу каби иродаларнинг доимий таъсири остида бўладилар.
- Парафрен синдром – экспансив алахлашнинг таъқиб қилувчи алахлаши, эшитув галлюцинациялари ва (ёки) руҳий автоматизмлар билан қўшилиб келиши. Бундай ҳолатда таъқиб қиладиганлардан нолиш билан бирга ўзининг оламга ҳукмронлиги, коинотга бошчилик қиладигани тўғрисидаги ғояларни илгари суради, ўзини худоларнинг худоси, ернинг ҳукмдори деб атайди, ерда жаннат яратишга, табиат қонунларини, иқлимни тубдан ўзгартиришга ваъдалар беради. Хомхаёл фикрлари бемаънилиги, лоф – қоплиги билан ажралиб туради, ўйланган ишлари далил – исботларсиз эълон қилинади. Бемор ҳамма вақт ғайриоддий, баъзида эса улкан воқеа – ҳодисалар марказида бўлади. Руҳий автоматизмнинг турли – туман белгиларини, вербал галлюцинозни кузатадилар. Аффектив бузилишлар кўтаринки кайфият шаклида намоён бўлиб, маниакал ҳолат даражасига кўтарилишга қодир. Парафрен синдром, одатда, шизофрения бошланганига анча бўлганлигидан далолат беради.
- Капгр синдроми (атрофдаги кишилар муайян мақсад билан ўз ташқи кўринишини ўзгартиришга қодир деган уйдирма ишонч).

- Аффектив – параноид синдром ✦ Депрессив – параноид депрессив синдром, уйдирма таъқиб қилиш ғоялари, ўз – ўзини қоралаш, қораловчи характердаги вербал галлюцинациялар ✦ Маниакал – параноид синдром, маниакал синдром, уйдирма улуғворлик ғоялари, оқсуяк авлодлардан келиб чиққани, маъқулловчи, мақтов характердаги вербал галлюцинациялар билан намоён бўлади.
- Кататоник синдром ✦ Кататоник ступор. Мушак тонусининг ошиши, каталепсия (узоқ вақтгача муайян ҳолатда қотиб қолиш), негативизм (сабабсиз воз кечиш, қаршилик, ташқи томондан бўладиган ҳар қандай таъсирга қарши бўлиш), мутизм (нутқ аппарати сақланган ҳолда нутқи йўқлиги) характерлидир. Совук, ноқулай вазият эгаллаш, ҳўл ўринбош, ташналик, очлик, хавф – хатар (масалан, касалхонадаги ёнғин), мимика (имо – ишора) сиз. Беморлар узоқ муддатгача бир хил ҳолатда қоладилар; уларнинг ҳамма мушаклари таранглашган. Кататоник ступордан қўзғолишга ўтиш ва аксинча ҳолат бўлиши эҳтимол ✦ Кататоник қўзғалиш. Ҳаракат ва қилиқларнинг ўткир, қўққисдан бошланиши, бетартиблик (хаотиклик), мақсадга йўналмаганлик, импульсивлик, ҳаракатларнинг маъносиз беўхшовлиги, мотивация қилинмаган экзольтация, тажовузкорлик.
- Гербефреник синдром. Аҳмоқона, беўхшов хулқ – атвор, ярашмаган қилиқлар қилиш, сўзларни узук – юлуқ талаффуз қилиш, парадоксал эмоциялар, импульсив қилиқлар. Галлюцинатор – параноид ва кататоник синдромлар билан ўтиши мумкин.
- Деперсонализацион – дереализацион синдром беморнинг ўз шахсият ва атрофдаги оламнинг ўзгариб кетганлигидан тасвишлаб бериш қийин бўлган оғир кечинмалари билан характерланади.

ШИЗОФРЕНИЯДА ДЕПРЕССИЯ

Шизофренияда депрессив синдромлар (қўзиганда ҳам, ремиссия ҳолатида ҳам) кўпинча кузатилади. Депрессия – шизофреникли беморларнинг ўз жонига қасд қилишининг энг кўп учрайдиган сабабларидан ҳисобланади. Шизофреникли беморларнинг 50 % ўз жонига қасд қилишини унутмаслик лозим (бу 15 % ҳолларда ўлим билан яқунланади). Кўп ҳолларда депрессия учта сабабдан келиб чиқади.

- Депрессив симптомлар шизофреник жараённинг таркибий қисми бўлиши мумкин (масалан, клиник кўринишида депрессив – параноид синдром устунлик қилганда).
- Депрессия ўз касаллигининг оғирлигини англаш ва беморлар дуч келадиган муаммолар сабабли пайдо бўлиши мумкин (мулоқот доирасининг торайиши, беморни яқинлари тушунмаслиги, “жинни” деб атаб масҳара қилишлар, меҳнатга лаёқатсизлик ва ҳ. к.). Бу ҳодисада депрессия – шахснинг оғир касалликка нормал реакциясидир.
- Депрессия кўпинча нейрорептикларнинг қўшимча ножўя таъсири сифатида вужудга келади.

КЛАССИФИКАЦИЯСИ

Шизофреникнинг клиник кечиши хилма – хил бўлиб, айрим беморларда муайян эмас. Касалликнинг кечишида клиник белгиларнинг ўзгарувчанлиги

характерлидир. Масалан, беморда касалликнинг бошида шизофрениянинг кататоник тури қайт қилинган бўлса, бир неча йиллардан сўнг ўшанинг ўзида гебефреник турининг белгилари кузатилади.

ШИЗОФРЕНИЯ ТУРЛАРИ

- **Оддий тури** – негатив симптомлар устунлиги билан ифодаланиб, руҳий бузилиш ҳолатлари бўлмайди. Бемор бефарқ, камгап, сержаҳл ва камҳаракат бўлиб қолади. Касалликнинг аста – секинлик билан, кам сезиларли бошланиши ва нисбатан секин, аммо узлуксиз ривожланувчи, ремиссияларсиз кечиши кузатилади. Ўқиш ва ишдаги натижалари пасайиб, батамом тугаши мумкин. Бунда галлюцинациялар ва васвасалар бўлмайди ёки улар касаллик кўринишида кам ўринни эгаллайди.
- **Параноид тури** – бу энг кўп тарқалган; клиник кўринишида галлюцинатор – параноид ва психик автоматизм синдромлари кузатилади. Параноид тури касаллик кўринишида васваса ва галлюцинатор бузилишлар устунлиги билан характерланиб, параноял, параноид, Кандинский – Клерамбо психик автоматизм синдромини ҳо қилади. Васвасанинг типик ривожланишида аввал атроф муҳитга нисбатан алоҳида аҳамиятли васваса ва муносабат васваса ҳамда таъқиб васваса ғоялари келиб чиқади. Касалликнинг ривожланиши билан беморда негатив симптомлар пайдо бўлади ва кучайиб боради.
- **Гебефреник тури** – оддий шаклда учрайдиган белгилар билан бир қаторда бу ерда биринчи ўринда доимий аҳмоқлик ва тажовузкорлик туради. Улар масхарабозга ўхшаб, аҳмоқликлар қиладилар, хингиллайдилар, атрофдагиларга тегажағлик қилиб, уларда майда кўнгилсизликлар келтириб чиқарадилар. Шизофрениянинг бу шакли кам учраб, ремиссиясиз, хавфли кечади, дарҳол диагноз қўйиш қийин бўлади ва руҳиятнинг оғир нуқсони ривожланади.
- **Кататоник тури** – касалликнинг клиник манзарасида кататоник синдромлар устунлиги билан характерланади. Бу турда руҳият бузилишининг мушак тонуси ўзгариши билан бирга кечиши хосдир. Бунда беморларда кататоник ступор билан кататоник қўзғалишнинг алмашилиб келиши кузатилади. Бу касаллик галлюцинатор васваса ҳолати, ҳамда онероид белгилари билан биргаликда кечади.

КАСАЛЛИК КЕЧИШИ ВА УНИНГ КЕЧИШ ТУРЛАРИ

Унинг узлуксиз давом этувчи ва хуружсимон – прогредиент тури ҳамда рекуррент ва сустр кечиши қайд қилинган. Бу бузилиш ҳолатлари қўшилиб, шизофрениянинг аффектив ва шизотипик бузилишларига олиб келади.

- Узлуксиз давом этувчи тури – ўтказилган даволаш натижасида аниқ ремиссия ҳолати кузатилмайди ва негатив белгилар зўрайиб бориши билан характерланади. Спонтан (давосиз) ремиссия – кечишнинг бу турида кузатилмайди. Терапевтик ремиссия даво олгандан кейин тузалиш билан тугаши мумкин, лекин негатив белгилар кучайиши эҳтимоли сақланади.
- Хуружсимон – проредиент турида қўзғалиш ҳолати ва ремиссия билан кечиб, қўзғалиш оралиғида салбий белгилар ортиб боради. Шизофрениянинг бу тури турли ёшда учрайди (бундай ҳолат 54 – 72 % беморларда кузатилади). Қўзғалишнинг ўткир ҳолати ва клиник белгилари ҳар хил кўринишда кечиши

мумкин. Васваса ва галлюцинациянинг пайдо бўлишидан олдин аффектив бузилиш даврида депрессив ёки маниакал белгилар вужудга келади. Унинг кечишига қараб, беморнинг кайфияти мунтазам ўзгариб туради. Доимий давом этадиган қўзғалиш ҳолатидан сўнг ва уларнинг оралиғида қўзғалиш камайиб, салбий белгилар ошиб боради. Касалликнинг тугалланмаган ремиссия даврида беморда кўрқув, безовтага тушиш, атрофдагиларнинг юриш – туришини васвасага тушиб муҳокама қилиш ҳолатлари кузатилади. Васвасанинг типик ривожланишида аввал атроф муҳитга нисбатан алоҳида аҳамиятли васваса, кейин муносабат, таъқиб васваса ғоялари келиб чиқади.

