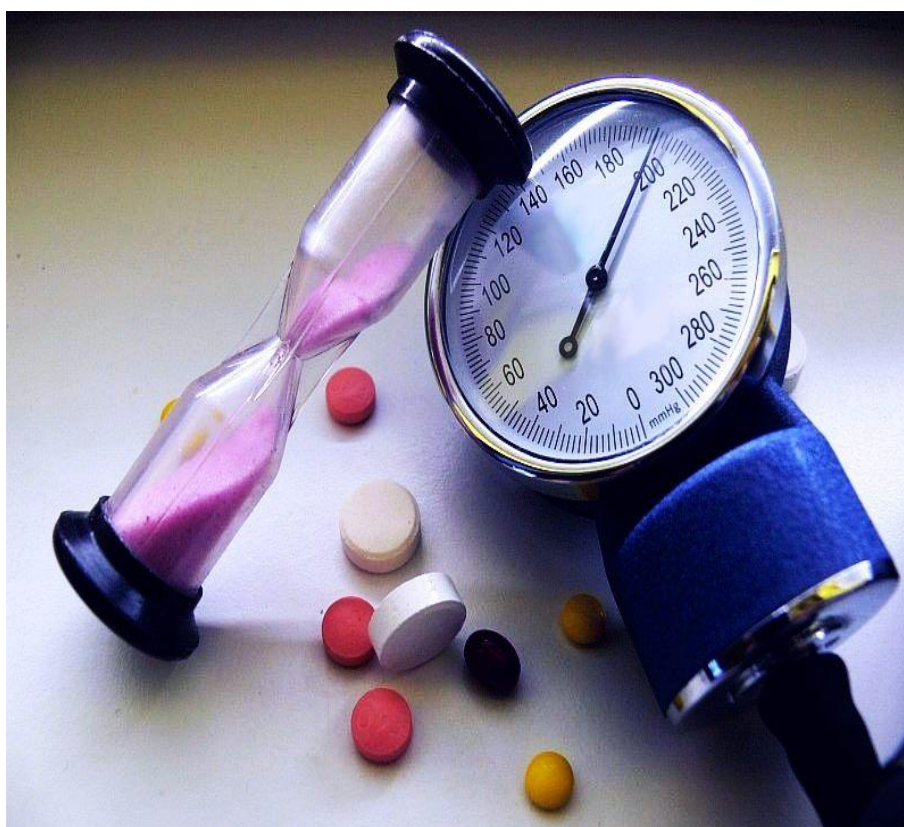


**O'ZBEKISTON RESPUBLIKASI SOG'LIQNI SAQLASH
VAZIRLIGI BUXORO DA VLAT TIBBIYOT INSTITUTI**

Narziev Sh. S., Abdullaeva M.

Ichki kasalliklar propedevtikasi

o'quv qo'llanma



Buxoro – 2018

Tuzuvchi: 1. T.f.n. katta o'qituvchi **Narziyev Sh. S.**
2. Fiziologiya va patologik fiziologiya kafedrasini
katta o'qituvchisi **Abdullaeva M.**

Taqrizchilar:

1. Samarqand davlat tibbiyot instituti ichki kasalliklar va
gematologiya kafedrasini dotsenti: t.f.n. **Do'sanov A. D.**

2. Buxoro tibbiyot instituti Sharq tabobati, fizioterapiya va
davolovchi badantarbiya kafedrasini: t.f.n. dots. **Nurboyev F. E.**

«Bilim olish faqatgina o'qituvchining mahoratiga emas, balkim, ko'proq talabaning intiluvchanligiga bog'liqdir»

SO'Z BOSHI

Ushbu o'quv qo'llanma 3-kurs davolash, tibbiy pedagogika va 3-4 kurs stomatologiya fakulteti talabalari foydalanishi uchun mo'ljallangan bo'lib barcha mavzulari yoritilgan. O'quv qo'llanma VII bobdan iborat bo'lib, nafas olish, yurak qon-tomir, ovqat hazm qilish, siydik ajratish, qon yaratish va qon kasalliklari, endokirin tizimi kasalliklari, suyak va mushak tizimlari kasalliklarini o'z ichiga qamrab olgan. O'quv qo'llanma talabalarga kasalliklar to'g'risida va etiologik omillarini, patogenezini, subyektiv (so'rab-surishtirish), obyektiv (ko'zdan kechirish, palpatsiya, perkussiya, auskultatsiya) va laborator-instrumental tekshiruv metodlarini o'rganishga imkon yaratadi hamda talabalarga ko'p malumotlar olish imkonini beradi. Shular bilan bir qatorda ushbu o'quv qo'llanmada mavzular bo'yicha aks ettirilgan rasmlar, test savollari va muammoli masalalar hamda assesmentlar talabalarni o'z ustilarida ishlash uchun samarali xizmat qiladi.

Hammamizga malumki, talabalarga yangi pedagogik texnologiyalardan foydalanib dars o'tish, ularni o'z ustida yanada ko'proq ishlashni talab qiladi va dars jarayonida ushbu masalalardan foydalanib dars o'tish talabalarni o'z ustida ishlashga yanada ko'proq jalb qiladi. O'quv qo'llanma sodda va ravon uslubda yozilganligi talabalarni o'zlashtirishi va tushunishi uchun qulaylik yaratadi.

Mualliflar fikricha, ushbu o'quv qo'llanma kasalliklarni sababini, uni rivojlanishini o'rganishda, kasalliklarni diagnostikasida, to'g'ri davolashga, tekshiruv rejalarini to'g'ri tuzishga, sanitariya targ'ibot ishlari olib borishga, kasallikni oldini olishga va turli asoratlarni kamaytirilishiga olib keladi. Ushbu o'quv qo'llanma talabalar bilimini oshirishga xizmat qiladi degan umiddamiz.

Hurmatli talabalar, bazi bir imloviy (orfografik) xatolar bo'lsa oldindan uzr so'raymiz.

I BOB. Fanning maqsad va vazifalari. Ichki a'zo kasalliklari to'g'risida umumiy tushuncha va ichki tibbiyot vazifalari.

Mavzuning maqsadi: Fanning maqsad va vazifalari, ichki a'zo kasalliklari to'g'risida tushuncha berish.

Tayanch atama va iboralar: Simptom, sindrom, semiologiya, nazologiya, etiologiya, patogenez, diagnoz, sanitariya- gigiena, profilaktika, palpatsiya, kasallik tarixi, anamnez yig'ish.

Mavzu bayoni: Terapevtik kasalliklar tibbiyotning eng yirik tarmoqlaridan biri bo'lib, organizmni ichki a'zolari kasalliklarini turli klinik formalarini aniqlashni, ularni kelib chiqish sabablarini, patogenezini, klinikasini, ichki kasalliklarda yuzaga keladigan palpator, perkutor, auskultativ o'zgarishlarni, laborator va instrumental tekshiruv usullari, davolash usullarini va profilaktika chora tadbirlarini o'rganadi. Terapevtik kasalliklarni o'rganish uchun propedevtika fanini bilish muhim ahamiyatga ega. **“Propedevtika” so'zi grekcha so'z bo'lib, kirish yoki dastlabki o'qitish ma'nosini anglatadi.**

Terapevtik kasalliklar tibbiy fanlar ichida va uni amaliyotida juda muhim o'rin egallaydi, chunki ular juda ko'p uchraydi, ancha og'ir kechadi. Buning uchun kasalliklar simptom va sindromlarini bilish lozim. **Simptom** - kasallikni alohida belgilarini aks ettiradi. Masalan: jig'ildon qaynashi, ko'ngil aynishi, qusish – bular meda ichak tizimi kasalliklarida kuzatiladigan alohida simptomlardir. Yo'tal, hansirash, nafas olish aktida ko'krak qafasida og'riq - bular nafas olish tizimi kasalliklari simptomlaridir. **Sindrom** - bir-biri bilan patogenetik bog'liq bo'lgan simptomlar yig'indisidir. Masalan: dispeptik sindrom - jig'ildon qaynashi, ko'ngil aynashi, qusish, kekirish kabi simptomlardan tashkil topadi. Ularni kelib chiqish sababi - meda ichak tizimini shikastlanishidir. **Sindromlar turi:** 1) anatomik; 2) funktsional bo'ladi. Organlarni struktur o'zgarishlariga mos keluvchi fizik simptomlar yig'indisi “anatomik sindrom” deyiladi. Masalan: o'pkada perkutor tovushni bo'g'iq bo'lishi, bronxial nafas, ovoz dirillashini kuchayishi, bronxofoniyani kuchayishi - o'pka to'qimasini zichlashishi “anatomik sindromi” ga misol bo'ladi. Funktsional simptomlar yig'indisi “fiziologik” yoki funktsional sindromni tashkil etadi. Qonni zaxira ishqoriylikini kamayishi, siydikda ammiak miqdorini oshishi, alveolyar havo tarkibidagi karbonat angidridni

portsial bosimini pasayishi, gazsiz atsidoz funksional sindromni tashkil etadi. **Sindrom:** sodda (kichik), murakkab (katta) bolishi mumkin. Katta sindrom patogenetik bir-biri bilan bog'liq bo'lgan va butun organizmga tarqalgan simptomlar yig'indisidan iborat bo'ladi (buyrakni diffuz kasalliklarida quyidagi katta: azotemik, uremik, gipertonik sindromlar kuzatiladi.)

Kasalliklarni simptom va sindromlari yig'indisini umumlashtirib diagnoz (tashxis) qo'yiladi. Diagnoz (grekcha - diagnosis- bilmoq) bu - zamonaviy tibbiyot fani termini bilan bayon etilgan, bemor holati va kasallikni mohiyati to'g'risida shifokorni qisqacha xulosasidir.

Diagnostika jarayoni bosqichlari;

1. Dalillarni to'plash;
2. Analogiya printsiptini qo'llash (konkret yoki abstrakt tajribaga asoslanib);
3. Dastlabki diagnostik gipoteza;
4. O'xshash diagnostik gipotezalar bilan taqqoslash;
5. Qo'shimcha diagnostik tekshirish usullarini qo'llash;
6. So'ngi diagnostik gipoteza;

Ba'zan tekshiruv, davolash jarayonida xatoliklarga ham yo'l qoyiladi, bularga quyidagi sabablar bo'ladi;

Diagnostik xatolar sabablari (R.Xegtlin)

1. Bilimsizlik;
2. Muloqot mahoratiga ega bo'lmaslik;
3. Yetarli darajada tekshirmaslik (-texnik imkoniyatsizlik; -vaqt yetishmovchiligi; - ahvoli og'ir bemor);
4. Tafakkur davomidagi xatoliklar (konstruktiv tafakkurga ega bo'lmaslik; taklif etilgan diagnoz xatosizligiga o'ta ishonch bilan qarash; manmanlik bilan diagnoz qo'yish; mantiqan xato xulosalar; o'ta qiziq diagnozlar qo'yishga intilish; pessimizm yoki optimizmga moyillik; ikkilanish; hamkasblar fikrini mensimaslik);

Vrach xatoliklari turi (N.I. Krakovski va Yu. Ya. Grisman 1959) – Diagnostik; -Davolash taktik; -Davolash texnik; -Tashkiliy; - Hujjatlardagi kamchiliklar; -Tartibiy kamchiliklar;

Diagnoz 50% sub'ektiv, 30% ob'ektiv va 20% laborator-instrumental tekshiruv malumotlariga asoslanadi. Bazan ob'ektiv tekshiruv ham 100% natija beradi.

Diagnoz qo'yish 3-bosqichdan iborat; 1. Simptomlarni aniqlash; 2. Simptomlarni sindromga birlashtirish; 3. Sindromlarga asoslanib diagnoz qo'yish;

Diagnoz klassifikatsiyasi (turlari);

1. Xarakteri va tarkibi bo'yicha: - etiologik, patogenetik, nazologik, patologoanatomik, anatomik, patofiziologik.

2. Tuzish usuli va asoslashi bo'yicha: - to'g'ri diagnoz, differentsial diagnoz, bemorni "kuzatish (Diagnosis ex observacione) yo'li" bilan qo'yiladigan diagnoz, "davolash samarasi" bo'yicha qo'yiladigan diagnoz (Diagnosis exjuantibus).

3. Ishonchlilik darajasiga qarab: - dastlabki diagnoz, taxminiy diagnoz, yakuniy klinik diagnoz, so'roq ostidagi (aniq bo'lmagan) turlari farqlanadi.

Diagnostika (grekcha-diagnostikos-farqlay bilish) bu, bemorga adekvat davo berish maqsadida, bemorni tekshirish usullarini, vrachni kasallik va bemor holatini aniqlash bo'yicha kuzatishlari, fikr yuritishini yoritib beruvchi tibbiyot ilmini bir bo'lagidir. Bazanda bemorlar bilan noto'g'ri muloqot olib borilishi, to'liq tekshirmaslik, so'rab surishtirmaslik, fizikal tekshiruvlarni noto'g'ri baholanishi, dori vositalarini noto'g'ri tavsiya qilinishi mumkin va shu tufayli xatoliklarga yo'l qo'yamiz yoki noto'g'ri davolab yatrogen holatlarga sabab ham bo'lishimiz mumkin.