Текшириш усуллари. Шизофрения билан касалланган беморларни текширишнинг самарали тестлари йўқ. Уни тўлиқ текшириш усулларида органик омиллардан ташқари қўзғалиш ҳолатига олиб келадиган омиллар текширилади. ● Лаборатор текшириш усуллари ✦ Умумий қон ва сийдик анализи ✦ Қонни биокимёвий текшириш ✦ Қалқонсимон без функциясини аниқлаш ✦ Қон таркибидаги витамин В₁₂ миқдори ва фолат кислотасини текшириш ✦ Қон таркибидаги оғир металлар, доривор ва психоактив моддалар ва алкоголь миқдори текширилади ● Махсус текшириш усуллари ✦ КТ ва МРТ орқали бош мия гипертензияси, ўсманинг мавжуд ёки мавжуд эмаслиги ✦ ЭЭГ (электроэнцефалограмма) орқали чакка эпилепсияси инкор этилади ● Психологик текширув (шахсий сўровнома ва тестлар, масалан, Роршах тестлари, ММР1).

ДИФФЕРЕНЦИАЛ ДИАГНОСТИКА

- Рухий ва соматик аҳволи касалликнинг психотик бузилишлари билан кечади. Ўхшаш симптомлар бошқа хил неврологик ва соматик касалликларда ҳам учрайди. Шизофрения билан касаллангандан кўра беморларни неврологик бузилишлар пайдо бўлиши кўпроқ тушкунликка олиб келади. Шизофрения билан узоқ вақт давомида касалланган беморларда органик касалликларнинг ортиб бориши натижасида касалликка хос белгилар ўзгаради.
- Симуляция (муғомбирлик). Бемор ўз манфаатини кўзлаган ҳолда шизофренияга алоқадор белгиларни ўйлаб топади. Чунки диагноз қўйиш учун бемор аввало сўраб – суриштирилади. Шизофрения билан касалланган беморлар ўз манфаатларини кўзлаб, 3 – ногиронлик гуруҳини 2- га ўтказиш учун ёлғон ахборотлар беришлари мумкин.
- Кайфиятнинг бузилиши. Психотик белгилар маниакал ва депрессив ҳолатларда кузатилади. Агар кайфиятнинг бузилиш ҳолати галлюцинация ва васваса билан кузатиладиган бўлса, унинг ривожланиши кайфиятнинг патологик ўзгариши билан боради ва улар доимий ҳолат бўлиб қолади.
- Шизоаффектив бузилиш ҳолатида кайфиятнинг бузилиши шизофреник белгилар билан бир хил ҳолатда кузатилади. Шунинг учун қайси белги олдинроқ кузатилишини аниқлашда қийинчилик туғилади. Бундай ҳолларда шизоаффектив бузилиш деб ташхис қўйиш мумкин.
- Сурункали васваса бузилиш ҳолати агар мунтазам 6 ой мобайнида давом этадиган бўлса, ташхис қўйишда қийинчилик туғилмайди. Чунки бемор муайян ўз шахсиятида галлюцинация, кайфиятнинг бузилиши ва негатив белгилар

кузатилмайди. Сурункали васваса бузилиш ҳолати ўспиринликда ёки қариялик даврида кузатилиши мумкин.

- Шахснинг бузилишлари. Шахснинг бузилиши шизофренияга хос белгилар билан кечиши мумкин. Бундай ҳолатнинг кечишида унинг қачон пайдо бўлганини аниқлаш шизофрениaning бошланишига қараганда қийинроқ кечади. Руҳий бузилиш белгилари кузатилмайди, агар улар мавжуд бўлса ўтувчан ва кам ривожланган бўлади.
- Реактив психоз ҳолатида қисқа муддатли руҳиятнинг бузилиши кузатилиши мумкин. Стресс ҳолатидан сўнг камида 1 ой давомида белгилар сақланиб қолади.

ДАВОЛАШ

Ижтимоий – психологик кўллаб – қувватлаш ва дори терапияси биргаликда олиб борилса, фақат нейрорептик воситалар билан даволашдагига қараганда касалликни зўрайиши 25 – 30 % гача қисқаради. Шизофренияда психотерапия усули кам қўлланилади, чунки бу даво усули яхши натижа бермайди.

Беморни даволашда унга касалликнинг кечиши ҳақида маълумот бериш керак. Сўнгра уларни тинчлантириб, унинг муаммоларининг ечимини ҳамкорликда топиш лозим. Беморга касаллик ҳолати ва даволаш усуллари ҳамда қайталаниши тўғрисида олдиндан суҳбат олиб бориш керак. Қариндошларининг касаллиги хусусида кўрсатган эмоционал реакциялари, оиладаги стресс ҳолатлар бемор аҳволининг оғирлашишига олиб келади. Шунинг учун унинг яқинларига касалликнинг характери, даволаш усуллари ҳақида тушунтириш ишларини олиб бориш зарур.

ДОРИЛАР БИЛАН ДАВОЛАШНИНГ АСОСИЙ ТАМОЙИЛЛАРИ

- Касалликнинг оғирлигига ва даволаш усулларига қараб, унга узоқ муддатли даволаш буюрилади. Дори воситалари унинг дозасига ва кўрсатмаларга қараб берилади.
- Беморга қандай дори тайинланишига қараб унинг натижасига эътибор бермоқ керак.
- Даволашни дори оз – оз дозадан, аста – секин миқдори кўпайтириб, кутилган натижага эришгунга қадар буюрилади. Психомотор кўзғалишнинг ўткир кечишида дори воситаси парентерал буюрилади. Кўзғалиш зўрайган ҳолларида инъекция қайта қилинади.
- Беморга кўп миқдорда нейрорептикларни буюриш хато ҳисобланади, чунки улар кам юборилган миқдорда ҳам кўзғалиш ҳолатини келтириб чиқаради. Кўп миқдорда нейрорептик дори воситаларини буюриш оқибатида кўшимча таъсир кузатилади.
- Дори биринчи марта ичилганда бемордаги субъектив оғир ҳолат даволашга салбий таъсир кўрсатади. Бундай ҳолларда дори воситасини зудлик билан алмаштириш керак.
- Даволаш муддати 4 – 6 ҳафта, мабода шу орада натижа кузатилмаса, даволаш схемасини ўзгартириш керак.

- Тўлиқ бўлмаган ва беқарор ремиссия юз берганда дори миқдорини ремиссия ҳолатини ушлаб туриш учун камайтиради. Бундай даволаш усули амбулатор шароитларда қўлланилади.

АСОСИЙ ПРЕПАРАТЛАР

Нейролептиклар – хлорпромазин, левомепромазин, клозапин, галлоперидол, трифлуоперазин, флупентиксол, пипотиазин, зуклопентиксол, сульпирид, кветиапин, рисперидон, оланзапин.

Антидепрессантлар ва транквилизаторлар депрессив ва ваҳимага тушиш ҳолатида буюрилади. Транквилизаторлар (масалан, диазепам, бромгидрохлорфенил бензодиазепин) кўрқув кузатилганда тавсия этилади.

НЕЙРОЛЕПТИКЛАР БИЛАН ДАВОЛАШДА АСОРАТЛАР

Узоқ муддат нейролептик воситалар билан даволашда сурункали давом этадиган асоратлар кузатилиши мумкин. Беморнинг аҳволига қараб, ҳар хил дорилар билан даволашдан тийилиш лозим. Экстрапирамид белгиларни бартараф этиш учун антихолинергик дори воситаси буюрилади, бу мунтазам даволанганда дискинезиянинг кечки зарарли омилларини келтириб чиқаради. **Антихолинергик моддалар профилактик мақсадда эмас**, фақат экстрапирамид зарарли оқибатларидагина қўлланилади.

- Акинето – гипертоник синдром ✦ Клиник кўриниши: беморнинг юз кўриниши ниқобсимон, кўзнинг тез – тез пирпираши, ҳаракат сустлиги ✦ Даволаш учун тригексифенидил, бипериден дори воситалари қўлланилади.
- Гиперкинетик – гипертоник синдром ✦ Клиник кўриниши: акатизия (бир жойда ўтира олмаслик), тасикинезия (доимий ҳаракатда бўлишга интилиш, ҳолатни ўзгартириш), гиперкинезлар (хореоформ, атетоид, орал) ✦ Даволаш: тригексифенидил, бипериден.
- Дискинетик синдром ✦ Клиник кўринишида орал дискинезия ҳолати (чайнов мушаклари, ютиш мушаклари, тил мушакларининг таранглашиши, тилни чиқаришга мойиллик зўрайиши), окулогир кризлар (кўз соққасини кетиб қолиши) ✦ Даволаш: тригексифенидил (кунда 6 – 12 мг.), 20 % кофеин эритмасини тери остига 2 мл. юбориш, хлорпромазин 25 – 50 мг. мушак орасига юбориш.
- Сурункали дискинетик синдром ✦ Клиник белгилари: гипокинезия, мушак тонусининг ошиши, гипомимиянинг гиперкинез билан биргаликда кўриниши (мураккаб орал автоматизмлар, учишлар), кўзғалиш ва активликнинг пасайиши, акайрия (шилқимлик), эмоциянинг беқарорлиги ✦ Даволаш: ноотроплар (пирацетам кунда 1200 – 2400 мг. 3 ой мобайнида), поливитаминлар, транквилизаторлар.
- Хавфли нейролептик синдром ✦ Клиник белгилари: тери қаватларининг қуриши, акроцианоз, юзнинг ёғли қизариши, мажбурий ҳолат – орқа билан туриш олигурия, қон ивиш тезлигининг кучайиши, қонда азот қолдиғи миқдорининг ошиши, буйрак етишмовчилиги, артериал босимнинг пасайиши, тана ҳароратининг ошиши ✦ Даволаш: инфузион терапия (реополиглюкин, гемодез, кристаллоидлар), парентерал овқатланиш (оқ, углеводлар).

- Интоксикацион делирий 40 ёшдан ошган эркакларда кўпроқ учрайди (хлорпромазин, галоперидол, амитриптилин комбинацияда). Дезинтоксикацион даво қўлланилади.

Прогноз – 20 йилга: соғайиш – 25 %, аҳволнинг яхшиланиши – 30 %, зарур парвариш ва / ёки госпитализация – 20 % • Шизофрения билан касалланган беморларнинг 50 % ўз жонига қасд қилади ва унинг 15 % ўлим кузатилади • Касаллик бошланишида ёш қанча катта бўлса, оқибати шунчалик яхши • Аффектив компонент бузилиши қанчалик яққол ифодаланса, шунчалик хуруж ўткир ва қисқа бўлиб, даволаш осонроқ кечади ва барқарор ремиссияга эришиш имкони кўпроқ.

Синонимлари. Брейлер касаллиги. Дискордант психоз. Илк ақли пастлик.

ХКК – 10 • F20 Шизофрения.

ЭСЛАТМА

- Шизофрения – олигофренда ривожланадиган шизофрения – олигошизофрения – гебофрения – қўшалок шизофрения.
- Губер сенеститик шизофрениyasi – шизофрениyанинг сенестопатия ачишишини сезиш ҳолати, тортилиш, юлиниш, тўлганиш.
- Шизофрениyанинг психоз ҳолати (псевдошизофрения) – психоз, клиник кўринишнинг бир – бирига хослиги ёки ўхшашлиги.
- Шизофрениксимон синдром – психопатологик синдромларнинг умумий номланишнинг бир турдаги шизофрения билан келиши, фақат бошқа турдаги психозларда кузатилади.
- Ядроли шизофрения – эмоционал ҳолатнинг тезкор равишда йўқолиши, яъни илгари мавжуд позитив симптомларнинг парчаланиши (сўнгги ҳолат).

ТИРЕОТОКСИКОЗ СИНДРОМИ

Гипертиреоз – қонда тиреоид гормонининг ошиб кетиши. Гипертиреоз қуйидагича бўлинади: гипертиреоз – қалқонсимон безнинг гиперфункцияси, тиреотоксикоз – қонда тиреоид гормон миқдори ошиши, тиреотоксик криз.

Тиреотоксик криз – гипертиреоз белгиларининг тез ўткир кечиши, ўткир буйрак усти беzi етишмовчилиги белгилари билан бирга – харорат кўтарилиши, беморнинг ўта таъсирчанлиги, гипергидроз, жисмоний ва мушак бўшашиши, тахикардия, қусиш, кўнгил айнаши, диарея. Тиреоидэктомиядан кейин даво чоралари компенсацияси етарли бўлмаса, бир неча соатдан кейин келиб чиқади.

ХКК – 10: • **E05.0** Тиреотоксикоз диффуз буқоқ билан • **E05.1** Тиреотоксикоз бир тугунли буқоқ билан • **E05.2** Тиреотоксикоз токсик кўп тугунли буқоқ билан • **E05.3** Тиреотоксикоз эктопик тиреоид тўқима билан • **E05.4** Тиреотоксикоз сунъий • **E05.5** Тиреоид криз ёки кома • **E05.8** Тиреотоксикознинг бошқа формалари • **E05.9** Аниқланмаган тиреотоксикоз • **P72.1** Ўтувчи неонатал гипертиреоз • **E06.2** Сурункали тиреоидит ўтувчи тиреотоксикоз билан.

Қисқартмалар: ДТБ – диффуз токсик буқоқ, ИИАБ – ингичка игнали аспирацион биопсия, ҚБ – қалқонсимон без, СГ – сурункали гонадотропия.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯСИ

- Касалланиш: 18,4:100 000 аҳолига.
- Тиреотоксикознинг тарқалиши (АҚШ) 0,4 %, клиник тиреотоксикоз 0,1 %, субклиник 0,9 % ҳолларда.
- Гипертиреоз асосан аёлларда учрайди. Олдин аниқланмаган тиреотоксикоз сони аёлларда 0,5 %, касалланиш – йилига 0,08 %.
- Ёшлар ва ўрта ёшлилар ўртасида тиреотоксикоз келиб чиқишига сабаб диффуз токсик буқоқ. Кексаларда асосан йод танқислиги бор худудларда кўп тугунли буқоқ пайдо бўлади.

Тириотоксикоз Ўзбекистонда ҳам кенг тарқалган касаллик бўлиб, уни ўз вақтида даволаш ҳамда профилактика чораларини кўришда умумий амалиёт варачи фаолияти алоҳида ўрин тутди.

СКРИНИНГИ

- Скринингда (камайган ёки сусайган ТТГ) эркин Т₄ ни аниқлаш лозим ♦ 50 ёшдан ўтган аёлларда ♦ Тана вазни камайиши ♦ Тахикардия ♦ Остеопороз (сон суяги бўйни ва умуртқанинг синиши) ♦ Тугун ёки буқоқ мавжудлигида.

Классификацияси. Қалқонсимон без функциясининг ўзгариши ва йод изотопи сўрилишига асосланади.

- ¹³¹I ни юқори сўриб оладиган тиреотоксикоз ♦ Грейвс касаллиги ♦ Кўп тугунли буқоқ ♦ Токсик аденома ♦ Хориокарцинома ♦ ТТГ секретловчи гипофиз аденомаси ♦ Амiodарон – индукцирланган 1 типдаги тиреотоксикоз.
- ¹³¹I паст сўрадиган тиреотоксикоз ♦ Ўртача ўткир тиреоидит ♦ Оғриксиз тиреоидит (туғруқдан кейинги тиреоидит) ♦ Сурункали аутоиммун тиреоидит тиреотоксик фазада ♦ Ятроген тиреотоксикоз 2 – интерферон, интерлейкин – 2 ва литий препаратлари негизида ♦ Тиреоид гормонининг яширин қабули Қалқонсимон без раки метастазлари тиреоид гормонлари, ♦ Амiodарон тиреоидитнинг II типда (деструктив тиреоидит) ♦ struma ovarii.

ДИАГНОСТИКАСИ

АНАМНЕЗ ВА ФИЗИКАЛ ТЕКШИРУВ

Шикоятлари

- Асабийлашиш 99 % ва эмоционал таъсирланиш (30 – 60 %).
- Терлаш 91 %.
- Юрак уриши (89 %).
- Ҳолсизланишнинг кучайиши (88 %), қувватсизлик (70 %).
- Нормал ва иштаҳа баландлигида тана вазнининг камайиши (85 %).
- Нафас қиши (75 %).
- Оёқларда шиш – претибиал микседема (3 %).
- Кўз дискомфорти (кўз сокқасида ёқимсиз сезги, киприк титраши) (54 %).
- Диарея (33 %).
- Ҳайз циклининг бузилиши (22 %).

Физикал текширувда қуйидагиларга аҳамият бериш лозим:

- Экзофтальм (аутоиммун тиреоидитда).
- Мушакларнинг экстраокуляр парези.
- Кўзни камдан – кам пириллатиш.
- Пастга қараганда юқори қовоқнинг орқада қолиши.
- Қалқонсимон безнинг диффуз катталашуви (буқоқ), кўпи билан 60 % учрайди.
- Бўйин соҳасида томир шовқини; фақат Грейвс касаллигида учрайди.
- Болдир ва билаклар микседемаси, фақат Грейвс касаллигида учрайди.
- Витилиго, тухумдонларнинг вақтидан илгари ишдан чиқиши, 1 типдаги ҚД, эрта соч оқариши (тиреотоксикоз сабаби сифатида Грейвс касаллигида).
- Ониходистрофия.
- Теридаги ўзгаришлар (тери иссиқ, нам) 97 %.
- Қўллар ва бутун тана титраши 97%.
- Спленомегалия (10 %).
- Гинекомастия (10 %).

Қуйидаги ҳолларда тиреотоксикозда буқоқ бўлмайди:

- Қалқонсимон без гормонлари бўлган дориларни назоратсиз ишлатиш.
- Амиодарон – индуцирланган тиреотоксикоз формаларидан бири.
- Struma ovarii ли айрим бемор аёллар.
- Тиреоидэктомиядан кейин фолликуляр карциномада тарқалган метастаз жараёни бўлганлар.

Ўртача ўткир тиреоидитнинг специфик белгилари.

- Шикоятлар ♦ бўйин соҳасида оғриқ – 91 % ♦ оғриқнинг қулоқ олди соҳасига ўтиши – 64 % ♦ томоқда оғриқ – 36 % ♦ лоҳаслик – 84 % ♦ яқинда бошдан кечирилган ўткир респиратор касаллик – 18 % ♦ иштаха йўқлиги – 18 % ♦ миалгия – 12 % ♦ асабийлашиш – 46 % ♦ терлаш – 46 %.
- Физикал текширув маълумотлари ♦ қалқонсимон безнинг (ҚБ) зич консистенцияси – 100 % ♦ ҚБ билатерал катталашуви – 45 % ♦ ўткир бошланиши – 50 % ♦ иситма – 57 %.

Грейвс касаллигининг специфик белгилари

- Грейвс касаллигида яққол офтальмопатия 10 – 25 % ҳолларда.
- Қалқонсимон безнинг диффуз катталашуви.
- Дермопатия – болдир ва билақда энг кўп жойлашуви.
- Тиреоид акропатия.
- Ёшларда соч оқариши, витилиго.

Қарияларда тиреотоксикознинг кечиш хусусиятлари

- Тиреотоксикоз кам белгилар ёки уларсиз кечади. Белгиларсиз тиреотоксикоз / “апатик” тиреотоксикоз 70 ёшдан ошган беморларнинг 15 % кузатилади.
- Буқоқ ривожланиш ҳолларининг камлиги (50 % ҳолларда), адреэнергик белгиларнинг кучсиз ифодаланиши, юракдаги ўзгаришларнинг устунлиги хусусан турғун юрак етишмовчилиги ва бўлмачалар фибриляцияси.
- 15 % қарияларда тиреотоксикоз клиник жиҳатдан биринчи марта пайдо бўлган бўлмачалар фибриляцияси билан намоён бўлади.

ЛАБОРАТОР ТЕКШИРИШЛАР

Қуйидаги жадвалда зарур лаборатор текширишлар ўтказишга кўрсатмалар келтирилган.

ЛАБОРАТОР ТЕКШИРИШЛАР ЎТКАЗИШГА КЎРСАТМАЛАР

Тест	Кўрсатмалар
	Асосий тестлар
ТТГ	Тегишли клиник белгиси бўлган ёки юқори хавф гуруҳига кирувчи беморларда тиреотоксикозни тасдиқлаш учун
Эркин Т4	ТТГ даражаси пасайганда
Эркин Т3	ТТГ даражаси пасайганда ва эркин Т4 даражаси нормал бўлганда
АТ – ТПО	Тиреотоксикоз аутоиммун характерини тасдиқлаш учун (Грейвс касаллиги, Хашимото тиреодити) АТ – ТПО ва АТ – ТГ ни бир вақтда текширишнинг иктисодий маъқуллиги исботланган
ТТГ рецепторига АТ	Эутиреоз ва эндокрин офтальмопатияда Грейвс касаллигини консерватив даволаш самарадорлигини баҳолашда Дори ва туғруқдан кейин тиреодит ривожланиш хавфига баҳо беришда
	Қўшимча тестлар
ЭЧТ	Ўртача ўткир тиреодитни тасдиқлаш учун
Тироберин билан стимуляция	Гипофиз ТТГ – ишлаб берувчи аденомани аниқлаш
ХГЧ	Хориокарцинома

Эслатма. ТПО – тиреопероксидаза, ТГ – тиреоглобулин.