Diagnostik xatolar sabablari: kasallikka, bemorga, vrachga, tashqi muhit va tekshirish shart-sharoitiga bog'liq bo'lgan xatoliklar bo'lib turadi.

Kasallik belgilari to'grisidagi ta'lim semiotika (grekcha-semion-belgi) deyiladi. Semiotika 2 xil bo'ladi: umumiy va xususiy. Simptomatologiya - kasallik simptomlarini o'rganuvchi fandır.

Klinikada terapevtik kasalliklarni o'rganishda quyidagi asosiy bosqich va prinsiplarga asoslanish kerak: - bemorni tekshirish usullari (diagnostika);

- Shu usullar yordamida aniqlangan kasallik belgilari va simptomlarni (simptomatologiya yoki semiotika) baholash;

- Kasallik sababini aniqlash (etiologiya);

- Kasallik jarayoni rivojlanishi umumiy mexanizmini aniqlash (patogenez);

patologo - anatomik o'zgarishlarni qayd qilish;

- Fizikal tekshirish usullari;

- Kasallikning klinik ko'rinishini kechishi, rivojlanishini, og'irlashishlarni aniqlash;

- Bemorning taqdiri haqida xulosa chiqarish (oldindan aytish yoki prognoz);

- Bemorni davolash choralarini ko'rish (terapiya);

- Kasallikning oldini olish uchun chora tadbirlar ishlab chiqish (profilaktika).

O'quv fanni maqsadi – talabalarga terapevtik kasalliklar propedeutikasi fanini tanishtirish va vrach deontologiyasi, yatrogeniya, bemorlarni klinik tekshirish usullari bo'yicha tanishtirish (so'rab surishtirish, ko'zdan kechirish, palpatsiya, perkussiya, auskultatsiya) organ va sistemalarni qadamma-qadam tekshirishni, sistema bo'yicha sindrom va simptomlarni asosiy qonuniyatlarini o'rganish, a'zolarni laborator va instrumental tekshirishni va interpretatsiya qilish ko'nikmalarini egallashdan iborat.

Fanning vazifalari: Talabalarga vrachlik muloqot ko'nikmasi, texnikasi, so'rab surishtirish, ko'zdan kechirish, palpatsiya, perkussiya va auskultatsiya texnikasi va laborator, instrumental hamda funktsional tekshirish usullariga o'rgatish;

-Sindrom va simptomlarni asosiy qonuniyatlarini o'rgatish;

-Organ va sistemalarni qadamma-qadam tekshirishni o'rgatish;

-A'zolarni laborator va instrumental tekshirishni va interpretatsiya qilishni o'rgatish;

-Olingan tekshiruv natijalari asosida diagnostik xulosani qo'ya bilish;

-Ichki kasalliklarning nozologik formalarini savollarini o'rganish;

-Ichki kasalliklarning asosiy davolash printsiplarini o'rgatish;

-Terapevtik - bemorlarni parvarishlashdagi asosiy ko'nikmalarni shakllantirish;

-Kasalliklarni klinik mezonlarini aniqlashni o'rgatish;

- Dastlabki klinik tashxis qo'yishni o'rgatish;

-Tekshirish rejasi va taktikasini tuzish, kompleks davo qilish choralarini o'rgatish v.b.

Fanni o'rganishda talabalarning bilimiga, ko'nikma va malakasiga qo'yiladigan talablar; Asosiy klinik tashxis qo'yish usullari, ko'zdan kechirish, palpatsiya, perkussiya, auskultatsiya usularini bilish va amaliyotda qo'llash. Bemorlarni mustaqil ravishda

so'rab-surishtirish va organizmdagi patologik jarayonlar etiologiyasi va patogenezi haqida tasavvurga ega bo'lishi kerak.

Talabalar:

- Shifokor deontologiyasi asoslari.
- Kasalliklarning asosiy klinik simptom va sindromlari haqidagi tushunchaga ega bo'lishlari lozim. Tashxis uchun qo'shimcha kerakli bo'lgan laboratoriya analizlarini tahlil qilishni bilishi kerak.
- Ko'p tarqalgan, tipik formada kechuvchi ichki kasalliklarning diagnostikasi.
- Birinchi tez yordam berish choralari tushunchasiga ega bo'lishi va asosiy tibbiy xujjatlarni yurita olish malaka va ko'nikmalariga ega bo'lishi lozim.

Bemorni to'g'ri diagnostika qilish uchun so'rab surishtirish, fizikal tekshiruvlarni to'g'ri olib borish lozim. Lekin diagnostikani takomillashtirish uchun laboratoriyada va instrumentlar yordamida tekshirishlarni keng qo'llashning juda katta ahamiyati borligini inkor etib bo'lmaydi. Bemorni tekshirish, faqat kasallikka diagnoz qo'yishni, yani anatomik o'zgarishning klinik ifodalanishi qanday xarakterga ega ekanligini aniqlashning o'zini maqsad qilib qo'ymaydi u kasal organning funktsional holatini ham belgilashi kerak. Shuning uchun funktsional tekshirish usullaridan, yani biror organ yoki sistemaning hamda butun organizmning faoliyati qay darajada buzilganligini ko'rsatib beradigan usullardan foydalanishga to'g'ri keladi. Kasallikning sababini va uning avj olish mexanizmini tekshirish, yani etiologik va patogenetik diagnoz ayniqsa muhim ahamiyatga ega. Bunday diagnoz bemorni to'g'ri davolash imkoniyatini yaratadi.

Kasallikni aniqlash bemorni davolashning asosiy yo'lidir. **Simptomlar haqidagi fan** - semiotika ham shu maqsad uchun xizmat qiladi. Ayrim klinitistlar **simptom** - **sindromlar** yig'indisiga alohida ahamiyat beradilar. Ular, hatto klinik nozologiya (nozologiya-kasalliklar haqidagi fan bo'lib, "nozos" - kasallik va "logos" - bo'lim demakdir) asosiga sindrom printsipini qo'yadilar. Bunday fikrga qo'shilib bo'lmaydi, chunki klinikada bizni simptom va sindromlarning o'zi emas, balki ularning yordamida kasallik mohiyatini aniqlab olish qiziqtiradi.

Terapevtik kasalliklar etiologiyasini o'rganish sohasida tobora yangi yutuqlar qo'lga kiritilayotgan bo'lsada, biz mavjud bilimlar bilan kifoyalanib qola olmaymiz. Ichki kasalliklarning kelib chiqishida asosan

ruhiy- asab o'zgarishlar, infektsiya va intoksikatsiyalar, organizmga oziq-ovqat mahsulotlari kirishining buzilishi, ichki sekretsia bezlari va vegetativ asab sistemasining strukturasi va funksiyasidagi irsiy va turmushda ortirilgan buzilishlar, ba'zi organlarning o'sishidagi anomaliyalar, ob-havoning ta'siri, ekologiya, zararli odatlar va hokazolar sabab bo'ladi.

Kasallik faqat alohida bir organni zararlantirib qolmaydi u organizmning kasallik paydo qiladigan biror omilga nisbatan umumiy reaksiyasidir. Biror kasallikda ma'lum organ yoki sistemaning zararlanishi umumiy kasallikning bir qismi hisoblanadi. Ma'lum bir kasallikda biror sistemaning ko'proq zararlanishi esa uning avj olish mexanizmlarining turlicha bo'lishiga bog'liq.

Nihoyat, kasalliklarning klinikasini o'rganish, profilaktik tadbirlar ishlab chiqish imkonini beradi. Demak kasalliklar klinikasini faqat davolovchi shifokor emas, balki gigienist shifokor ham yaxshi bilishi kerak. Profilaktika - tibbiyotning asosini tashkil etadi. Tibbiyotning profilaktik printsiptiga asoslanganligi sil, bezgak va zaxm va boshqa yuqumli kasalliklarga qarshi kurashda juda ko'p yutuqlarni qo'lga kiritish imkonini beradi. Mamlakatimizdagi sotsial-iqtisodiy sharoit kasalliklarni profilaktika qilishning hal qiluvchi omilidir. Bizning mamlakatimizda ro'y bergan sotsial-iqtisodiy va siyosiy o'zgarishlar tufayligina keng profilaktik tadbirlarni amalga oshirish imkoniyati yaratildi. Bunda aholining moddiy va madaniy turmush darajasining yuksalishini ahamiyati katta. Ma'lumki bizda umumiy profilaktik tadbirlar **Davlat sanitariya epidemiologiya nazorat markazlari** va **birlamchi tibbiy zveno** tomonidan amalga oshiriladi.

O'zbekiston Respublikasida kasalliklarning oldini olish uchun Respublika salomatlik markazlari va ularning Viloyatlardagi filiallari, Respublika Davlat sanitariya epidemiologiya nazorat markazlari va ularning Viloyat bo'limlari kabi tashkilotlar kurashsalarida, klinitisist shifokorlarimiz ham kasallikni davolash bilan birga oldini olish bilan shug'ullanadilar. Buning uchun quyidagi usullardan foydalaniladi: to'g'ridan -to'g'ri bemorga maslahat berish, bemorning qarindoshlari yoki yaqin kishilari orqali maslahat berish, bazanda virtual maslahat usullaridan foydalaniladi. Aholi yashaydigan turar joylarni sog'lomlashtirish, epidemiyalarga qarshi kurash, umumiy ovqatlanish shaxobchalari ustidan nazorat o'rnatish, korxonalarda mehnatni muhofaza qilish, ommaviy axborot vositalarida, gazeta-jurnallarda, san

byuletenlarda, radio-televideniyada maruzalar, suhbatlar o'tkazib, maqolalar-risolalar chop etib, og'zaki va yozma ravishda olib boriladigan tadbirlar kasalliklarning oldini olishda juda muhim omillardan hisoblanib, yuqoridagi tashkilotlar ushbu vazifani bajaradilar. Hozirgi tibbiyotda klinitsist shifokorlarimiz davolash ishini profilaktik ishga qo'shib ikkalasini birgalikda olib boradilar. **«Sog'lom odamlarni tekshirib turish, ularni irsiy va xavfli kasalliklardan asrash, ular uchun tegishli turmush rejimini belgilash shifokorning muhim va sharafli burchidir. Chunki davolashdan ko'ra kasallikning oldini olish afzaldir»**, degan edi M. Ya. Mudrov. S. P. Botkinning shogirdi V. A. Manassein bunday deb yozgan: **«Ayni vaqtda-ham terapevt, ham gigienist bo'lmagan shifokorni haqiqiy shifokor deb hisoblash mumkin emas»**.

Bemorni davolashda uning yashash sharoitlari va bajaradigan ishini sinchiklab o'rganishlari zarur. Bularni bilmay turib, ko'p kasalliklarni profilaktika qilishning to'g'ri yo'llarini topish mumkin emas. Kasalliklarning etiologiyasini aniqlash faqat bemorni muvaffaqiyatli davolash uchun emas, balki profilaktika uchun ham juda muhimdir. Kasallikning sabablarini bilish tibbiyotning muhim ishidir; kasallik sababi aniqlangandagina unga qarshi kurashish yengil kechadi.

Mamlakatimizda terapiyani rivojlanishida o'z hissasini qo'shgan olimlarimiz.

1. Slonim M.I.(1892-1945), terapiya, fizioterapiya rivojlanishiga o'z hissasini qo'shgan.

2. Mirochnik M.F. (1875-1945) terapiya, gastroenterologiya rivojlanishiga



o'z hissasini qo'shgan.

3. Katsenovich R.A. (1920-2003).



kardiologiyani rivojlanishiga o'z hissasini qo'shgan.

4. Askarov A. A. Terapiya va gastroenterologiya rivojlanishiga o'z hissalarini qo'shgan.

5. Yo'ldoshev K.Y. (terapiya, kardiologiya).



Professor Karim Yuldashevich hozirgi tibbiyotni perspektivli yo'nalishi bo'lgan yurak-qon tomir, asab, hazm tizimi, nafas olish a'zolari, harakat tayanch tizimi organlari funksiyasini regulyatsiya qilish hamda kasalliklarni reabilitatsiya qilish maqsadida ularga tabiiy va hosil qilingan fizik omillarini ta'sirini o'rgandi. Uning 546 dan ziyod ilmiy ishlari, 22 monografiya va o'quv qo'llanma, 65 dan ortiq metodik qo'llanmalari chop etilgan.