- Тиреод патологиясиз беморларда ТТГ миқдори пасайганлигини аниқлашда ҚБ касаллигини инкор қилиш учун соғайганидан 2 – 3 ҳафта ўтганидан сўнг лаборатория тестларини қайтариш керак.
- Тиреодитнинг дифференциал диагностикасида (ТГ ва ЭЧТ ошади) ва бемор қалқонсимон без гормонларини яширинча қабул қилганда (ТГ миқдори пасайган, ЭЧТ нормада) ТГ нинг зардобдаги миқдори ва ЭЧТ аниқланади.
- ХГЧ катта дозаларда қалқонсимон безга ТТГ га хос таъсир кўрсатади. Шунинг учун зардобдаги ХГЧ миқдорини аниқлаш зарур. Бу хориокарцинома, айрим тестикуляр ўсмалар диагностикасида аҳамиятли. Булар тиреотоксикоз белгилари остида яширинган бўлади.
- Ҳомиладорликдаги бартараф қилиб бўлмайдиган қайд қилишларда, унинг дастлабки 3 ойида ХГЧ миқдори ошиши юз бериб, ТТГ сусайиши кузатилиши мумкин.

- Лаборатория кўрсаткичларига асосланган тиреотоксикоз классификацияси:
 - ◆ *Клиник тиреотоксикоз*: ТТГ миқдори пасайган, эркин T_4 миқдори ошган. Тиреотоксикоз клиникаси бор.
 - ◆ *Субклиник тиреотоксикоз*: ТТГ миқдори камайган, эркин T_4 кўрсаткичи меъёрда. Клиник белгилар кузатилмайди.
 - ◆ T_3 – *тиреотоксикоз*: эркин T_4 кўрсаткичлари нормада, ТТГ кўрсаткичлари пасайганда, умумий ва эркин T_3 миқдори ошганда кўп тугунли токсик буқоқнинг ва ҚБ нинг функционал бузилишларида (12,2 % ҳолларда) кўп учрайди.

АСБОБ УСКУНАЛАР БИЛАН ТЕКШИРИШ УСУЛЛАРИ

- ҚБ УТТ – без ва тугунлар ҳажмини динамикада аниқлаб бориш учун.
- ҚБ нинг *йодни тутиб олиш даражаси*: тиреотоксикознинг деструктив шакллари аниқлашга (йодни қамраб олиш пасайган), ҚБ касалликларида (йодни тутиб олиш кўпайган). Тиреотоксикозда йод турлари тиреоциатлар ва ^{131}I билан даволаганда яхши натижа беради. Деструктив тиреотоксикозда эса бу муолажалар фойда бермайди ва яллиғланишга қарши даво буюрилади.
- *Сцинтиграфия* ^{131}I ҚБ функционал аҳволи ва кўп тугунли токсик буқоқда гиперфункция ҳолатида тугунлар («иссиқ» тугунлар) ни аниқлаш учун қўлланилади.
- *Ингичка игнали аспирацион биопсия* (ИИАБ) – цитологик текширув бўлиб, биринчи навбатда ҚБ ракини инкор қилиш учун фойдаланилади.
 - ◆ «Иссиқ» тугунларда ИИАБ текширувини ўтказишга ҳожат йўқ, чунки гиперфункция ҳолатидаги тугунларда рак ривожланиш хавфи 1 % дан кам ҳолларда учрайди. ҚБ карциномаси – казуистика, «иссиқ» тугунларни пункция қилиб ҚБ ракини аниқлаш тасодифий топилма ёки ҚБ метастазлари деб қаралади.
 - ◆ Грейвс касаллигида сцинтиграфия усулида аниқланадиган «совуқ» тугунлар малигнизация хавфини туғдирмайди.
 - ◆ Грейвс касаллиги қонда ҚБ нинг тугунсимон киритмаларини эртароқ аниқлаш мақсадида ^{131}I билан даволангунга қадар ИИАБ ўтказиш керак.

ДИФФЕРЕНЦИАЛ ДИАГНОСТИКАСИ

Гипертиреоз/тиреотоксикоз дифференциал диагностикаси қуйида кўриб чиқилган.

- Грейвс касаллиги. Сцинтиграммада диффуз ўзгаришлар.
- Кўп тугунли токсик буқоқ.
- Автоном «иссиқ» тугунлар.
- Ўртача ўткир тиреоидит. ҚБ сканограммада кўринмайди.
- Ятроген тиреотоксикоз.
- *Struma avariі*. Бутун танани сканирлашда кичик чаноқ соҳасида радиофарм препаратни кўп тортиб олиш.
- Гипофизнинг ТТГ ишлаб берувчи аденомаси.

- Hyperemesis gravidarum. ХГЧ.
- Хориокарцинома. ХГЧ.
- Амiodарон – индуцирланган тиреотоксикоз.
- ҚБ раки метастазлари. Кўпинча олдин тиреоидэктомияда бўлади.
- Субклиник тиреотоксикоз. ҚБ нинг йодни қамраб олиш нормада бўлиши мумкин.
- Тиреотоксикоз қайталаниши. Грейвс касаллигини даволашдан кейин.

Клиник кўриниши тиреотоксикозга ўхшаш ҳолатлар билан дифференциал диагностика

- Безовтали ҳолатлар.
- Феохромоцитома.
- “Эутиреоид патология синдроми”.

МУТАХАССИС МАСЛАҲАТИГА КўРСАТМАЛАР

Кўпчилик ҳолларда гипотиреоз синдроми беморни мутахассисга юборишни талаб қилади. Тиреотоксикозни яхши даволаш учун бир неча мутахассислар: терапевт, эндокринолог, окулист, дерматолог ҳамкорлиги керак.

- Эндокринолог маслаҳатига кўрсатмалар.
 - ◆ Диагнозни тасдиқлаш ва даволаш тактикасини аниқлаш учун.
 - ◆ Клиник кўриниш ва лаборатор маълумотларнинг мос келмаслиги.
 - ◆ Лаборатор маълумотларда белгилари аниқланган тиреоид патологияси бўлмаган беморлар.
 - ◆ Лаборатор тестларни тушунтириш (тиреоид гормон даражаси ўзгаришида) тиреостатик ДВ билан даволашда ёки радиойодтерапиясидан сўнг.
 - ◆ Касаллик кучайганда, масалан, тиреостатиклар қабулидаги аллергик реакция, аритмия, эндокрин офтальмопатия, тиреотоксик криз.
- Окулист маслаҳатидан мақсад
 - ◆ Кўрув нерви функциясини баҳолаш
 - ◆ Экзофтальм даражалари
 - ◆ Экстраокуляр мушакларда аниқланган ўзгаришлар
 - ◆ ГКС терапиясини буюриш ҳақидаги қарорни келишиб олиш (пульс – терапия) ёки оператив декомпрессия.

ДАВОЛАШ

Гипертиреозни клиник белгилар пайдо бўлмагунча ва гормонал ўзгаришлар тасдиқланмагунча даволаш зарурияти йўқ. Ноаниқ ҳолларда фақат β – адреноблокаторлар тайинланади.

ДАВОЛАШ МАҚСАДИ

Даволаш мақсади – барқарор эутиреоз ёки гипотиреозга эришиш.

ШИФОХОНАГА ЁТҚИЗИШГА КўРСАТМАЛАР

- Оғир декомпенсация, асоратланган тиреотоксикоз.
- Тиреотоксик криз.

ДОРИЛАРСИЗ ДАВОЛАШ

- Кофеин ман этилади, чунки у тиреотоксикозни кучайтиради.

- Чекишни ташлаш, чунки чекиш Грейвс касаллигини ва офтальмопатияни кучайтиради.
- Жисмоний зўриқиш ман этилади, чунки тиреотоксикозда мушаклар бўшашиши ва тез чарчаш кузатилади.

ДАВОЛАШ

- Даволаш усуллари.
 - ◆ Консерватив даво (тиреостатиклар билан).
 - ◆ Радикал ✦ Терапевтик даво радиоактив I^{131} билан ✦ Хирургик даво (тиреоидэктомия).
- Даво усуллари белгилайди ◆ Беморнинг хохиши ◆ Унинг ёши ◆ Асоратлар мавжудлиги ◆ Тиреотоксикознинг оғирлиги ◆ Буқоқ катталиги (буқоқни катталашувида хирургик даво тавсия этилади) ◆ Эндокрин офтальмопатия мавжудлиги.

Тиреотиоксикознинг тиреостатик терапияси

- Кўрсатмалар ◆ Грейвс касаллигини даволаш ◆ Хирургик давога тайёрлаш (эутиреозга етишиш) ◆ Беморларни радиоактив I^{131} билан давога тайёрлаш.
- Тиреоид гормонлар ишлашни камайтириш учун тайёрланади ◆ **Метимазол** – 10 – 40 мг/кун., 1 марта ◆ Кўпчилик беморларда **пропилтиоурацил** 100 – 150 мг/кун. 3 марта ◆ Метимазолга аллергик реакция бўлганда ◆ Ҳомиладор ва эмизикли аёлларга ◆ Тиреотоксикознинг оғир кечиши ва тиреотоксик кризда.
- Тиреостатик давонинг асоратлари.
 - ◆ Аллергик реакциялар.
 - ◆ Жигарда учрайдиган касалликлар (1,3 % беморларда).
 - ◆ Агранулоцитоз (0,2 – 0,4 % беморларда).
 - ✦ Тиреостатик даво пайтида қонда лейкоцитлар сонини (агранулоцитоз) ва жигар (трансаминаза) ферментларини аниқлаб бориш керак. Метимазол дозаси билан агранулоцитоз пайдо бўлиши орасида тўғридан – тўғри боғланиш бор.
 - ✦ Агранулоцитоз белгилари – иситма (92 %), томоқда оғриқ (85 %), шамоллаш (38 %), йўтал (15 %), ҳансираш (8 %), кўнгил айнаши (15 %), ич кетиши (15 %), дизурия (8 %), бош оғриғи (8 %). Америкалик тиреоидологлар қонда лейкоцитлар сонини санашмайди, лекин беморларда айтиб ўтилган белгилар пайдо бўлса, улар шифокор кўригига бориши зарур эканини тайинлашади. 78 % беморларда агранулоцитоз шамоллаш белгилари билан бошланади.
- Таъсир доираси: тиреостатиклар тиреоид гормонларни камайтиради. Эутиреоз бошланиши учун дорини 9 – 12 ҳафта ичиш зарур. Шу вақт ичида организмда тиреостатик гормонларнинг барчаси камаяди.
- Тиреостатик дори воситалар билан Грейвс касаллигида камида 1 йил даволаниш керак.
 - ◆ Тиреостатик терапия тугаганидан сўнг Грейвс касаллигининг қайталаниши 50 % беморларда кузатилади.

- ◆ Кўп тугунли буқоқда тиреостатик дори воситалар буюрилмайди, уларда касалликнинг қайталаниши 100 % ҳолларда учрайди.
- ◆ Метимазол дозаси кўпайтирилганда кўшимча таъсир пайдо бўлиш хавфи (агранулоцитоз) юзага келади. Метимазолни 40 мг/сут ичганда эутиреоз 6 ҳафтадан кейин 93 %, 10 мг/сут ичган беморларда эса 77,5 % ҳолларда эутиреоз кузатилади.
- Тиреостатик дори воситалари билан даволанганда прогноз.
 - ◆ Тиреостатик дори воситалари билан даволанган беморларда ремиссия 42 – 71 % ҳолларда учрайди.
 - ◆ Тиреостоксикоз қайталанишига олиб келувчи омиллар: буқоқнинг катталиги ва Т – 3 дастлабки даражасининг баландлиги.
 - ◆ Тиреостоксикоз ремиссияга олиб келувчи омиллар: кексалик, аёл жинси, чекмаслик.
 - ◆ Даво пайтида буқоқ ҳажми, тиреостатиклар дозаси ва АТ – ТТГ рецепторлари титрининг камайиши яхши прогностик натижа деб ҳисобланади.
 - ◆ Транзитор тиреостоксикоз ривожланиш хавфи радиоактив йод билан даволангандан кейин камайиши учун беморларда оғир ёндош касалликлар бўлса, тиреостатик даволаш буюрилади. I^{131} билан даволашдан олдин тиреостатик даво ўтказилса, тиреостатик криз хавфи камаяди. Тиреостоксик криз радиойод даволашдан сўнг кўпроқ катта ёшдагиларда оғир патология билан кўшилиб келгани учун шу гуруҳдаги беморларга тахминий тиреостатик даво ўтказилади. Шу билан тиреостатик йодланиш жараёнини блоклаб қўйиш I^{131} давосидан олдин даво самарадорлигини пасайтиради. Бундан ташқари, радиойод билан даволаш самарадорлиги пасайиши олдин тиреостатик даво курси олган беморларда кузатилмаган, I^{131} давони бирдан бошлаган беморларга нисбатан яна I^{131} давосидан сўнг бунга боғланиш ва гипотиреоз ривожланиши аниқланмаган.

Радиоактив йод I^{131} билан даволаш

- *Кўрсатмалар* ◆ Грейвс касаллиги ◆ токсик кўп тугунли буқоқ ◆ тугунли функционал автоном ҚБ ◆ тиреостатик даводан сўнг тиреостоксикознинг қайталаниши.
- *Моҳияти:* радиойоддаво радиоацион тиреоидит ривожланишини келтириб чиқаради, тиреоцит деструкцияси ҚБ тиреоид гормони синтезини ишдан чиқаради. I^{131} билан давода тиреоцит деструкцияси ва АТ тиреоид ажралишидан АТ миқдори ТТГ рецепторига нисбатан ошади.
- *Доза танлаш* ҚБ ва I^{131} қабул қилиш ҳажмига асосан аниқланади ◆ I^{131} терапевтик дозаси тўғридан – тўғри без ҳажмига ва I^{131} ни қабул қилиш маълумотларига боғлиқ ◆ I^{131} ни қабул қилишда кўпгина усуллар мавжуд.
- *Қарши кўрсатмалар:* кўкрак сути билан боқувчилар ва ҳомиладорлар.
 - ◆ Ҳомиланинг 10 – 12 ҳафтасидан ҚБ функцияси бошланади, бу I^{131} гипотиреоз пайдо бўлишига ва ҳомилани ривожланишдан орқада қолишига сабаб бўлади.

- ◆ I^{131} она сути билан ажралар экан, бинобарин I^{131} даволаш ёки диагностика мақсадида берилса, болани эмизиш мумкин эмас.
- ◆ I^{131} ажралишини ўрганиш шуни кўрсатдики, даволанаётганда эмизишни умуман ва ташхис ўтказилганда 52 кун тўхтатиш зарур.
- ◆ I^{131} билан ҳомиладор аёлларни даволаганда ўлик туғилишлар, ўз – ўзидан бола ташлаш, ҳомила нуқсонлари (билиар атрезия, туғма гипотиреоз, 5 боладан 4 тасида мия ривожланишининг орқада қолиши) кўпайиши аниқланган.
- Тиреоидитни даволашда ЯҚНДВ, ГКС ва β – адреноблокаторлар ишлатилади.
- «Жим турган» ёки оғриқсиз тиреоидитни даволашда β –адреноблокаторлардан фойдаланилади.
- Ўртача ўткир тиреоидит ЯҚНДВ ёки ГКС билан даволашни талаб этади. Глюкокортикоидлар билан даволанганда зардобдан тиреоглобулин миқдори тез пасаяди, оғриқ синдроми ҳафта мобайнида йўқолади.

ХИРУРГИК ДАВОЛАШ

- Тиреоидэктомияга кўрсатмалар куйидаги жадвалда келтирилган («тиреоэктомия» деганда ҚБ ни тотал олиб ташлаш назарда тутилади. Лекин ҳозирги вақтда аксарият ҳолларда субтотал резекция қилинади).
- Грейвс касаллиги рецидиви ҚБ субтотал резекциясидан сўнг 23,8 % беморларда аниқланган бўлса, субтотал резекциядан сўнг қайталаниш аниқланмаган.
- Асорат келиб чиқиш эҳтимоли хирург маҳорати ва тажрибасига боғлиқ.

ТИРЕОИДЭКТОМИЯГА КЎРСАТМАЛАР

Кўрсатмалар		Изоҳлар
Катта бўқоқ	ўлчамдаги	Бу ҳолда терапия камроқ самара беради. Қайта қилинган радиойодтерапия муолажаларида кутилган натижага эришилади
Грейвс фониди тугун	касаллиги «совуқ»	Биопсиянинг шубҳали натижалари ёки уни ўтказиш мумкин бўлмаганда
Эндокрин офтальмопатиянинг актив фазаси		Эндокрин офтальмопатиянинг актив фазасида консерватив даволаш усули қўлланилади; агар офтальмопатиянинг авжланишини олдини олиш зарур бўлса, глюкокортикоидлар буюрилади
Беморнинг радиойодтерапиядан бош тортиши		Тиреостатикларга аллергияси бўлган ва консерватив даволаш фойда бермаган беморларга буюрилади
Токсик аденома		Қалқонсимон безнинг эктопияланган тўқимасининг гиперфункцияси ёки катта аденома борлиги радиотерапия олиб борилишига монелик қилади

Ҳомиладорликда ва тиреостатикларни кўтара олмасликда	Анамнезида тиреостатик терапиянинг ножўя таъсири бўлган аёлларда ҳомиладорликнинг II триместри ўтказилади
Даволаш кор қилмайдиган тиреоидитда	Тиреостатик терапияда амиодарон – индуцирланган тиреоидит ва ўртача ўткир тиреоидитга даволаш кор қилмайди

БЕМОРНИ ЎРГАТИШ

- Зарур ♦ беморларни тиреотоксикоз касаллигини даволашнинг барча усуллари, афзалликлари ва камчиликлари билан таништириш ♦ ножўя таъсирлари яъни тошмалар, томоқда оғриқ, сарғайиш гипотиреоз белгиларини тушунтириш, агар улар юзага келса, врачга мурожаат қилиши ҳақида айтиб ўтиш ♦ беморни даво муолажалари вақтида эндокрин офтальмопатия ривожланиши ёки унинг ўсиши ҳақида огоҳлантириш.
- Ўз касаллиги ҳақида тўғри тушунчага эга бўлган бемор ножўя таъсирларда зудлик билан врачга мурожаат қилади.

КЕЙИНГИ КУЗАТУВ

- Динамик равишда беморларни кузатиб бориш тиреостатик терапия олаётган беморда ножўя таъсирлар: тошмалар ва жигардаги салбий ўзгаришларни эртароқ аниқлашга ёрдам беради.
- ^{131}I терапиясидан сўнг озод Т4 ва ТТГ микдори ҳар 4 ҳафтада гипотиреозни эрта аниқлаш ва ўриндош терапия буюриш учун текширилади.
- Қалқонсимон без функцияси ^{131}I терапияси қабул қилингандан сўнг пасаяди, бу эса ўрин босувчи терапия муолажасини буюришни талаб этади. Бу муолажани ўтказиш даврида ҳам албатта лаборатория текширувлари ўтказиб субклиник тиреотоксикозда (суякларнинг минерал қаттиқлиги, юракка ножўя таъсири), субклиник гипотиреоз (липидларнинг атероген фракциясининг кўпайиши, депрессия, оғирлигининг ортиши) ушлаш дозаларининг аниқлиги назорат қилинади.
- Эутиреозга эришилгач, 1 йил мобайнида қалқонсимон без фаолияти 3 – 6 ойда, кейинчалик ҳар 6 – 12 ойда 1 марта лаборатория текшируви ўтказилиб баҳо берилади.
- Грейвс касаллиги билан касалланган беморларда ТТГ нинг пасайиши радиойодтерапия олингандан сўнг 1 йил мобайнида кузатилади.
- Радиоактив йод билан терапия ёки хирургик даволашдан сўнг гипотиреоз ривожланиши сабабли беморни бутун умри давомида кузатиш лозим.