6. Alyavi Anis Lyutfullaevich (respublikada kardiologiyani rivojlanishiga hissasi katta).



Professor Alyavi Anis Lyutfullaevich ilmiy yo'nalishlari "Arterial gipertoniya", "Miokard infarkti", "Tibbiyot reabilitatsiyasi" muammolarini o'rganishga qaratilgan. Professorning ilmiy izlanish ishlari dolzarbliki jihatidan hamda muammolarni bartaraf etishda keng diapozonda amaliyotda ishlatiladi. Uning yaratgan ilmiy maktabi arterial gipertoniya, yurak ishemik kasalligi, surunkali yurak yetishmovchiligi kabi kasalliklarni zamonaviy diagnostika usullari va patogenetik davo va bemorlar reabilitatsiyasi muammolarini tekshirish samaradorligiga yo'naltirilgan. A.L. Alyavining boshqaruvi ostida Respublikada shoshilinch tibbiy yordam tizimida o'tkir miokard infarkti kasalligiga chalingan bemorlarga koronarografik tekshirish yo'lga qo'yilgan bo'lib, koronar tomirlar angioplastikasi va stentirlash (stent-qo'yish) yo'lga qo'yildi. Professor

A.L. Alyavining 500 dan ortiq ilmiy ishlari, jumladan 6 monografiya, 20 dan ziyod metodik qo'llanmalar va ishlanmalari mavjud bo'lib, shundan 65 dan ziyod chet ellarda chop etilgan.

Bemorlarni klinik tekshirish usullari va ichki kasalliklarning umumiy semiologiyasi.

Mavzuning maqsadi: Bemor haqida ma'lumot yig'ish, alohida so'rab-surishtirish, bemorning shikoyatlari, kasallik hamda hayot anamnezining ahamiyati, ko'zdan kechirish qoidalari to'g'risida tushuntirib berish.

Tayanch atama va iboralar: Asosiy va qo'shimcha shikoyatlar (interragatsio), anamnez morbi, anamnez vitae, inspeksio, stupor, sopor, koma, bemorning faol, passiv, majburiy holati, antropometriya, termometriya, konstitutsiya, palpatsiya, perkussiya, auskultatsiya.

Mavzu bayoni:

Bemorlarni tekshirish vaqtida tibbiy xodimlar tibbiyot deontologiya qonun qoidalariga asoslanishi lozim. Bemorlarni tekshirish vaqtida yoki so'rab surishtirishda muloqot ko'nikmalaridan foydalaniladi. Bemorlar bilan to'g'ri muloqotda bo'lsa, yaxshi munosabat o'rnatilgan bemorlar albatta o'z muammolarini to'la to'kis tibbiy xodimga aytadilar va shundagina kasallik to'g'risida to'la ma'lumot to'plash mumkin. To'liq ma'lumot to'plagan xodimgina aniq diagnoz qo'yadi va bemorni ishonchiga kirib, kasallikni asoratsiz davolay oladi. «**Muloqot san'ati bor shifokor, diagnostikada adashmaydi, yoki aksincha()**». Shifokor, qabulga kelgan bemorni tashxislash uchun asosan 45-50% holatda so'rab surishtirishga va 30-35% ob'ektiv tekshirish natijalariga va 20% holatlarda laborator instrumental va funktsional tekshiruvlarga tayanib ish tutishi lozim. Hamma vaqt ham shunday bo'lmasligi mumkin, ba'zan ko'zdan kechirish ham 100% lik natija berishi mumkin (tireotoksikozda ko'z simptomlari) yoki ba'zan instrumental tekshiruv (Endoskopik tekshiruvda yara kasalligi) asosida diagnoz aniqlanadi va h.k.

Umumiy ma'lumot yig'ish usullari: bemorlardan ma'lumot yig'ishda sub'ektiv hamda ob'ektiv tekshirish usullaridan foydalaniladi. Sub'ektiv bu asosiy va qo'shimcha shikoyatlarini so'rab surishtirish, anamnez morbi (kasallik tarixi), anamnez vitae (hayot anamnezi) yig'ish, ob'ektiv esa umumiy ko'zdan kechirish, bemorning fizikal holatini ob'ektiv tekshirish-palpatsiya, perkussiya va auskultatsiya tekshirish usullari ushbu baholashning asosini tashkil etadi.

Shuningdek, bemor haqidagi ma'lumotlar manbaiga: kasallik varaqasi (tarixi), bemorning hozirgi va avvalgi holati haqidagi ma'lumot, yozma ma'lumot, tibbiy mutaxassislar tavsiyalari va tashxislari, muammolarni yechish, davolash usullari va bemor haqida uning do'stlari va oila a'zolari hamda uni kuzatuvchi kishi tomonidan berilgan va virtual ma'lumotlar kiradi. Qaysi usuldan foydalanishdan qat'iy nazar tibbiy xodim to'liq fizikal tekshirishni amalga oshirishi lozim. Ma'lumotlar yig'ilishiga talab bir xil, lekin ularni bajarilish usullari va to'plash har xildir. Usullarning bir - biridan farqlanishi bemorning holatiga bog'liq. Har bir tibbiyot xodimi o'zini yagona usulini ishlab chiqmoqchi bo'lsa, u holda mavjud bo'lgan usullar bilan tanishishi, ularni o'zaro taqqoslashi va olingan ma'lumotlarni tizimlashtirishni o'rganishi lozim.

Ma'lumot yig'ish - bemor va kerak bo'lsa, uning oila a'zolari, do'stlari bilan suhbat qurish hamda virtual ma'lumot to'plashdan iborat. Ma'lumot yig'ish bemor bilan muloqot orqali yig'iladi. **Buning uchun muloqotni yengillashtiruvchi omillardan foydalanish lozim.** 1. Muloqot o'rnatuvchilarni qulay o'tirib olishi; 2. Bir-birini tushuna olishi; 3. Muloqot o'rnatish uchun vaqtning yetarli bo'lishi; 4. Mavzudan chetlashmaslik va aniq va tushunarli, urg'u berib gapirish.

Bu paytda tibbiy xodim bemordan va uni oila a'zolaridan, do'stlaridan kasalligi va bezovta qilayotgan muammolari to'g'risida tegishli ma'lumotlarni yig'adi va bu mutaxassisga kelajakda bemor bilan qanday munosabatda bo'lishga, muammolarini bartaraf etishda hamda davolashga yordam beradi. Tibbiy xodim bemor bilan birinchi uchrashuvda o'zaro birlik, unga nisbatan ishonch paydo bo'lishi, ular orasidagi munosabatni mustahkamlanib borishiga poydevor yaratadi. Tibbiy xodimning so'zlashuv odobi, xushmuomalali, e'tiborli bo'lishi, shirin so'zlashuvi bemorga ishonch hosil qildirib uni rom etishi lozim. Bemorning o'zi haqidagi yig'ilgan ma'lumot - sub'yektiv ma'lumot bo'lib hisoblanadi.

Mabodo bemor fizik yoki psixoemotsional o'zgarishlar tufayli suhbatlashish jarayonida qatnasha olmasa, u holda uning oila a'zolarini yoki uni yaxshi biladigan kishilarini, do'stlarini jalb etish mumkin. **Bemorlarni so'rab surishtirishda asosiy va qo'shimcha shikoyatlari, kasallik tarixi (anamnez morbi) va hayot anamnezi (anamnez vitae) yig'ila di.**

Tibbiy xodim ilk savollar orqali bemorning holati qay darajada ekanligini aniqlab olishi mumkin. Mazkur so'rov orqali tibbiy xodim

kasallik turi, etiologiyasi va kasallik kechishini (o'tkir, surunkali) aniqlanadi. Bir qator savollar mavjudki, ularga berilgan javobga qarab, bemorning joriy holati va kasallik turi aniqlanadi. **Anamnez morbi-**bemorlardan kasallikning birinchi belgilari qachon va nimadan keyin boshlandi, qaerda boshlandi, ishdami, yo'lda, uyda, qancha davom etdi, bu belgilarni kamayishi yoki kuchayishiga nima yordam beradi va h.k. so'raladi.

Anamnez vitae - bemor qachon tug'ilgan, tug'ruqda travma bo'lgan yo'q, bolalikda qanday o'sgan, maktabda o'qish qanday bo'lgan, o'tkazgan kasalliklari, avlodidagi kasalliklari, avlodida irsiy kasalliklar qayd etilgan yo'qligi, qanday dori moddalar qabul qilgan, nojo'ya ta'siri bo'lganmi yoki bo'lmaganligi, oxirgi bir yilda davolanganligi, qaerda davolanganligi, qanday operativ muolajalar olgan, oxirgi bir yil davomida qaysi davlatlarga borib kelgan va h.k. so'raladi (epid. anamnez).

Tibbiy xodimning vazifasi - bemor bilan o'tkazilgan o'zaro suhbatni tegishli hujjatlarga yozib qo'yadi. O'tkaziladigan suhbatdan bemor aziyat chekmasligi lozim, buning uchun deontologiya qonun-qoidalariga rioya qilish zarur. Hujjatlashtirishning qaysi ko'rinishidan foydalanishdan qat'iy nazar tibbiy xodim bemordagi kasallik belgilari haqida ma'lumot to'plashi zarur. Suhbatlashish jarayoni bemorning holatiga qarab olib boriladi. Agar bemor og'ir ahvolda bo'lsa, bir yoki ikki kerakli (aniq) savollarning o'zi yetarlidir. Tibbiy xodim bilan bo'lgan suhbat davomida bemor o'zini yengil his etmasa, bu dialog samarasiz bo'lib qoladi.

Buning uchun ulug' Rus olimi Bexterevning «**agar shifokorning birinchi suhbatidan so'ng bemor o'zini yengil his etmasa u shifokor, shifokor emas**» degan iborasini yodga olish kerak bo'ladi. Shuni bilish lozimki, «tibbiy xodim haqiqati» bu bemor sog'ligiga ijobiy foyda keltiradigan bo'lishi lozim, aks holda bu haqiqat o'zining ahamiyatini yo'qotadi. Bemor bilan bo'ladigan suhbat bu - konstruktiv ijodiy - xarakterga ega bo'lishi kerak. Birinchi qismi bu sub'yektiv tomoni bo'lib, unda bemor asosiy hisoblanadi va o'zidagi barcha simptomlar va muammolarni yoritib berishi kerak, aks holda olib borilgan muloqot kutilgan natijani bermasligi mumkin. Boshqa tomondan bu ob'yektiv tomoni bo'lib, unda tibbiy xodim o'z muloqot san'ati bilan birga amaliy ko'nikmalarini egallaganlik darajasini namoyon etib, ushbu jarayon davomida fizikal tekshirish usullarini keng qo'llab, atroflicha

ma'lumotga ega bo'lishga harakat qilishi lozim, va ushbu ma'lumotlarni kasallik tarixiga qayd qilib borishi kerak.

Bemorlarni umumiy va mahalliy ko'zdan kechirish.

Bemorning umumiy ko'zdan kechirish turli xil kasalliklar tashxisi uchun muhimdir. Bemor bilan suhbatlashish vaqtida tibbiy xodim bir qator o'zgarishlarni ko'zdan kechirishi zarur. Ko'zdan kechirish vaqtida ketma-ketlikka amal qilish kerak (bosh, ko'z, yuz, bo'yin, ko'krak qafasi, qorin, qo'l va oyoqlar, juft a'zolari simmetrikligiga ham e'tibor berish kerak va h.k.). Ob'yektiv ma'lumotlarga bemorni umumiy ko'zdan kechirish ya'ni teri qoplamlari, shilliq qavatlar, teri osti yog' kletchatkasi, mushak, bo'g'im va suyak tizimlari holatini baholash kiradi. Bemor holatini baholash bilan birga patologik o'zgarishlar yoki tushkunlik borligini ham inobatga olish zarur bo'ladi.

Bemorning yuz tuzilishi, yuz rangini hamda gavda tuzilishini, so'zlashishiga ham e'tibor qaratmoq lozim. Mazkur ko'rik orqali ko'pgina ma'lumotlarga ega bo'lish mumkin. Ko'rik jarayonida xona haroratining tana haroratiga yaqin bo'lishi, xonada yorug'lik yetarli bo'lishi, tibbiyot xodim va bemor qulay vaziyatda bo'lishi hamda ularga noqulaylik yaratuvchi omillar bo'lmasligi lozim.

Bemorlar quyidagi reja asosida tekshiriladi:

Bemorning es - hushini aniqlash. Bemorning es-hushi o'zida (berilgan savollarga aniq va ravshan o'z vaqtida javob beradi) yoki xiralashgan (berilgan savollarga aniq yoki noaniq bo'lsada kechikib javob beradi, reflekslar saqlangan), uyqu holati (kuchli tashqi tasirotlarga javob beradi, uyqudan uyg'otganda berilgan savollarga aniq yoki noaniq javob beradi, yana uyquga ketadi, reflekslar saqlangan) hamda es-hushi o'zida emas (koma), bu holatda tashqi tasirotlarga javob yo'q va reflekslar saqlanmagan holatda bo'ladi.

1. Stupor (stupor). Xotirasi o'zida, tumanlashgan. Mazkur holatda bemor atrofida qilargilarga befarq, savollarga kechikib va qiyinchiliklar bilan aniq yoki noaniq javob beradi. Barcha reflekslar bemorda saqlangan. Tashqi tasirotlarga javob beradi.