ПРОГНОЗИ

Ўз вақтида ва тўғри диагноз қўйиш, ҳамда монанд даволаш натижасида яхши прогнозга эришиш мумкин. Тиреотоксикоз белгилари 100 % ҳолларда йўқотилиши мумкин (йод ёки жарроҳлик йўли билан). Касалликнинг узоқ кечиши асоратлар қолдиради. Бу асоратларга қуйидагилар киради • юракдаги ўзгаришлар (доимий аритмия ва/ёки юрак етишмовчилиги) • остеопороз • тромбоемболия • токсик гепатит. Касалликни радиоизотоп ва хирургик усул билан даволашдан мақсад

гипотиреоз ҳисобланади. Шу мақсадда ҳаёт давомида натрий левотироксин қабул қилиш зарурлигини унутмаслик керак.

ТРЕМОР

Тремор – гиперкинез, бутун тана ёки унинг бирор қисмидаги мушакларнинг бир маромда беихтиёр тебранма ҳаракатлар билан қисқариши ёки бўшашиши тарзида намоён бўлади.

Классификацияси • Тебранма ҳаракатларнинг такрорланишига қараб: секин (3 – 15 Гц) ва тез (6 – 12 Гц) тремор • Ҳаракатларнинг характериға қараб, масалан, «ҳа – ҳа» ёки «йўқ – йўқ» типидаги тремор, ҳаб дорида учмоқ, танга санамоқ • Тананинг бирор қисми тортилишига қараб, билак, товон, тил тремори • Ҳо бўлиш вақтига қараб ✦ Статик (осойишталик тремори) ✦ Динамик (мушакларнинг фаоллиги вақтида пайдо бўладиган, кинетик, интенцион) ✦ Аралаш (осойишталик ва ҳаракат вақтида пайдо бўлади) ✦ Постурал (вазият сақланганда) • Сабабларига кўра ✦ Эмоционал ✦ Қарилик ✦ Истерик ✦ Эссенциал ✦ Паркинсон ✦ Мияча зарарланишида ✦ Алкоголли ✦ Симобли ✦ Тиреотоксикоз вақтида.

Этиологияси ва клиник манзараси • Паркинсон • Физиологик тремор – қўл бармоқлари, кўз ковоклари, вақти – вақти билан бошнинг енгил ва тез тремори, мушак таранглашганда кучайиши, чарчаганда, совуқ қотганда ёки эмоционал ҳис – ҳаяжонда пайдо бўлади • Қарилик тремори – бошнинг, пастки жағ, қўл бармоқларининг аралаш титраши, ҳаракатларни бажаришга деярли таъсир кўрсатмайди • ДВ чақирган тремор: фосфодиэстераза ингибиторлари (шу жумладан кофеин), β – аденорецепторларнинг агонистлари, ГК чақирган тремор • Симоб тремори – симоб интоксикацияси вақтида осойишталикда пайдо бўлиб, эркин ҳаракатлар вақтида кучаяди, юз мушаклари, кейин қўл ва оёқларда пайдо бўлади • Алкоголь тремори – очилган қўл бармоқлари, юз ва тил мушакларининг қалтираши, ўткир алкогольдан заҳарланганда, алкоголизм ва абстинент синдромда кузатилади • Жазавалик тремори – доимий ёки хуружсимон кўринишда, нодоимий ритм ва амплитудада, психоген омиллар таъсирида кучайиб, жазава тўтганда кузатилади • Варажасимон тремор (эт увишганда) – бутун аъзои бадан тремори, мушакларнинг қисқариши, сочларнинг тикка бўлиши, терининг оппоқ оқариб кетиши билан намоён бўлади • Мияча зарарланганда бўладиган тремор – интенцион тремор, мақсадга етишаётганда оёқ – қўлларнинг ритмик қалтираши кўринишида намоён бўлади, тремор постурал бўлиши мумкин – одатда кўпол, бирор вазиятни сақламоқчи бўлганда ёки оғир нарсани кўтараётганда кузатилади. Титубация – постурал тремор кўриниши, тана тик турганда кузатилади, ётганда эса йўқолади.

Даволаш • Асосий касалликни даволаш • Сурункали ҳавотирлик ҳолатига боғлиқ – бензодиазепим транквилизаторлари (диазепам 2 – 10 мг., лоразепам 1 – 2,5 мг., оксазепам 10 – 30 мг. 3 – 4 марта кунига) • Ўткир (изтиробли) ҳаяжонли ҳолат треморида ДВ қабул қилингани билан боғлиқ бўлса ва эссенциал треморда –

пропранолол 20 – 80 мг. дан 4 марта кунига (самара бермаса – примидон 50 – 250 мг. 3 маҳал кунига) • Даво физкультураси.

ХКК-10 • G25 Бошқа экстрапирамид ва ҳаракат бузилишлари.

Эслатма. Латиризм (нейролатиризм) – турли неврологик белгиларнинг бузилиши, тремор, спастик параплегия ва парастезия кўринишида: дуккакли ўсимликларни кўп миқдорда истеъмол қиладиган инсонларда учрайди. Давоси топилмаган. **ХКК – 10 • T62** Ейилган озиқ – овқат маҳсулотларидан бошқа захарли моддаларнинг токсик таъсири.

ЭССЕНЦИАЛ ТРЕМОР

Эссенциал тремор – ирсий касаллик, қўл, бош, товуш мушакларининг қалтираши билан намоён бўлиб, ҳаракатда ва бирор вазиятни сақлашда кучайиб, ухлаганда тўхтайдди. Касаллик одатда эркакларда 50 ёшда (аёлларда бироз кечроқ) бошланади.

Генетик аспектлари • Идентифицирланган локуслар 3q13 (*190300, 3q13, генлар FET1, ETM1) ва 2p25 – p22(*602134, ген ETM2), R (>50%) • Нистагм ва 12 бармоқ ичакнинг яра кассаллигида бўлган эссенциал тремор (*190310, R).

Клиник манзараси • Касаллик ҳар замонда юз берадиган тез (6 – 12 Гц.) пароксизмал (тўсатдан) бошланадиган қўл панжаларининг тремори • Кейинчалик бирин – кетин қўл, тил, бош, оёқ ва танада ривожланади • Тремор бир ёки икки томонлама, осойишталикда минимал, ҳис – ҳаяжонга берилган вақтда, очликда, чарчаганда, ҳарорат таъсир кўрсатганда кучаяди • Оғир ҳолларда меҳнатга лаёқатлик қобилияти йўқолади • Баъзан тремор энгил экстрапирамид бузилишлар билан ўтиб, ригидлик ва юриш – туриш бузилади. Паркинсонизмга қараганда камроқ намоён бўлади • Меҳнатга лаёқатлилигининг бузилиши, психосоциал муаммолар бўлишига қарамадан бу касаллик паркинсонизмга қараганда энгилроқ кечади, деменция бўлмайди • Тез – тез дистония билан бирга ўтади.

Дифференциал диагностикаси • Физиологик тремор • Қарилик тремори • Тиреотоксикоздаги тремор • Алкоголь тремори • Паркинсонизмдаги тремор • Мия жароҳатидаги тремор • Интоксикациядаги тремор.

Давоси • Пропранол 20 – 80 мг. 4 маҳал (кеча – кундузда кучайган физиологик треморда самарали) • Примидон 50 – 250 мг. 3 маҳал кеча – кундузда – пропранолол самара бермаганда • Бензодиазепин транквилизаторлари (диазепам 2 – 10 мг., лорезепам 1 – 2,5 мг., оксазепам 10 – 30 мг. ичиш учун 3 – 4 маҳал бир кунда) сурункали ташвишли ҳолатларда тремор кучайган вақтда • 50 % беморларда тремор кучини вақтинчалик оз миқдорда қабул қилинган алкоголь камайтиради. Натижаси 10 дақиқадан кейин намоён бўлиб, 3 – 4 соат давом этади.

Синонимлари • Оилавий тремор • Идиопатик тремор • Ирсий тремор • Идиопатик хавфсиз тремор • Эссенциал хавфсиз тремор.

ХКК – 10 • G25.0 Эссенциал тремор.

ПАРКИНСОН КАСАЛЛИГИ

Паркинсон касаллиги (титроқ фалажи) – марказий асаб тизимининг идиопатик суст ривожланувчи дегенератив хасталиги. Бу касаллик ҳаракатларнинг сусткашлиги, мушакларнинг қаттиқ таранглашуви, тинч даврдаги тремор ва рефлексларнинг бузилиши билан таърифланади. Касалликнинг асосида – пигментланган дофаминергик нейронлар қорамтир субстанцияси қаттиқ қисми фаолиятининг ишдан чиқиши, шунингдек бош мия ўзагидаги бошқа дофамин сақловчи ядролар фаолиятининг бузилиши ётади. Касаллик бошланадиган ўртача ёш – 57 ни ташкил этади. 5 – 24 % беморларда – оилавий асоратланган анамнез асосий рол ўйнади. **Учраши.** 65 ёшдан ошган аҳолининг 1 %.

ГЕНЕТИК КЛАССИФИКАЦИЯСИ

- Леви таначалари бўлган Паркинсон касаллиги эрта бошланиш (ўртача 47 ёшда) билан таърифланади, шунингдек тез ривожланиб (ўлим ўртача 56 ёшда), тремор йўқлиги билан характерланади.
- Ювенил паркинсонизм 40 ёшгача қайд қилинади. Классик аломатлари: брадикинезия, мушаклар таранглашуви, калтираш. Деменция бўлмайди. Патоморфологияси: нейронлар дегенерацияси ва қорамтир модда қаттиқ қисмида ва зангорисимон жойида демиелинизация бўлади, Леви таначалари бўлмайди. Касалликнинг бу тури кўпроқ яқин қариндошлар билан турмуш қуриш оқибатида туғилганларда учрайди.
- Паркинсон типдаги оилавий касаллик α – синуклеин гени мутацияси сабабли юзага келади, бу пресинаптик оқни кодлаб қолади; ёшларда эрта (46 ± 13 ёш) ва геннинг юқори таъсирчанлиги билан характерланади.
- Перри касаллиги – альвеоляр гиповентиляция, депрессив ҳолат (антидепрессантлар самара бермайди) билан кечадиган паркинсонизм, шунингдек қонда таурин миқдорининг камайиши кузатилади.
- Хант ювенил паркинсонизми болалар ва ўсмирларда учрайди, бунда классик паркинсонизм белгилари секин кечади. Патоморфологияси: ёсмиқсимон ядро дегенерацияси ва ҳалокати.
- Касаллик ривожланишига мойиллик (масалан, локус 2p13).