2. Sopor holati (sopor). Bunday holatda bemor uyqu holatida bo'ladi, qattiq gapirganda uyg'onadi va yana uyquga ketadi. Uni uyqudan uyg'otib suhbatlashish mumkin, keyinchalik bemor yana uyqu holatiga qaytadi. Reflekslar saqlangan. Tashqi tasirotlarga javob beradi. Igna sanchsa qo'lini tortadi.

3. Koma holati (coma). Bunda bemorning barcha reflekslari yo'qoladi. Ahvoli og'irlashadi. Qattiq uyqu holatiga ketadi. Tashqi ta'sirotlarga javob bermaydi. Koma quyidagi kasalliklar (qandli diabet, buyrak kasalliklari, miya qon aylanishlarining izdan chiqishi, o'tkir infeksiyon kasalliklar, jigar kasalliklari, miyaga qon quyilishi, miya shikastlanishi, narkotik moddalar ta'siri, alkogolizm, morfin, va boshqa narsalar bilan zaharlanishi, malyariya, meningit, tutqanoq va hokazo) da tez rivojlanadi. Komatoz holatni juda ham og'ir kasallik oqibati sifatida ko'rish mumkin.

Bemorning holati. Bemorlarda quyidagi holatlar kuzatiladi:

1. Faol holat - mazkur holatda bemor yotgan joyida o'z holatini o'zgartirishi mumkin va erkin mustaqil ravishda birovning yordamisiz o'zi erkin harakat qiladi va o'zi-o'ziga xizmat qila oladi.

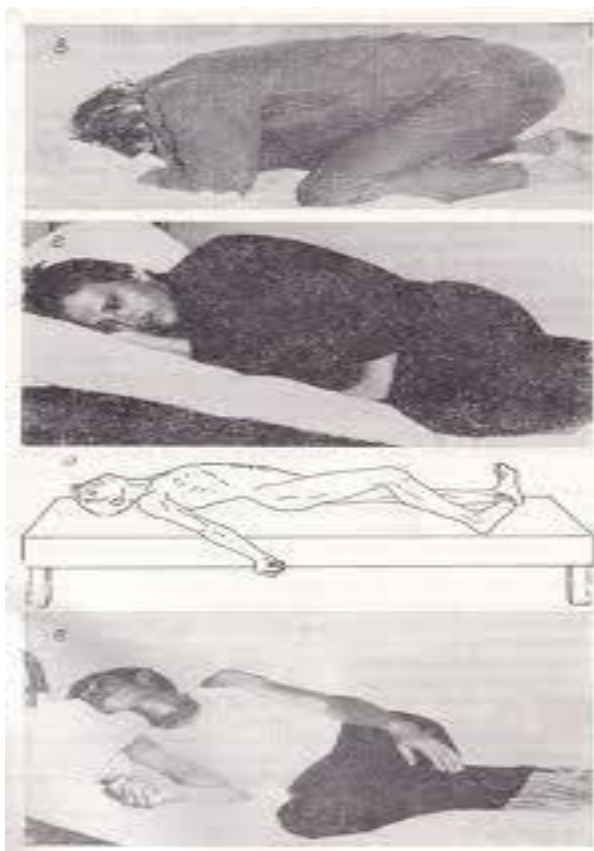
2. Passiv (sust) holat- qachonki bemor joyida qimirlamay yotadi va tevarak atrofiga etiborsiz bo'ladi va o'zgaralar yordamiga muhtoj bo'ladi (ovqatlantirish, yuvintirish, kiyintirish, tualet qildirish va h.k.) .

3. Majburiy holat - bemorning ahvolini yengillashtiruvchi holat (**1 suratga qarang**). Majburiy holat turli xil bo'lishi mumkin. Masalan, yurak qon-tomir xastaliklarida chalingan bemorlar o'ng tomonda yotishni va ortopnoe holati (bemor o'tirgan holatda oyoqlari pastga tushirilgan) ni ma'qul ko'radilar. Oshqozon yara kasalligida qorin qismini qo'llar bilan bosib turish kerak, shunda og'riq yengilroq kechadi. Meningitda esa bemor majburan yonboshlab yotib, ikki oyog'ini qatlab, boshini orqaga tashlab yotadi. Bemorlarning majburiy holatidan tibbiy xodimlar kasallikni aniqlashga harakat qilishi kerak. Bemorlarning majburiy holati kasallikni diagnozlashga yordam berishi kerak.

Konstitutsiya-funksional va morfologik belgilar yig'indisi bo'lib, tug'ma yoki ortirilgan tabiatga egadir. Odam konstitutsiyasi bo'yicha M. V. Chernorutskiy tomonidan taklif qilingan tasnif qabul qilingan. Unga ko'ra uch xil konstitutsiya tipi farq qilinadi: normostenik, astenik va giperstenik. Konstitutsiyani bilish ichki kasalliklarni aniqlanishida yordam beradi. Masalan: giperstenik tipdagi kishilarda modda almashinuvi pasaygan bo'lib, ko'pincha ularda semirish, o't-tosh, siydik (buyrak)- tosh, gipertoniya, ateroskleroz kasalliklari rivojlanadi.

Astenik tipdagi kishilarda esa modda almashinuvi kuchaygan bo'lib, ularda ko'pincha o'pka kasalliklari, ichki a'zolarining pastga siljishi (splanknoptoz) kuzatiladi.

Shuning uchun reja asosida ish rejimini, dam olishni, ovqatlanishni to'g'ri tashkil qilish, badantarbiya va sport bilan shug'ullanish yani profilaktika chora tadbirlarini amalga oshirish kerak. Bemorning semizligi yoki ozg'inligi, teri osti yog' qatlami rivojlanishi ko'zdan kechirilib va paypaslash orqali aniqlanadi. Teri osti yog' qavati qorin sohasida, qovurg'a pastida me'yorda taxminan 2 sm ga teng.



Bemorning fizikal va psixoiqtimoiy muammolarini aniqlash va ularni yig'ish jamlash, analiz qilish lozim. Bemor holatini baholash asosan tibbiy xodimning amaliy ko'nikmalariga va muloqot san'atiga bog'liqdir. Bemor bilan suhbatlashish, bemorning umumiy holatini tekshirish, to'g'ri maslahat bera

bilish, bemorning umumiy holatini baholash me'zonidan biridir. Bemorni umumiy tekshirish vaqtida ob'ektiv va sub'ektiv tekshirish usullaridan keng foydalaniladi. Shular jumlasiga so'rab surishtirish, bemorni umumiy ko'zdan kechirish, palpatsiya, perkussiya va auskultatsiya va boshqa tekshirish usullari kiradi. Bu tekshirish usullari tibbiy xodimga juda qimmatli malumotlarni beradi. Keyinchalik esa malumotlar yig'indisi klinik tashxislash va shifokor tavsiyalari hamda tekshirish rejalarini tuzish uchun asos bo'lib hisoblanadi. Bemor holatini ketma-ket va har tomonlama baholashni amalga oshirish uchun tizimlashtirilgan usul foydalidir.

1surat. Bemorning majburiy holati.

Tana qismlari bo'yicha ko'zdan kechirish

Tana qismlari bo'yicha ko'zdan kechirishda boshning tuzilishi, shakli, simmetrikligi, azolarning joylashuvi, deformatsiyalar mavjudligi, o'lchamlarini baholash muhimdir.

Boshni ko'zdan kechirganda sochlarga e'tibor beriladi. Sochni ko'zdan kechirishda uning o'sishiga, tabiatiga, holatiga ahamiyat beramiz. Soch to'kilganligi (diffuz, o'choqli) yoki sinuvchan, uchlarini

yorilishi bunday holatlar qalqonsimon bezining kasalliklarida, anemiyada, vitaminlar yetishmovchiligida, gelmentozlarda, meda ichak tizimi, kollagenoz kasalliklari va h.k.lar diagnostikasida asosiy belgilardan biri bo'lib hisoblanadi. Boshning o'lchamlariga e'tibor berish lozim.

Misol: Bosh o'lchamining normadan kichrayishi-mikrotsefaliya, normadan kattalashuvi-makrotsefaliya deyiladi.

Braxitsefaliya-boshning ko'ndalang razmerini kattalashuvi va uning vertikal, ko'ndalang (продол) o'lchamini (razmeri) kichrayishi. Odamlarda bosh shaklining bu varianti, boshning ko'ndalang diametrini kattalashuvi bilan kechadi (bosh indeksi 81 va undan katta sm).

Gidrotsefaliya- tug'ma kasallik bo'lib, bosh hajmining kattalashuvi bilan kechadi. Buning sababi silviev vodoprovodining torayishi (qisilishi) natijasida yuzaga keladi (#307000, Xq28, hujayra adgeziyasi gen molekulalari LI LICAM, 308840, K). Klinikasi: aqliy zaiflik, spastik paraplegiya, miya vodoprovodi torayishi, makrotsefaliya, bazilyar impressiya.

Galoprozentsefaliya – oldingi miyaning, bosh miya yarim sharida va bo'lagida rivojlanishining buzilishi. Tug'ma kasallik bo'lib, har 1:16 000 tug'ilgan bolaga uchrasa, har 1:200 abortlarda uchraydi. Galoprozentsefaliya. tip 1 (*236100, 21q22.3, gen YaJ7, p): tsiklopiya, tsebo-tsefaliya, ko'z gipotelerizmi, tanglay va labning o'rtasida yoriq bo'lishi, endokrin buzilishlar, gipoglikemiya, mikropenis. Galoprozentsefaliya. tip 2 (*157170, 2p21, ген HPE2, R): gipotelerizmi, tanglay va labning o'rtasida yoriq bo'lishi, burunning o'rta devori xiryashini bo'lmasligi, mikrotsefaliya, aqliy rivojlanishdan orqada qolish, aqliy zaiflik, skalioz, surunkali qabziyat (tip-3da bularga qo'shilib bosh miyada qorinchani 1 ta bo'lishi, tsiklopiya, gidronefroz va ptoz bo'ladi).

Oksitsefaliya minora bosh (cherep bashenniy)- anamal rivojlanish bo'lib, bosh suyagi yorig'larining muddatidan oldin bitishi natijasida kelib chiqadi va bosh baland otsimon shaklida bo'lib, old-orqa yo'nalish bo'yicha shakllangan (siqilgan).

Omodisplaziya (omo-grek tilidan olingan - elka)-elka displaziyasidir, suyaklar rivojlanishining tug'ma buzilishi, bunga quyidagilar kiradi. Yuzning anamaliyasi yani bosilgan puchuq burun, burun belining kengayishi va labning uzun bo'lishi elka suyagining kalta bo'lishi, skeletning buzilishi quyidagicha bo'ladi-elka suyagi distal

uchining o'sishining nuqsoni, mishelok gipoplaziyasi, bilak suyagi boshchasining old biqinga chiqishi va tirsak suyaklarining bir-biridan proksimal ajralishi.

Mikrotiya – animal rivojlanish bo'lib, quloq suprasi kichkina bo'lib, tashqi eshitish yo'lining atreziyasi bilan birga keladi.

Burun. Burun, yonoq suyaklari, jag'larning keskin kattalashuvi akromegaliyaga xosdir. Burun suyagi old devorini ichkariga kirishi (egarsimon burun), turli xil shikastlanishlarda kuzatiladi. Bundan tashqari, tug'ma zaxm kasalligi natijasidir. Mazkur kasallikda burun suyaklarining nekrozi rivojlanadi. Doimo qizargan burun aroqxo'rlik belgisidir. Burun qonashi esa yurak tomir xastaliklaridan, jigar tsirrozi, qon kasalliklaridan dalolat beradi. Shuningdek, Osler, gipertoniya, yurak-qon-tomir tizimi xastaliklari va qon kasalliklari (leykoz, Verlgof kasalligi, trombositopatiyalar), singa, surunkali gepatit, septik kasalliklar, uremiya, va boshqa holatlarda uchrashi mumkin. Miyaga qon quyilishida va uch tarmoqli nerv tolalarining yallig'lanishida burun burmasini bir tomonlama silliqlashishi kuzatiladi.

Og'iz. Og'iz ko'zdan kechirilganda, atrofidagi mushaklariga (kiset simptomi sklerodermiyada), lablariga (ko'karish bor yo'qligi, yurak kasalliklarida), tishlariga, soniga ba'zan kamayadi gipodontiya yoki butunlay yo'qligi adontiya, karies, paradontoz bor yo'qligiga, milklaridan qon ketishiga e'tibor beriladi. Og'iz bo'shlig'i orqali til, tish va milklardagi o'zgarishlarni o'rganish mumkin bo'ladi. Milklarning shish bo'lishi va qonashi, nekrotik yaralar paydo bo'lishi, o'tkir leykoz va simob bilan zaharlanganda yuzaga keladi. Qo'rg'oshin bilan surunkali zaharlanishda asosan milklarda qoramtir chiziqlarni ko'riish mumkin.

Turli xil infeksiyalar va og'iz bo'shlig'idagi badbo'y hidlar stomatit xastaligidan darak beradi. Milklardagi to'q rangli chiziq, og'iz bo'shlig'idagi tangasimon dog'lar Addison-Birmer kasalligining belgisi hisoblanadi. Tilning qurishi har xil infeksiyalarda, isitmalashda, o'tkir peritonit va turli kasalliklarda uchrashi mumkin. Tilni ko'zdan kechirish orqali bemorning umumiy ahvolini baholash mumkin. Tilning juda quruqligi katta - katta tilimlar (yoriqlar) paydo bo'lishiga olib keladi. Shuningdek, tilning qonashi va to'q rangli bo'lishi uremiyaning og'ir shaklida yaqqol namoyon bo'ladi. Ba'zi hollarda tilning ustki qismi tekislanib yumshayadi. Bu simptom Addison-Birmer kasalligiga xosdir. Tilning uchi og'rishi va kuyishish hissi paydo bo'lishi axiliya

xastaligining alomatidir. Ba'zida til qizg'ish rangda bo'ladi. Tilning bunday tus olishi B₁₂ vitaminining yetishmasligi sababidir. Bolalarning o'tkir yuqumli kasalliklarida til to'q qirmizi rangda bo'ladi. Qorin tifi kasalligida tilning ustki yuzasi to'q rangda, uchi esa qip-qizil rangda bo'ladi. Akromegaliyada til o'z o'lchamlariga nisbatan kattalashadi. Jigar tsirrozida til qip-qizil tus (malina tili)ga kiradi. Atrofik gastritda til so'rg'ichlari yassilanadi. Uzoq davom etuvchi ichak kasalliklarida geografik (xaritasimon) til ko'rishimiz mumkin.

Mikrogeniya - pastki jag'ning kichik bo'lishi. Progeniya pastki jag'ning yuqori jag'ga nisbatan oldinga chiqishi. Prognatiya yuqori jag'ning pastki jag'ga nisbatan oldinga chiqishi. Retrognatiya yuqori jag'ning animal rivojlanishi bo'lib, yuqori jag' orqaga siljiydi, lekin razmeri meyorda bo'ladi.

Sezgi a'zolari. Odam tashqi muhitdagi turli xil ta'sirlarni har xil sezgi a'zolari orqali qabul qiladi va tashqi muhitga shular yordamida moslashadi.

Ko'zlarni ko'zdan kechirish muhim ahamiyat kasb etadi. Yuz qiyofasining ko'rigi paytida ko'ruv organlarining holati, rangi, simmetrikligi (ko'z olmasi, ko'zning yordamchi hosilalari)ga e'tibor qaratish lozim. Qovoqlarga e'tibor beriladi shish bo'lsa buyrak kasalliklari, xolesterin almashinuvi buzilishida-jigar kasalliklarida ksantelazma paydo bo'ladi. Qosh va kipriklarning to'kilishi miksedema kasalligida uchraydi. Bazedov kasalligining asosiy belgilaridan biri ko'zning bo'rtib chiqishi, chaqchayganligi (ikki tomonlama ekzoftalm), bu surunkali limfoleykozda ham uchraydi. Bir tomonlama ekzoftalm, ko'z olmasiga qonning quyilishi, turli xil shishlar, yallig'lanish jarayonlari va o'smalarda uchrashi mumkin.

Miksedema, peritonit, agoniya esa ko'z gavharining o'tirib qolishi kuzatiladi. Shox va to'r pardasining sariq rangda bo'lishi gepatit va boshqa gepatozlar (Jilber sindromi, Qonavalov-Vilson kasalligi va h.k.), o't pufagi va yo'llari tosh kasalligi, gemolitik anemiya, o'sma kasalligi, shuningdek, oshqozon osti bezi xavfli va xavfsiz o'sma kasalliklaridan darak beradi. Ko'z gavhariga e'tibor berganda albatta uning o'lchami, holati, yorug'likka bo'lgan javob reaksiyasini inobatga olish zarur. Koma holatlarida yorug'likka bo'lgan javob reaksiyasi bo'lmaydi. Morfin, opiy, turli xildagi giyohvand moddalar bilan zaharlanganda ko'z gavharining torayishini kuzatishimiz mumkin. Ko'z soqqasini qisqarishi rivojlanayotgan paralich holatida uchraydi,

shuningdek, organizmga pilokarpin, rezerpin tomizilganda ham ko'z qorachig'i mushaklari qisqaradi.

Miyaga qonning quyilishi, komatoz holati va atropin dorilari bilan zaharlanganda ko'z qorachig'i kengayadi. Ko'z gavharlarining bir xil bo'lmasligi katta diagnostik ahamiyatga egadir. Ko'z gavharlari hajmining har xil bo'lishi markaziy nerv tizimining ish faoliyati buzilganligi haqida dalolat beradi.

Kriptoftalm kiprik, ko'z tirqishi va ko'z olmasining bo'lmasligi yoki rivojlanmasligidir.

Lagoftalm (quyon ko'zi)-kiprikning to'la yopilmasligi, bunda shox parda hamda to'r parda (konyuktiva) quriydi va yallig'lanish yuzaga kelib distrofik o'zgarishlar yuzaga keladi. Lagoftalmda ko'zning aylana mushagi paralichi bo'ladi. Bu kasallikning irsiy shakli bo'lib, qovoqlar juda katta, qalin va pastkisi esa chappa qaytgan bo'ladi, kipriklar ikki qator bo'ladi, tanglay va lablari yoriq (chokli), gipodontiya bo'ladi.

Yuz qiyofasi. Yuz qiyofasini ko'zdan kechirish turli kasalliklarni aniqlashda yordam beradi. Yuz terisi mushaklari sistemali sklerodermiyada atrofiyaga uchrab yaltirrab turadi. Yuzning simetrikligiga e'tibor qaratamiz, insultlarda, yuz nervi nevralgiyasi va paratitlarda assimetriya kuzatiladi. Yuz terisi rangi (sariqliklarda, gemolitik anemiyalarda) sarg'ayadi. Ba'zi kasalliklarda yuzda toshmalar toshadi unga e'tibor qaratish lozim (kapalak simptomi-sistemali qizil bo'richa) va boshqa yuqumli kasalliklarda ham toshmalar toshadi. Yuzga qarab kasallik og'irligi (o'tkirligi) ni aniqlash mumkin. Bularga o'tkir peritonit, uremiya va boshqa o'tkir kasalliklarni misol qila olamiz. Bemor qattiq shamollab qolsa, ko'zlari o'tirib, yuzda shish va ter paydo bo'ladi. Yuzning bu ko'rinishini birinchi bo'lib tibbiyot asoschisi Gippokrat aniqlagan va bu- facies Hippokratika - shishgan, dokaday oqargan deb nom bergan.

Buyrak kasalligida (nefrit, nefroz) yuz va qovoqlar shishadi, bunda yuz qiyofasi facies nefriticus deyiladi. Yurak xuruji, yurakning tug'ma yoki ortirilgan nuqsonlarida ham, yuz turli xil o'zgarishlarga duch kelishi mumkin, ya'ni lab burun uchi, quloq suprasining ko'karishi (akrotsianozi) kabi illatlari yuzaga keladi. Mitral klapan yetishmovchiligi va stenozi ham yuzda o'ziga xos o'zgarishlar kuzatiladi. Bunday holat facies mitralis deb nom olgan. Aortal klapan yetishmovchiligida yuz sal oqaradi. Cho'zilgan septik endokardit holatida esa yuz sariq rangli tus

oladi - «cafe au lait» (sut va qahva rangida). Silda esa «habitus phtizicus»-oriqlagan, rangsiz yuz, uzun-uzun kipriklar bo'ladi.

Endokrin xastalıkları (Bazedov kasalligi, miksedema, akromegaliya va hokazo)da bemorning yuz qiyofasida bir necha o'zgarishlar kuzatiladi. Ayniqsa, gipertireoz kasalligida Bazedov yuzi (facies Basedovica) ya'ni ko'zlar kattalashgan, chaqchaygan, qo'rquv hissi va qovoqlarning dag'allashishi namoyon bo'ladi. Qalqonsimon bez funksional yetishmovchiligi (miksedema) oqibatida yuzlar shishgan, aylana shaklda va befarqlik belgisi namoyon bo'ladi.

Gipofiz bezining oldingi qismi eozinofil adenoma xastaligida yonoq suyaklarini qizarishi va kattalashishi, burun, jag', qovoq, lab, tilning keskin kattalashishi akromegaliyada kuzatilishi mumkin. Burun chetlari bo'rtib chiqishi, keskin qizargan yuz, burun va lablar chetida toshma (herpes) toshishi, yuzning qizarishi belgisi o'pka yallig'lanishini anglatadi. Shuningdek toshmalar badanda va tana a'zolarida ham uchrashi mumkin, masalan, turli xil infeksiyalarda: malyariya, qaytalangan tif, serebrospinal meningitda kuzatiladi. Gerpes virusi ishtirokida paydo bo'ladi va nerv tarmoqlari herpes zoster bo'ylab tarqaladi.

Bo'yinni ko'zdan kechirishda qalqonsimon bezi katta-kichikligiga e'tibor beriladi, qalqonsimon bez kasalliklarida hajmi kattalashadi. Bo'yindagi limfa tugunlari limfaadenitlarda, leykozlarda, limfagranulematozda, tuberkulyozda, bo'yinda yaqin joylashgan a'zolar yallig'lanishlarida kattalashadi. Bo'yindagi tomirlarga alohida e'tibor qaratiladi boyin arteriyasi pulsatsiyasi aortal paroklarda, venalari pulsatsiyasi yurakning o'ng qorincha va bo'lmacha yetishmovchiliklarida kuzatiladi. Bo'yin mushaklari qotishi, tortilishi meningitda yuzaga keladi. Bo'yin mushaklari elastikligining pasayishi yoki falajlanishi dermatomiozitda vujudga keladi, bu holatda bemor boshini tuta olmaydi.

Ko'krak qafasini ko'zdan kechirishda birinchi navbatda uning tipiga (astenik, normastenik, giperstenik), shakli (emfizematoz, bochkasimon, voronkasimon, raxitik, paralitik, qayiqsimon) ga etibor beriladi. Ba'zan yurak do'ngligini ko'rish mumkin, bu bolalikdan yurak parogi bilan kasallangan bemorlarda uchraydi, shu bilan birga tomir pulsatsiyalari (aorta anevrizmi, opka stvoli kengayishi, o'ng qorincha gipertrofiyasi) ni ham ko'rish mumkin. Ko'krak qafasi mushaklariga e'tibor (simmetrik, asimmetrik) beriladi. Sut bezlariga e'tibor beriladi va

onkologik kasalliklarni, mastopatiyalarni, mastitlarni aniqlash mumkin. Jigar kasalliklarida gnekomastiya ya'ni erkaklarda sut bezining kattalashishini ko'rish mumkin. **Politeliya** – sut bezi so'rg'ichlarining ko'pligini ham uchratish mumkin. Ko'krak qafasi umurtqalari qiyshayishi (skaliyoz, lordoz, kifoz)ni ko'rish mumkin. Qovurg'alarda etibor beriladi oralig'i kengayishi o'pka emfizemasida kuzatiladi. Ko'krak qafasi asimetriyasini eksudativ plevritda uchratish mumkin. Ko'krak sohasi, qo'litiq osti, o'mrov osti limfa tugunlariga e'tibor qaratish lozim, ba'zi bir kasalliklarda kattalashadi (yuqoriga qarang).

Qorinni ko'zdan kechirganda katta kichikligiga, shish bormi yo'qmi (jigar tsirrozida, portal gipertenziyada, buyrak, yurak yetishmovchiligida, jigar va taloqning kattalashishida), qorin devori venalari kengayishi, tomir yulduzchalar paydo bo'lishi, kindikni bo'rtib chiqishi jigar tsirrozida uchraydi-qorinda suyuqlik borligidan yoki kindik churrasidan dalolat beradi. Qorin mushaklarini assimetriyasi peritonitda yuzaga keladi. Epigastral sohada kaxeksiyaga uchragan kishilarda o'ng qorincha gipertrofiyasida pulsatsiya va aortani pulsatsiyasini ko'rish mumkin. Qorin devorida kindik va boshqa churrallarni aniqlash mumkin. Shish va havo to'lishi hisobiga qorin razmeri kattalashadi bunday holat kvashiorkor kasalligida yuzaga keladi. Kvashiorkor (sinonim-gidrokaxeksiya) - og'ir alimentar distrofiya bo'lib, oqsil yetishmovchiligida kelib chiqadi va Afrikada ko'proq uchrab, asosan bolalar kasallanadilar. Klinikasi-fizik rivojlanishidan orqada qoladi, gipoalbuminemiya hisobiga tarqalgan shish bo'ladi, terida depigmentatsiya o'choqlari yuzaga keladi, sochlarning to'kilishi va rangi o'zgaradi, anemiya bo'ladi, ichaklarda so'rilish buzilib, najas ko'payadi va hazm bo'lmagan oziq ovqat maxsulotlari bilan chiqadi. Bolalarda ruhiy buzilish kuzatiladi.