Патогенези. Бош мия дофаминергик нейронлари қорамтир моддасида, зангорисимон жойида ва бошқа дофаминсақловчи соҳаларда нерв тўқималарининг ўлиши (касалликнинг асосий клиник белгилари 80 % ва бундан кўп нейронлар қорамтир субстанциясида юзага келади). Думсимон ядро ва пўчоғида дофамин миқдори камаяди.

Патоморфологияси. Макроскопик – қорамтир модда ва зангорисимон жойида пигментация йўқолади. Микроскопик – айрим пигментлашган нейронлар; хужайра ташқарисида озроқ меланин йиғилиши, бу нейронларнинг ўлиши оқибатида юзага келади; айрим нейронлар атрофияга учраган ва депигментлашган; нейронларнинг сақланиб қолган қисми сферик эозинофилли цитоплазматик киритмалар – Леви таначаларини сақлайди.

КЛИНИК МАНЗАРАСИ

- Асосий белгилари ✦ Тинч ҳолатда ҳам 50 – 80 % беморларда тремор. Паркинсон касаллигида қалтираш (тремор) – II, III ва бу бармоқларга қарши қўйилган қўл панжаси I бармоғидаги ритмик титраш кузатилади, бу типик ҳолларда «пул санаш» ни эслатадиган ҳолат бўлади; касаллик бошланишида бир томонлама (гемитремол): статик тремор – тинч ҳолатда жуда кучли, ҳаракатланганда камайиши ёки бутунлай йўқолиши кузатилади; уйқуда қалтираш бўлмайди, эмоционал зўриқиш ва чарчашда қалтираш кучаяди. Қалтираш кўпроқ қўл панжаси, камроқ оёқларда, титраш жағда, тилда ва қовоқларда кузатилади ✦ Ҳаракатлар (прогрессив) секинлашади (брадикинезия). Ҳаракат ҳажми ва тезлиги чегараланиб боради (гипокинезия), ҳаракат актида қийинчилик (акинезия). Паркинсон касаллигида ҳаракатнинг издан чиқишида ниқобсимон юз қиёфаси пайдо бўлади (амимия), бунда оғиз очик, қад – қомат ҳам мажбуран эгилган (тиламчи ҳолати), юраётганда қўл ҳаракатидаги ҳамжиҳатлик йўқолиши (ахейрокинез) ✦ Рефлексларнинг бузилиши – сал туртиб юборилса, йиғиб олиш қийин даражасида ҳаракатнинг олдинга ёки орқага қараб юришнинг тезлашиб кетиш ҳолати ✦ Мушакларнинг таранглашуви, мушаклар тонуси – кўрғошин қувури сингари ўзгарган бўлади; тишли ғилдирак феномени кузатилади.
- Қўшилиб келадиган белгилар ✦ Нутқ секинлашган тушунарсиз, ўзига жалб қила олмайдиган, секин сўзлашиш, сўзлар бўғим – бўғимларга ажратилган (паркинсон дизартрияси). Интонацияси йўқолган (монотон нутқ) ✦ Кўриш фаолиятининг издан чиқиши: киприклар ёпилиш ҳаракати сонининг камайиши (фон Штелльва симптоми), блефароспазм (кўзнинг айланма мушаклари ва қовоқлар қисқариши), кўз нигоҳи титраши (кўзнинг назоратсиз тарзда юқорига узоқ вақт бурилиши). Кўғирчоқ кузи аломати (Аронович симптоми), бунда бош олдинга энгаштирилса, кўз соққаси юқорига ҳаракатланади, бош орқага эгилса, кўз соққаси пастга йўналади ✦ Себорея (гиперстеатоз) – ёғ безлари фаолиятининг кучайиши, бу теридан ёғнинг кўп ажралишига олиб келади (ёгланган юз симптоми) ✦ Вегетатив бузилишлар: қабзият, ортостатик гипотензия, пешоб ва нажасни тутолмаслик, жинсий фаолиятнинг бузилиши ✦ 50 % беморларда деменция ривожланади, кўпинча касаллик бошланганда, икки томонлама зарарланади.

Текшириш усуллари. • КТ/МРТ • Позитрон эмиссион томография.

ДАВОЛАШ

Даволаш тактикаси • Уни тартиб билан олиб бориш беморнинг бутун умри давомида амалга оширилади • Оқ истеъмолини камайтириш леводопаниннинг сўрилишини кучайтириши мумкин • Бемор ҳолатининг тез ёмонлашуви кундалик тартибга риоя қилмаганликдан далолат беради, шунингдек депрессия ёки қўшилиб келадиган касалликлар ҳам сабаб бўлади • Беморларда ҳаракат фаолияти активлигини узоқ вақт давомида сақлашга интилиш керак • Ҳаракат бузилиши кучайиб боришининг олдини олиш учун ҳар бир беморга ўзига хос жисмоний машқлар дастурини белгилаш яхши натижа беради.

ДОРИЛАР БИЛАН ДАВОЛАШ

- Таркибида леводопа бўлган препаратлар ✦ Леводопа+карбидопа 1 таб. (25/250 мг.) дан 1 – 2 маҳал овқатдан сўнг (дори яхши ўзлаштирилса, ҳар 4 – 7 кунда 1 таблеткадан кўшиб борилади, бу бир текис терапевтик таъсир олгунча давом эттирилади, аммо суткалик миқдори 8 таблеткадан ошиб кетмаслиги керак) ✦ Ножўя таъсири: кўнгил айниши, қусиш, психоз, оғиз, юз ва таянч – ҳаракат аъзолари дискинезиялари, дистония ✦ Леводопа таркибли препаратларни 2 – 5 йил давомида қабул қилингандан сўнг беморларда ёниш– ўчиш феномени (fenomen on – off) юза келади: акинезия назорат қилиб бўлмайдиган гиперактив ҳолат билан алмашилади. Бу ножўя таъсирни камайтириш учун кам дозадаги леводопа препаратини ҳар 1 – 2 соатда тез – тез қабул қилишга ўтиш тавсия этилади. Кўшимча равишда дофамин агонистлари тайинлаш тақиқланади ✦ Пиридоксинни леводопа препаратларини олаётган шахсларга бериб бўлмайди.
- Дофомин рецепторлари агонистлари ✦ Бромокриптин 50 – 60 мг/кун. леводопа препаратларининг кичик дозаси билан бирга эрта ва кечки босқичларида қўлланилади ✦ Ножўя таъсири: кўнгил айниши, рухий ўзгаришлар, ортостатик гипотензия, бош оғриғи. Алкоголь препаратни кўтара олишни ёмонлаштиради.
- М – холиноблокаторлар – қалтирашни тўхтатиш учун жуда самарали препарат ҳисобланади. Даволашни препаратнинг кичик дозаларидан бошлаб, сўнг аста – секин кўпайтирилади ✦ Бипериден 1 – 2 мг.дан кунда 3 маҳал ✦ Тригексифенидил 1 – 5 мг.дан кунда 3 маҳал ✦ Дифенилтропин 10 – 12,5 мг. дан кунда 1 – 2 маҳал ✦ Ножўя таъсири: оғиз қуриши, диурез камайиши, қабзият, кўришнинг бузилиши, алаҳсираш, делирий, ҳарорат регуляциясининг бузилиши. Бу препаратларни глаукома, сийдик тутилиши, бўлмачалар фибрилляциясида қўллаш мумкин эмас. Эссенциал артериал гипертензия, атеросклерознинг яққол ривожланган босқичларида, юрак, жигар, буйрак касалликларида бу препаратларни тайинлашда эҳтиёт бўлиш тавсия этилади.
- Касалликнинг эрта, енгил ва кечки босқичларида леводопанинг таъсирини кучайтириш учун амантадин 100 – 300 мг/кун. тавсия этилади. Биргина амантадин билан бир неча ой даволанилса, унга организмнинг толерантлиги ривожланади. Ножўя таъсири: оёқларда шиш пайдо бўлади, тери мармарсимон тусга киради, алаҳсираш кузатилади.
- Селегилин 5 – 10 мг/кун. дан, леводопа+карбидопа ёки леводопа+ бенсеразид билан бирга кўшиш тавсия этилади.
- Антигистамин препаратлари антихолинергик активлиги бўлган препаратлар дифенгидрамин 25 – 100 мг/кун., бу қалтирашда ёки кучсиз седатив препарат сифатида тавсия этилади.
- ТАД (масалан, амитриптилин 25 – 50 мг. уйқудан олдин), леводопа препаратлари билан бирга депрессияда, ҳавотирликда, уйқусизликда берилади.
- Пропранолол 10 – 40 мг. дан 2 – 4 маҳал кунда, баъзан жисмоний активликдаги қалтираш кучайганда яхши таъсир этади.

Хирургик йўл билан даволаш • Вентролатерал стереотаксик таламотомия чуқур бир томанлама қалтирашда ва дори воситаларидан наф бўлмаганда қўлланилади • Паллидотомия операцияси яққол гипокинезия ва қалтирашда • Паркинсонизмда

хужайралар трансплантацияси ёрдамида даволаш усули • Миянинг базал ганглиялари орқали дофамин ишлаб чиқарувчи хужайралар трансплантацияси усули мавжуд, лекин бу усул хозирча фақат тажрибадан ўтказилмоқда.

Касалликнинг кечиши ва прогнози. Касаллик секин бетўхтов ривожланиш билан ифодаланади ва оқибатда ўлим билан тугайди. 50 % беморларнинг 5 йил даволангандан сўнг аҳолининг яхши бўлиб кетишига ишонч йўқ. Айрим беморларда яна акинезия пайдо бўлади.

ХКК – 10 • G20 Паркинсон касаллиги.

Илова. Хореоатетоз • Оилавий пароксизмал: пароксизмал дистоник хореоатетоз, баъзан миокимия, бу алкоголь, кофе ичилганда, оч қолганда, чарчаганда ва тамаки чекишда кучайиши мумкин • Спастик эпизодик: пароксизмал хореоатетоз, атаксия эпизодлари, пай рефлексларининг кучайиши, пирамида симптоматикаси, беихтиёр ҳаракатлар, таянч аъзоларининг дистоник ҳолати, бекарорлик, дизартрия, оёқлардаги парестезия бош оғриғи, диплопия кузатилади. Бошланиши 2 дан 15 ёшгача, жисмоний зўриқишда симптоматиканинг кучайиши, эмоционал таранглик, уйқу камлиги, алкоголь истеъмол қилиш.