Qo'l va oyoqlarni ko'zdan kechirish. Bemorlar oyoqlari ko'zdan kechirilganda ularning simmetrikligi, mushaklarida atrofiya bor yo'qligi (insult va falajlarda), harakatiga, mushaklar kuchiga e'tibor beriladi. Oyoq tomirlariga etibor beriladi kengaygan kengaymagan, shish bor yo'q va h.k. Chov sohasi limfa tugunlari urogenital kasalliklarda kattalashadi. Bulardan tashqari chov sohasi churrallarini ham uchratish mumkin. Bolalarda penisda fimoz, kattalarda yumshoq va qattiq shankr hamda ularda va ayollarda patologik ajralmalar venerik kasalliklarda ko'rish mumkin. Ko'pincha o'smirlarda profilaktik ko'rik vaqtida varikotsele topiladi hamda orxit kabi o'zgarishlarni aniqlash mumkin.

Barmoqlarning va tirnoqlarning o'ziga xos o'zgarishi (nog'ora tayoqchasimon barmoq, soat oynasisimon tirnoq) uzoq davom etgan yiringli kasalliklarda kuzatiladi. Bundan tashqari, ko'zdan kechirishda ulardagi shishlarga ahamiyat beriladi. Ular mahalliy yoki butun tana bo'ylab (anasarka) tarqalgan bo'lishi mumkin. Ba'zan bemorlarni bir oyog'ida shish bo'lishi mumkin bu shu oyoqning tomir kasalliklarida kuzatiladi. Shishlar paydo bo'lganda to'qima va a'zolarning hajmlari kattalashadi, ularning tashqi ko'rinishi o'zgaradi. Qo'ltiq osti va chov sohasi limfa tugunlarini ko'zdan kechirishda ularning kattalashganligini yoki qo'l va oyoqlarning qiyshayishini aniqlash mumkin.

Kamptodaktiliya – animal rivojlanish bo'lib, bir yoki bir necha barmoqning bitta yoki ikala barmoq bo'ginlarining bukiluvchi kontrakturasi bo'ladi, aksariyat holatda kichik ya'ni V barmoq. **Peromeliya** animal rivojlanish bo'lib, gavda meyorda bo'lib, qo'l va oyoqlar kalta bo'ladi. **Polidaktiliya**-qo'shimcha barmoqlar bo'lishi: preaktsil (2-surat)- qo'shimcha barmoqlar katta barmoq yonida bo'ladi. Postaktsil (3-surat)-qo'shimcha barmoq kichik barmoq tomonida bo'ladi.

Sindaktiliya—oyoq barmoqlarining bir-biriga bitishib ketishidir (4-surat).

Rizomeliya - qo'l yoki oyoqning proksimal segmentini uzunasiga (elka yoki son suyagi) disproportsiyasi yani kalta bo'lishi yoki ko'pincha qalinlashishi.

Teri. Teri qoplamini ko'zdan kechirganda birinchi navbatda terining ustki qismiga va uning ostida joylashgan barcha qatlamlariga



2-surat. Preaktsil.



3-surat. Postaktsil

etibor qaratish lozim. Teri ustki qismining rangparligi kamqonlik kasalligida, o'tkir va surunkali qon yo'qotishlar (jarohatlanish oqibatida ko'p qon yo'qotish, turli xil yara kasalliklarida, ginekologik qon yo'qotish bachadon miomalarida hayz tsiklining uzayishi natijasida va



homilaning rivojlanmasligi), qon yaratish tizimi kasalligi (xloroz, Addison-Birmer kamqonligi, leykozlar, gemolitik kamqonlik, Verlgof kasalligi) da surunkali va og'ir kechadigan infeksiyon kasalliklar, sepsislar, malyariya, endokarditlar, zaharlanish va boshqa kasalliklarda uchrashi mumkin. Shuningdek, terining rangparligi

4-surat. Sindaktiliya

gemoglobinning normadan pasayishi oqibatidan ham kelib chiqadi. Rangparlik bazan buyrak xastaliklariga chalingan bemorlarda, qo'rquv, qusish, behushlik holati, shuningdek qon aylanishining yetishmovchiligi (aortani quyi qismining siqilishi, aorta klapanlarining yetishmovchiligi) holatlarida kuzatiladi. Kollaps va peritonitda ham rangparlik kuzatiladi. Odatda mazkur bemorlarda teri ustki qismining rangparligi, bosh aylanishi, behushlik holatlari, pulsning tezlashuvi, arterial bosimning pasayishi holatlari paydo bo'ladi. Bulardan tashqari rangparlik ayrim bemorlarda o'tkir gepatitning rivojlanishi oqibatida ham kelib chiqadi.

Yurak qon-tomir tizimining yetishmovchiligi oqibatida tomirdagi qonni yurak bosim bilan harakatga keltirmasa, O₂ bilan to'yinmasdan qoladi, chunki o'pkaga venoz qon kelishi kamayadi va O₂ ga to'yinish sekinlashadi. Bu jarayon qonda karboksigemoglobinning ko'payishiga sabab bo'ladi va lablar burchagida ko'karish (tsianoz) holatlarining paydo bo'lishiga olib keladi. Mazkur holat periferik tsianozga sabab bo'ladi.

Nafas olish organlarining kasalliklari (emfizema, pnevmoskleroz va boshqa nafas organlarining yallig'lanishlari) ga gazzimon zaharli moddalar sabab bo'lishi mumkin. O'tkir tsianoz tug'ma yurak parogida, o'pka arteriyalari sklerozida, emboliyada, o'pka emfizemasida uchrashi mumkin. Ba'zida to'sh suyagi dastasi sohasidagi teri sariq rangli tus olishi, qonda bilirubinning oshib ketishidan darak beradi. Ushbu holat sariqlik (icterus) deb nomlanadi. Giperbilirubinemiya simptomining

davomiyligiga va rivojlanishiga qarab teri rangi o'zgaradi: ochiq limon rangdan-to'q sariq ranggacha kirishi mumkin.

Pigmentatsiyalarning joylashuvi bir xil kechmaydi. Avval og'iz bo'shlig'i (yumshoq tanglay, tilcha osti, shilliq qavat) bo'yaladi, keyinchalik esa yuz burmalari, burun va yuz atroflari, kaftlar, tovonlar bo'yaladi, butun tanaga tarqaladi (subicterus).

Terining to'q rangli tus olishi uzoq muddat davomida (argirosis), mishyak (mishyakli melanoz) ning iste'mol qilinishi tufayli yuzaga kelishi mumkin bo'ladi.

Ayollar ko'krak sohasi terisining rangini o'zgarishi, shuningdek qorinda oq chiziqning paydo bo'lishi homiladorlikdan darakdir. Ko'rikda depigmentatsiya oq tanachalar (vitiligo) yoki kichik-kichik dog'chalar (Leucoderma) ko'rinishida namoyon bo'ladi.

Terini ko'zdan kechirish katta diagnostik ahamiyatga ega. Unda rangli toshmalar bo'lishi, qon quyilishi, yaralar, chandiqlar, soch qoplamasining buzilishi hamda tirnoqlar patologiyasiga ahamiyat beriladi. Bundan tashqari, paypaslash orqali terining quruqligi, namligi, cho'ziluvchanlik darajalarini aniqlanadi. Uning rangi pigment miqdoriga, qalinligiga va qon bilan to'lishiga bog'liqdir. Teri rangining quyidagi o'zgarishlari farq qilinadi: oqarishi (bo'zarishi), qizarishi, ko'karishi, sarg'ayishi, yer rangida bo'lishi mumkun.

Terining oqarishi vaqtinchalik funktsional (kuchli og'riq, hayajon, qo'rqish va h.k. tufayli) yoki doimiy (kamqonlik, buyrak kasalligi, aorta nuqsoni va h.k. tufayli) bo'lishi mumkin.

Qizarish ham fiziologik (uyalganda, g'azablanganda, tashqi harorat ta'sirida) va patologik (Vakeza kasalligi, gipertoniya, is gazi bilan, atropin, amilnitrit moddalaridan zaharlanishlar va h.k.) holatlarida bo'lishi mumkin.

Ko'karish doimo patologik holat bo'lib u gaz almashinuvi buzilishi bilan kechadigan o'pka kasalliklarida, yurak-qon tomirlari kasalliklarida (qonning dimlanishi hisobiga), zaharlanganda vujudga keladi. Ko'karish ko'pincha burun uchi, quloq suprasi, labda, periferiyada barmoqlarda, tirnoqlarda (akrotsianoz) ko'rinadi. Sarg'ayish har xil tusda ko'rinishi mumkin: och sariqlikdan (sub'ikterik), to'q, sariqlikkacha. Sariqlik ko'p davom etganda yashilroq tusga kiradi. Sariqlik ko'zning oqida va tanglayning shilliq qavatida kuchliroq namoyon bo'ladi.

Fiziologik holatda qonda karotin pigmenti ko'payib ketganda (tomat, sabzi ko'p iste'mol qilinganda) yoki ayrim dorilarni ichganda

qo'l kafti, oyoq panjalari, teri sarg'ayib ketadi. U haqiqiy sariqlikdan farq qilib, unda ko'zning oq qavati va tanglayning shilliq qavati sarg'aymaydi, buyrak usti bezi yetishmovchiligi terida bronza rangiga o'xshash dog'lar paydo bo'lishi tarzida yuzaga chiqadi, pigment kamayishi yoki yo'qolishi natijasida terida oq dog'lar paydo bo'ladi. Ular har xil kattalikka ega va ko'pincha simmetrik bo'lib organizmda hech qanday funktsional buzilishlarga olib kelmaydi. Turli xildagi dog'lar (makula), tuguncha (papula), pufakcha (vesicula), qavariq (urtica), eritema (erythema), teridagi nuqtali qon talashlari (petexiya) toshmaning asosiy shakliy ko'rinishlari bo'lib hisoblanadi.

Qator yuqumli kasalliklar, shu jumladan, qizamiq, qizilcha, suvchechak, ichterlamada badanda toshmalarning toshib ketishi bilan kechadi. Ichki kasalliklarda uchuq toshishi (krupoz pnevmoniya, gripp), allergiyalarda har xil toshmalar bo'lishi mumkin. Teridagi chandiqlar (chechakdan keyingi chandiq, zaxmdagi chandiq, Itsengo - Kushing sindromidagi chandiqlar, operatsiyadan keyingi chandiqlar va h.k.) ham ma'lum diagnostik ahamiyatga egadir. Terining quruqligi yoki namligiga ham e'tibor beriladi. Terining quruqligi organizm suvsizlanganda, ichburug'da, qusishda, miksedemada, qandli diabetda, surunkali nefritda kuzatiladi. Teri namligini ortishi va terlash isitma bilan kechadigan yuqumli kasalliklarda (gripp, qora oqsoq kasalligi, sil, sepsis) hamda revmatizm, Bazedov kasalligida ko'proq xos bo'ladi.

Antropometriya

Antropometriya (anthropos – odam, metron – o'lchov)-insonning jismoniy rivojlanishini o'lchash demakdir. Insonlar o'z bo'ylarini bo'y o'lchagich ya'ni rostamer, ko'krak qafasi aylanasini sm li lenta ya'ni metr, og'irligini tarozi orqali, kuchini dinamometr, ayollarda tos-chanoq rivojlangan-rivojlanmaganligini sirkulsimon sm li o'lchagich ya'ni tazomer bilan, gonomer bilan bo'g'imlar funktsional holati o'lchanadi.

Antropometriyada, antropometrik ko'rsatkichlarni aniqlash orqali tashxis uchun muhim ma'lumotlar olish mumkin.

Bemorning bo'yi maxsus bo'y o'lchagich bilan o'lchanadi. U santimetrlarga bo'lingan tik taxta va unga biriktirilgan siljib yuruvchi gorizontal o'rnatilgan kichik taxtachadan iborat. Bo'y o'lchanayotganda kishi o'lchagich tagidagi taxtachaga orqasi bilan turadi. Bunda gavdasining to'rt joyi: tovon, dumba va ko'krak, boshning ensa sohasi santimetrlarga bo'lingan taxtaga tegib turishi va tashqi eshituv yo'lining

ustki chegarasi ko'zning tashqi burchagi bilan bir gorizontaal chiziqda turishi kerak. Shundan keyin o'lchagichning siljuvchi taxtachasi bosh ustiga tushiriladi va uning qaysi son ustida turgani belgilanadi.

Ko'krak qafasining aylanasi santimetrli tasma bilan osoyishta nafas olinib chiqarilgan, qo'llar pastga tushirilgan vaqtda o'lchanadi. O'lchov lentasi orqa tomondan kurak (ko'krak)ning burchagi ostidan, old tomondan esa VI qovurg'aning ustidan o'tishi kerak. Ko'krak aylanasi tashqari uning old-orqa va ko'ndalang diametrlari sirkul yordamida o'lchanadi.

Bo'g'implarni harakatchanligini aniqlash mumkin-gonomer orqali.

Tana vaznini o'lchash. Bemorlar shifoxonaga kelganlarida va u yerdan davolanib chiqib ketayotganlarida ularning vazni o'lchanadi. Bemor vazni maxsus tibbiy tarozida kiyimsiz holda erta bilan nonushta qilmasdan, oddiy kiyimda bemor qovug'ini bo'shatgandan keyin gavda vaznini o'lchash maqsadga muvofiq bo'ladi. O'lchash uchun oddiy yuk tarozidan foydalaniladi. Tortilgandagi natija kasallik tarixidagi harorat varog'iga yozib qo'yiladi. Bemorni vaznini o'lchashdan oldin tarozi sozligini tekshirilib, yo'nalish toshchalarini 0 holatiga keltirib, o'lchash boshlanadi. Odatda bunday o'lchamlar haftada bir yoki ikki marta o'tkaziladi. Har bir bemorning holatini baholash tibbiy xodimning asosiy vazifasi bo'lib hisoblanadi.

Bemorning og'irligi me'yorini bilish uchun uning santimetrda ifodalangan bo'y uzunligidan 100 ni ayiriladi. Masalan, bo'yi 180 sm-100=80 kg. Demak, bo'yi 180 sm bo'lgan kishining og'irligi 80 kg bo'lishi kerak. Bundan 2 -3 kg ko'p yoki kamligi katta ahamiyatga ega emas. Kishining yoshi ortib borgan sari uning og'irligi ham orta boradi. Masalan, 60 yoshda bo'yi 180 sm bo'lgan odamning og'irligi 90-95 kg bo'lsa ham norma hisolanadi. Yetarlicha ovqatlanmaslik, yuqumli jarayonlar, intoksikatsiyalar, iste'mol qilingan ovqatning singmasligi (ich ketish, qusish, ichaklar yallig'lanishi, ichakda gijja bo'lishi va h.k.), endokrin a'zolar faoliyatining buzilishi (Bazedov kasalligi), xavfli o'smalar, asab kasalliklari va boshqalar tufayli bemorning og'irligi kamayib ketadi. Og'irlikning oshib ketishi esa quyidagi hollarda, ya'ni ko'p ovqat istemol qilish, moddalar almashinuvi va ichki sekretiya bezlari faoliyatining buzilishi, kasalliklar tufayli yuzaga keladigan shishlar natijasida, tanadagi bo'shliqlarga suv yig'ilishi va boshqalar

sababli kuzatiladi. Aniqlangan antropometrik ko'rsatkichlar asosida bir necha amaliy ahamiyatga ega bo'lgan indekslar hisoblab chiqariladi.

Bo'y-og'irlik ko'rsatkichi -gavda tuzilishining mutanosibligini ko'rsatadi. Og'irligini 100 ga ko'paytirib, santimetrlar bilan ifodalangan bo'y uzunligiga bo'linadi. **Uning formulasi**

$$\frac{M \cdot 100}{P}$$

M – gavda og'irligi. P – bo'y uzunligi sm da.

Normada bu nisbatan 37-40 ga teng bo'ladi. Agar u ortib ketsa, bemorning me'yorida ortiq tana og'irligiga ega ekanligidan, kamayib ketsa, ozg'inligidan dalolat beradi. Lekin bu ko'rsatkich hamisha shartli bo'lib, unga baho berishga boshqa klinik belgilarga ham e'tibor berish kerak.

Bo'y va ko'krak aylanasi mutanosiblik indeksi quyidagi formula asosida aniqlanadi: $\frac{P \cdot 100}{O}$, bunda O - ko'krak qafasining

O

aylanasi. Bu ko'rsatkich normada 50-55 ga teng bo'ladi. 50 dan kam indeks ko'krak qafasining torligini, 55 dan ortig'i esa ko'krak qafasining kengligini ko'rsatadi.

Ketli indeksini aniqlash - tana vaznini kg da ifodalab uni bo'y uzunligiga nisbati (metr kvadratda) olinadi. Normada 19- 24 ni tashkil qiladi.

$$M = \frac{M}{P(M^2)} = 19-24$$

Pine indeksi - yuqoridagi barcha ko'rsatkichlar orasida o'zaro mutanosiblik darajasini ko'rsatadi: $P-(O+M)$. Normada u 20 atrofida bo'ladi. Bu ko'rsatkichning ortiq yoki kamligi mutanosiblikning buzilishidan dalolat beradi.

Kuchni o'lchash maxsus asbob dinamometrlarda o'lchanadi (bilak, qo'l kuchi).

Ginekologik amaliyotda ayollar tos-chanoq o'lchamlarini meyordaligini aniqlash uchun tazomerdan foydalaniladi. Buning uchun katta tosning 4 o'lchami aniqlanadi. 1. Distantiya spinarum, 2. Distantiya kristarum, 3. Distantiya troxanterika, 4. Distantiya externadir.

Distantiya spinarum-yonbosh suyaklar qirrasining old-yuqori o'siqlari o'rtasidagi masofa bo'lib, 25-26 sm ni tashkil qiladi.

Distantiya kristarum-yonbosh suyaklar qirralarining bir-biriga nisbatan eng uzoq joylashgan nuqtalari orasidagi masofa va 28-29 sm ni tashkil qiladi.

Distantiya troxanterika-bu son suyaklari katta g'altaklari orasidagi masofa bo'lib-30-31 sm ni tashkil qiladi.

Distantiya externa-(tashqi konyugata, to'g'ri o'lcham) qovning yuqori-tashqi qirrasidan dumg'aza usti chuqurchasigacha bo'lgan oraliq, u V bel umurtqasining o'tkir o'simtasi bilan dumg'aza o'rta qirradi boshlanish joyi oralig'ida joylashgan bo'lib 20-21 sm ni tashkil qiladi.

Isitma

Isitma va uni o'lchash. 1758 yilda de Gayen termometriyani taklif etgan. Tekshirish usullari orasida termometriya, ya'ni tana haroratini o'lchash alohida o'rin tutadi. Bemorlarda termometriya og'izdan, qo'litiq ostidan, rektal, vaginal o'tkazish mumkin. Tana haroratining o'zgarishi ko'pincha kasallikning dastlabki belgilaridan hisoblanadi. Sog'lom odam harorati $36-36,8^{\circ}\text{C}$ atrofida bo'ladi. Kun davomida harorat juda kam o'zgarib, $0,3 -0,5^{\circ}\text{C}$, ba'zan 1°C ni tashkil qiladi, chunki organizmda issiqlik paydo bo'lish va chiqarilish darajasi boshqarilib turiladi. Odatda, sog' odamda jismoniy mehnatdan, to'yib ovqat yegandan so'ng, juda issiq xonada, kuchli hayajonlanganda harorat bir oz ko'tarilib, uyqudan keyin bir oz pasayadi. Agar harorat $37-38^{\circ}\text{C}$ atrofida bo'lsa, subfebril isitma, $38-39^{\circ}\text{C}$ bo'lsa, o'rtacha isitma, 39°C dan yuqori bo'lsa, baland isitma deyiladi. Bemor juda holsizlanganda, surunkali intoksikatsiyalarda harorat pasayishi (gipotermiya) mumkin (36°C dan kam). Harorat ko'tarilishi bemorning ahvoriga ta'sir qiladi. Bemor holsizlanadi, og'zi quriydi, ajratilgan siydikning miqdori ancha kamayadi, ozib ketadi. Harorat 1°C ga ko'tarilsa, puls taxminan 8 -10 taga ko'payadi, faqat ba'zi kasalliklarda (meningit, ich terlama) puls haroratning ko'tarilishidan orqada qoladi. Harorat 1°C ga ko'tarilganda nafas olish ham minutiga 4-5 martaga ko'payadi. Agar harorat ko'tarilsa, qaltirash paydo bo'ladi. Bunday sezgi teri tomirlarining birdan qisqarishidan yuzaga keladi. Bemor qaltiraganda terining rangi oqaradi, tirnoqlar ko'karadi va teri usti o'rdak terisiga o'xshab ketadi. **Kasallikning kechishida haroratning bir sutkada o'zgarib turishiga qarab, isitmaning bir necha xili farqlanadi.**

1. Turg'un isitmada (febris continua) ertalabki va kechqurungi harorat 1° dan oshmaydi. Bunday isitma zotiljam, toshmali terlama va ich (qorin) terlamasi uchun xarakterlidir.

2. Bo'shashtiruvchi isitmada (febris remittens) isitma ancha baland bo'ladi va uning sutkalik o'zgarishi 1° C dan yuqori bo'ladi. Bunday isitma ko'pincha organizmning yiringli kasalliklarida uchraydi.

3. Gal oshib turadigan isitmada (febris intermittens) isitmaning sutkalik tebranishi 1° dan oshiq bo'ladi. Harorat me'yoriga tushib, yana yuqori ko'tariladi. Bunday isitma bezgak kasalligida uchraydi.

4. Gektik yoki tinkani qurituvchi isitmada (febris hectica) haroratning sutkalik o'zgarishi $2-4^{\circ}$ C ga yetadi. Bemorning harorati normaga va ba'zan undan ham pastga tushadi, keyin yana ko'tariladi. Haroratning bunday o'zgarishi kuchli qaltirash va terlash bilan kechadi. Bu ko'pincha o'pka sili og'ir turida uchraydi.

5. Qaytalama isitmada (febris reccurens) harorat birdan yuqoriga ko'tariladi va bir necha kundan keyin yana normaga tushadi, keyinchalik yana ko'tariladi. Bu isitma qaytalama terlama kasalligi uchun xarakterlidir.

6. Teskari isitmada (febris inversus) ertalabki isitma kechqurungidan yuqori bo'ladi. Ko'pincha o'pka silida, sepsisda va brutsellyozda uchraydi.

7. To'lqinsimon isitmada (febris undulans) harorat asta-sekin ko'tarilib, asta-sekin normaga qadar pasayadi va shu holat yana qaytariladi. Bu isitma brutsellyoz uchun xarakterlidir.

8. O'zgaruvchan isitma (febris irregularis) har xil davomiylikka ega bo'lib, bir sutkada o'zgarib turishi bilan xarakterlanadi va ko'pgina kasallikda, ya'ni revmatizm, dizenteriya, sepsis, revmokardit va boshqalarda uchraydi.

Haroratning rivojlanish davri quyidagicha (uch davrga bo'linadi).

1. Isitmaning ko'tarilish davri (stadium incrementi). Bu davrda isitma kasallik turiga qarab, sekin - asta yoki birdan turli vaqt oralig'ida ko'tariladi.

2. Yuqorida maksimal haroratda turish davri (stadium fastigii). Bu davr bir necha kundan bir necha haftagacha (hatto oylargacha) davom etishi mumkin.

3. Isitmaning pasayishi davri (stadium decrementi). Bu davr kasallik xarakteriga qarab turlicha kechadi. Ba'zi vaqtlarda harorat 12-24 soat ichida normagacha yoki normaga yaqin haroratgacha tez pasayib

ketadi, bunday pasayishni krizis yoki kritik isitma tushishi deyiladi. Ba'zan esa kritik pasayishdan oldin harorat ko'tariladi. Haroratning sekin-asta bir necha kun davomida pasayishi zotiljam, bezgak, toshmali terlama uchun xarakterli bo'lsa, litik pasayish esa bronxopnevmoniya, ich terlama uchun xarakterlidir. Ko'pincha haroratning litik pasayishi davomida sutkalik haroratning o'zgarishi 1^0 dan yuqori bo'ladi. Bu amfibolik davr deyiladi.