ПАРКИНСОНИЗМ

Паркинсонизм – неврологик синдром бўлиб, унда гипокинезия, мушаклар ригидлиги, тинч ҳолатда ритмик қалтираш, ўзгарувчан юриш, гавданинг букурсимон ўзгариши ва ниқобсимон юз қиёфаси каби ҳолатлар кузатилади. Ҳид – таъм билиш анализатори дисфункцияси бўлиши мумкин. Синдром кўпинча руҳий бузилишлар (масалан, шахсининг ўзгаришлари, кайфият бузилиши, деменция) билан ўтади.

Этиологияси • Иккиламчи паркинсонизм ✦ Бош мия томирлари атеросклерози (айниқса базал ганглийларда) ✦ Эпидемик энцефалит ✦ Баъзи дорилардан юзага келадиган паркинсонизм ✦ Монооксид углерод (ис газы) ва марганецдан захарланиш ✦ Нормотензив гидроцефалия ✦ Ривожланувчи ядроусти фалажи ✦ Бош миянинг структур зарарланиши (ўрта мия ёки базал ганглийларда жойлашган ўсмалар ва инфарктлар) ✦ Кўп сонли инсультлар ✦ Субдурал гематома ✦ Дегенератив касалликлар ✦ Уилсон – Коновалов касаллиги ✦ Гипоксик энцефалопатия ✦ Шая – Дреджер синдроми ✦ Мачадо – Джозеф касаллиги ✦ Гуам ороли комплекси (ён томонлама амитрофик склероз паркинсонизм ва деменция билан) • Бирламчи паркинсонизм: Паркинсон касаллиги.

Клиник манзараси – *Паркинсон касаллигига* қаралсин.

Дифференциал диагностикаси • Қариялар қалтираши • Эссенциал қалтираш • Тиреотоксикоз ва алкоголь делирийсида тремор.

Даволаш – Паркинсон касаллигига қаралсин.

ХКК – 10 • G20 Паркинсон касаллиги.

АЛЬЦХАЙМЕР КАСАЛЛИГИ

Альцхаймер бош миянинг бирламчи дегенератив касаллигидир. Хасталик одатда 50 ёшдан сўнг бошланиб, аклий салоҳиятни сусайтириш, хотиранинг ёмонлашуви ва шахсий ўзлигини англаш фаолиятларининг кучайиб борувчи бузилиш ҳолатлари билан таърифланади. Касаллик бошланишининг эрта (65 ёшгача – II) ва кечки (65 ёшдан сўнг – I) турлари фарқланади. Унга диагноз клиник жиҳатдан ўхшаш бўлган бошқа касалликларнинг барчасини инкор этиш асосида қўйилади. Нерв системаси сенил пилакчалари ва нейрофибриляр чигаллар сонини аутопсия йўли билан аниқлаш асосида ташхис тасдиқланади. **Учраш сони** ёш улғайган сари кўпайиб боради: 30 – 59 ёшгача – 0,02 % ни, 60 – 69 ёшгача – 0,03 %, 70 – 79 ёшгача – 3,1 % ни, 80 – 89 ёшгача – 10,6 % ни. Кўпроқ аёлларда учрайди.

Этиологияси. Эътироф этишларига кўра касалликда генетик мойиллик асосий аҳамият касб этади: 50 % ҳолларда оилавий анамнез • Мутация. Альцхаймер касаллигида қўйдаги генлар нуқсони топилган ✦ А4 амилоид β – оқининг ўтмишдоши (104760, 21q 21.3 – q 22.05, ген APP, 6 дефектли аллел) ✦ Аполипопротеин Е (107741, 19q 13.2, ген APOE, учта аллелдан энг кўп мойиллик Е 4 экспрессиясида кузатилади, псевдодоминирлаш) ✦ АД2 (Alzheimer Disease, 104310, 19 cen – q 13.2) ✦ Пресенилин – 1 (104311, 14 q 24.3 ген PSEN 1) (АД 3) ✦ Пресенилин 2 (600759, 1q 31 – q 42, ген PSEN 2 [АД4, STM 2] Я.) ✦ АД5 (602096, хр. 12) ✦ $\alpha 2$ – макроглобулин А2М гени дефектлари (103950, 12p 13.3 – p 12.3) ✦ ВМН (гидролаза блеомицин, 602403, 17q 11.2 Альцхаймер касаллиги ривожланишига мойиллик) ✦ Тахминан 50 % беморларда митохондриял ДНК дефектлари топилган (502500, MTND 1 ген, митохондриял наслдан ўтиш) ✦ Эрта бошланиши APP, PSEN1, PSEN2 генлар дефектлари билан боғлиқ.

Хавф омиллари • Аниқ ✦ Кекса ёш (65 ёшдан сўнг ҳар 10 йилда касалликка чалиниш 3 марта кўпаяди) ✦ Оилавий ирсий анамнезда Альцхаймер касаллиги ✦ Аполипопротеин Е нуқсонли Е4 ген аллели борлиги ✦ Даун синдроми • Эҳтимолга яқин ✦ Анамнезда бош мия травмаси ✦ Анамнезда калқонсимон без касаллиги ✦ 30 ёшдан ошган аёлларда биринчи фарзанд туғилганда ✦ Анамнезда депрессив эпизодлар ✦ Саводсизлик • Мунозарали ✦ Стресс ҳолатининг тез – тез бўлиши ✦ Ичимлик сувида алюминий миқдори кўплиги ✦ Алкогол ✦ Ижодга алоқаси бўлмаган бир турдаги иш.

Патогенези. Альцхаймер касаллигини этиологияси ҳар хил патологик жараёнлар оиласи деб қараш мумкин. Альцхаймер касаллигида мия тўқималарида кўп сонли пилакчалар β – амилоид оқ қатламлари ҳо бўлади. Сўнгра улар нейронлар ва уларнинг ўсимталари дегенерациясини юзага чиқаради. Микроглиялар ва астроцитлар амилоид пилакчалар таркибига киради. Айни вақтда нейронлар цитоскелетини ташкиллаштириш бузилади. Альцхаймер касаллигида нейронлар цитоплазмасида τ – оқининг модификацияланган шакли топилган, улар спиралсимон жуфт иплар қаттиқ аномал тузилмалар, нейрофибриляр тугунчалар таркибида толаларни шакллантиради. Бу патологик жараёнлар синаптик ўтиш, айниқса, холинэргик ўтишнинг бузилишларига олиб келади. Шунингдек перамид ҳужайраларнинг донатор – вакуол дегенерацияси ҳужайра ичи киритмалари (Хирано таначалари), амилоид ангиопатия аниқланади.

Диагностик меъзонлар • Аста секин бошланиш ва ривожланиб кечиш
 ✦ Деменция ✦ Хотира бузилиши. Касалликнинг эрта босқичида фиксацион амнезия; кейинчалик қисқа ёки узоқ вақтли хотира бузилиши юзага келади. Конфабуляция бўлиши мумкин ✦ Ақл – идрок сусайиши ✦ Фикрлаш қобилятининг бузилиши, (ноаниқлик, фикрлашнинг бир хил типда бўлиши, хулоса чиқариш сусайиши) ✦ Мия юқори пўстлоқ фаолиятининг бузилиши (афазия, апраксия, алексия, аграфия, акалькулия, агнозия) ✦ Руҳий ҳолатига танқидий қарашнинг сусайиши. Касалликнинг эрта босқичида танқидий ёндошиш қисман сақланиб қолади, натижада депрессия ҳолати, суицидал мойиллик бўлиши мумкин ✦ Шахсий тафаккурнинг ўзгариши, макон, вақтда дезориентация (булар касалликнинг эрта даврида юзага келади) ✦ Психомотор кўзғалишлар, безовталаниш, беҳаловатлик, кўнимсизлик • Социал меҳнат дезадаптатсияси • Деменция синдроми билан кечадиган соматик касалликларни истисно қилиш • Бошқа руҳий касаллик билан боғланиш йўқлиги. Касаллик делирий, алахсираш, галлюцинациялар билан ўтиши мумкин • Кечки белгилари – қалтираш хуружи, мушаклар титраши, клоник қисқариш экстрапирамид бузилишлар.

Текшириш усуллари • Лаборатор ✦ Қоннинг тўлиқ клиник ва биокимёвий таҳлили. Қонда V_{12} витамини ва фолат кислота миқдори ✦ Қалқонсимон без фаолиятини текшириш ✦ Фон Вассерман реакциясига ва ОИТС га қон таҳлили • Махсус текширувлар ✦ ЭКГ – аритмияни инкор этиш ✦ ЭЭГ – сигнал узатишнинг диффуз сусайиши ✦ КТ, МРТ – пўстлоқ атрофияси, мия қоринчаларининг кенгайиши. Нормотензив гидроцефалия, инфарктлар, субдурал гематомалар, ўсмаларни инкор этиш ✦ Ликворда β – амилоид миқдори ошганлигини аниқлаш ✦ Мидриатиклар юборилганда кўз қорачиқларининг ҳаддан ташқари кенгайиб кетиши ✦ Аро Е гени Е 4 аллели нуқсонини аниқлаш.

Даволаш. Специфик даволаш усули йўқ. Дори воситаларини ёмон ўзлаштириш сабабли уларни кам миқдорда қўллашга ҳаракат қилинади • Ацетилхолинэстераз ингибиторлари ✦ Ипидакрим 10 – 20 мг. дан кунда 1 – 3 маҳал. Даволаш муддати камида 2 ой • Антидепрессантлар – депрессия синдромида ✦ Серотонинни нейронал ушлаб қоладиган танлов ингибиторлари (флуоксетин, сертралин, тразодон) • Глутаматергик система модуляторлари (мемантин 10 мг. кунда 2 маҳал 2 ой давомида) • Церебролизин 5 – 10 мл. вена ичига 20 – 25 кун давомида • Нейролептиклар (фенотиазин ёки бутирофенон унумлари) алахсираш ва галлюцинатор бузилишда. Даволаш минимал дозалардан бошланади, бу доза яхши самара пайдо бўлгунча аста – секин ошириб борилади • Карбамазепин 100 мг. кунига 3 маҳал кучли кўзғалиш ва агрессияда • Холинни блокада қиладиган дори воситаларини тайинлаш мумкин эмас.

ХКК – 10 • G30 Альцхаймер касаллиги.