Fizikal tekshirish usullari

Palpatsiya (palpatio)- paypaslash ma'nosini anglatib, bir qo'l orqali (monomanual) hamda ikki qo'l orqali (bimanual), yuzaki va chuqur bo'ladi. Yuzaki palpatsiyada sohadagi og'riqlar, mushaklar elastikligi va holati kabilar va chuqur paypaslashda qorin azolarini holatiga baho beriladi. Palpatsiya **tashqi va ichki** bo'lishi mumkin. Ichki palpatsiya urologiya, proktologiya va ginekologiya amaliyotida qo'llaniladi. Ko'pchilik holatlarda palpatsiya bilan bir vaqtda ko'zdan kechirish birgalikda o'tkaziladi. Qo'l kaftlari, barmoqlar va barmoq uchlari yordamida tibbiy xodim tekshirilayotgan tanani qismi yoki a'zoning, yumshoqligini, elastikligini, qattiqlashganligini va haroratini sezadi, hamda uning holati va o'lchamini aniqlaydi. Bu usuldan limfa tugunlari, qalqonsimon bez, ko'krak qafasi va ayniqsa qorin bo'shlig'i a'zolarini tekshirishda muhim ahamiyatga ega. Ko'krak qafasini palpatsiyasida uni elastikligi, ovoz drillashi, qovurg'alardagi og'riq (yoriqlar, siniqlar) va qovurg'alararo oraliq (nevralgiyalar, miozitlar va b.)lar tekshiriladi. Bu usul yurak-tomirlar tizimini tekshirishda (yurak cho'qqi zarbi xususiyatini aniqlashda, mushuk xirillashi simptomini mitral va aortal klapan stenozini aniqlashda qo'llaniladi. Urologiya kasalliklarini aniqlashda ham qo'l keladi (misol: varikotsele, orxidlarni aniqlash). Qorin bo'shlig'i a'zolarini tekshirishda palpatsiya usuli muhim o'rin egallaydi. Bu usul Obrazsov V.P. va Strajesko P.D. olimlari tomonidan yaratilgan bo'lib, metodik chuqur sirpanuvchi palpatsiya deb nomlanadi. Chuqur palpatsiya ketma-ketlik tartibi quyidagichadir. Barmoqlarni qo'yish, terini tortib burma hosil qilish, ichkariga yani paypaslanuvchi azoga kirish va palpatsiya kabi ketma-ketliklardan tashkil topgan. Palpatsiya Ibn Sino davrida tomir urushini tekshirishda keng qo'llanilgan.

Qalqonsimon bez palpatsiyasi. Qalqonsimon bezning palpatsiyasi diagnostik ahamiyatga ega. Aslida qalqonsimon bezi sog'lom odamlarda

palpatsiya qilinmaydi, lekin juda oriqlab ketgan kishilarda paypaslanadi. Qalqonsimon bezning paypaslashda bimanual palpatsiya usulidan foydalaniladi va tibbiy xodim ikkala qo'lning 4 ta, ya'ni II-V barmoqlari bilan m. sternokleidomastoideusning orqa tomonidan kiriladi, bosh barmoq bilan qalqonsimon tog'ayga qarab bezni bemor yutinadigan vaqtda paypaslanadi, chunki yutingan vaqtda qalqonsimon bezi yuqoridagi tog'ay bilan birga harakatlanib qo'l ostidan o'tadi.

Paypaslashni boshqa usul yordamida ham bajarish mumkin. Bemorning orqa tomonidan turib ikkala qo'lning katta barmog'i bo'yinni orqa tomoniga va qolgan to'rt barmoq bilan m. Sternokleidomastoideusning ichki tomoniga ya'ni qalqonsimon tog'ay proektsiyasiga qo'yib paypaslanadi. Razmeri, yuzasi, konsistensiyasi, harakati, og'riq va tugunchalar bor yo'qligi paypaslanadi.

Limfa tugunlari palpatsiyasi. Limfa tugunlar palpatsiyasini o'tkazishda yuzaki va chuqur palpatsiya usulidan foydalaniladi. Yuzaki palpatsiyada boyin, o'mrov osti, qo'ltiq osti va chov sohasi limfa tugunlari hamda chuqur palpatsiyada qorinda joylashgan limfa tugunlari paypaslanadi. Limfa tugunlari odatda bug'doydek kattalikka ega. Ba'zi bir kasalliklarda (limfaadenit, tuberkulyoz, o'sma kasalliklari, leykozlar, limfagranulematoz, limfa tuguni yaqinida joylashgan a'zolar yallig'lanishi va h.k. larda) kattalashadi. Limfa tugunlari odatda paypaslaganda harakatchan bo'ladi va atrofidagi to'qimalar hamda bir-biri bilan tutashmagan bo'ladi va og'riqsizdir. Bu holat kasalliklarda buziladi va bir-biri bilan tutashib kattalashishi (limfagranulematozda) va og'riqsiz bo'ladi. Leykozlarda ham kattalashadi, og'riqsiz bo'ladi, harakatchan, bir-biri bilan tutashmaydi, yalliglanishlarda limfa tugunlari kattalashadi, qizaradi, og'riqli boladi va h.k.

To'qillatish (percussion) - tana yuzasiga urganda chiqadigan tovushni o'zgarishiga asoslangan klinik tekshiruv usuli hisoblanadi. Bu usul dastlab 1761 yilda L. Auenbrugger tomonidan taklif va tadbiq qilingan. Perkussiya – tana yuzasiga to'qillatish, perkussiya qilinayotgan sohadagi zich organlarni yoki to'qimalarni aniqlash, ularni havo yoki suyuqlik bilan to'lganligini aniqlash uchun qo'llaniladigan usuldir. Perkussiyada hosil qilinadigan tovushlar to'qimalarning zichligiga qarab farq qilinadi. Tibbiy xodim perkussiyaning natijalarini baholashni bilishi kerak. Perkussiya jarayonida to'qimalarning tebranish harakatlari faqat 6 - 7 sm chuqurlikgacha tarqaladi, bu usul chuqur joylashgan patologik jarayonlarni aniqlash uchun qo'l kelmaydi.

Perkussiya qoidasi. 1). To'qillatish usuli yordamida tekshirilayotganda bemorning vaziyati qulay bo'lishi kerak, u o'tirgan yoki turgan holatda bo'lishi va faqat og'ir ahvoldagi bemorlar yotgan holatda bo'lishi mumkin.

2). Xona harorati tana harorati kabi iliq bo'lishi maqsadga muvofiq.

3). Tibbiy xodim qulay vaziyatni egallashi kerak.

4). Uriladigan plessimetr barmoq to'qillatish sohasi (tekshiriladigan zona) ga zich joylashtirilishi lozim.

5). To'qillatishda kaft harakati bilan ishlanishi, bir xil zarbning ishlatilishi, barmoqlar perpendikulyar (tik) holatda bo'lishi, qisqa-qisqa urilishi kerak.

To'qillatishni bevosita va bilvosita usullari mavjud. Hozirgi vaqtda barmoqni barmoqqa urib to'qillatish odat tusiga kirgan. Buni bilvosita to'qillatish deyiladi. Barmoqni-barmoqqa to'qillatganda faqat qo'l panjasi ishlashi kerak. Bevosita to'qillatish ko'rsatkich barmoq yordamida bajariladi. Bu perkussiya usuliga Auenbrugger monomanual usulida barmoqlar yarim bukilgan holda tekshirilayotgan azoga o'rtacha kuch bilan perpendikulyar sathga uriladi, Obraztsov monomanual usulida esa o'rta barmoq ustida ko'rsatkich barmoq sirpantirilib uriladi, shuningdek Yanovski usulida o'rta barmoq tekshirilayotgan sathga perpendikulyar uriladi.

Bimanual usul sanalgan Sokolskiy usulida 3-plessimetr barmoq ustiga o'rta barmoq bilan zarbalar juftligi beriladi, shuningdek Plesh-Goldshayder usulida o'rta barmoq tekshirilayotgan sathga tik qo'yilib o'rta barmoq orqali plessimetr barmoqqa ohista zarb beriladi. 5-suratga qarang.

To'qillatishlardagi tovushlar farqi orqali azoning chegaralari, kattaligi, joylashishi aniqlanadi. Tananing har xil qismlarini to'qillatganda har xil tovush eshitiladi. To'qillatish tovushining xususiyati shu to'qillatgan organning zichligiga, cho'ziluvchanligiga, tarangligiga bog'liqdir. To'qillatishda tebranish harakati paydo bo'lib, u bizning qulog'imizga tovush sifatida eshitiladi. Zich joylashgan o'zida havo tutmaydigan a'zolar mutlaq bo'g'iq tovush beradi. Shuning uchun jigar taloq, buyrak, havosiz o'pka, suyuqliklarni to'qillatishda bir-biridan farq qilishi qiyin. Ko'krak qafasini va qorin bo'shlig'ini to'qillatganda paydo bo'ladigan tovushlar ular tutgan havo miqdoriga bog'liq.

Topografik to'qillatish orqali har bir azoning joylashish shakli va kattaligi, chegarasi aniqlanadi. Qiyosiy perkussiyada qo'sh organlarning simmetrik sohalari tekshiriladi. Ko'krak qafasining simmetrik sohasini to'qillatish orqali patologik o'choq qayerga joylashganligini aniqlashimiz mumkin.

To'qillatib tekshirishda bir xil kuch bilan uriladi: kuchi bo'yicha to'qillatish tovushi qattiq (tipik;) va sekin (bo'g'iq) bo'lishi mumkin, balandligi bo'yicha - baland va past, aks etishi bo'yicha - timpanik, quticha va metall tovushini aks ettiruvchi tovushlar farqlanadi. Tovush balandligi tovush tebranishi tezligiga bog'liq. Masalan: o'pka to'qimasida havo ortib ketganda (emfizema) to'qillatish tovushi past



5-surat

Suratda turli avtorlar bo'yicha to'qillatib tekshirish usullari keltirilgan.

bo'ladi (tebranish tezligi 70-80 sek). Meyoriy tebranish tezligi 100-130 sek ga teng. O'pka to'qimasi qattiqlashganda u 400 gacha ko'payadi.

Perkutor tovushning turlari. Rezonansli tovush – normal chuqur tovush bo'lib, o'pka perkussiyasida eshitiladi. Bu tovushni o'pkani perkussiyasida ko'krak qafasini old tomonini o'ng tomondan III qovurg'a oralig'idan aniqlash mumkin. Bu baland bo'lmagan kichik tonli tovush hisoblanadi. Timpanik bo'sh organni yoki havo saqlaydigan bo'shliqni ustida hosil bo'ladi. U baland, yuqori tonli bo'ladi. Nog'orani zarb bilan urilganidan chiqadigan tovushga o'xshaydi. Bu tovush oshqozon perkussiyasida, ayniqsa gazlangan ichimlik ichilgandan keyin tekshirilganda yaxshi aniqlanadi. To'mtoq tovush (yoki to'mtoqlik) - yuqori tonli qisqa tovush, zich azolarda, jigar yoki taloq ustida aniqlanadi. U shuningdek patologiyada o'pka to'qimasining zichlashishi (pnevmoniya)da aniqlanadi. Absolyut to'mtoqlik-yuqori tonlarni ustunligi bilan rezonanssiz va vibratsiyasiz bo'lgan qisqa tovush hisoblanadi. Bunday tovush ko'krak qafasida yoki qorin bo'shlig'ida suyuqlik bo'lganda aniqlanadi. To'mtoqroq tovush-bu yurakni o'pka bilan qoplangan qismida, quticha tovush-bu o'pkada havo ortish (to'planish) sindromida, o'pka to'qimasi ustida esa-o'pka tovushi eshitiladi.

Nafas organlari kasalliklari bilan bemorlarni tekshirish usullari

Nafas azolari fiziologiyasi. Meyorda nafas yo'llarida mukotsiliar kliriens yani mukotsiliar transport amalga oshiriladi. **Mukotsiliar transport** - bu nafas yo'llarini yot zarrachalardan, mikroorganizmlardan, chang va boshqalardan tozalanishidir. Bu nafas yo'llari shilliq qavatida ularning o'tirishi va keyinchalik traxeobronxial shilliq sekret bilan chiqarilishi hisobiga amalga oshiriladi. Mukotsiliar transport respirator traktning immun, tozalovchi va bar'er potentsialini taminlaydi.

Meyorda respirator traktida 3 guruh hujayralar mavjud va bu hujayralar nafas yo'llarini yot moddalar, mikroorganizmlar va boshqalardan tozalab, nafas yo'llarini himoyalab turadi.

1. Qadoqsimon hujayralar – bu hujayralar meyorda suyuq shilliq sekret 100-150 ml bir sutka davomida ishlab chiqaradi. Bu suyuq shilliq sekret 1 minutda 10 mm harakatlanadi. Meyorda suyuq shilliq sekretga chang, yot modda zarrachalari, mikroorganizmlar o'tirib qoladi va yopishadi, shu sekret bilan nafas yo'llaridan chiqarilib organizm (nafas yo'llari) himoyalanaadi. Shilliq sekret 2 qavatdan iborat bo'lib, 1 qavat

zol qavat bo'lib, biroz suyuq. Uning tarkibida elektrolitlar, zardob komponentlari, oqsillar, biologik faol maddalar, fermentlar va ularni ingibitorlari saqlanadi. 2 qavat gelsimon qavat bo'lib, fibrilyar strukturaga ega va makromolekulyar glikoprotein komplekslar, disulfid ko'priklari bilan birikkan mutsinlardan tashkil topgan.

2. Kipriksimon hujayralar. Bular da vorsinkalar mavjud, ular egilib-tiklanib turib harakatlanib turadi. Shu yo'l orqali suyuq shilliqlik sekret va unga yopishib qolgan yot moddalar nafas yo'llaridan chiqarilib tashlanadi. Kipriksimon hujayralar vorsinkalari meyorda 1 sekundda 15 marta egilib tiklanadi. 10 ta kipriksimon hujayralar 1 qadoqsimon hujayraga teng.

3. O'pka alveolyar yo'llar va alveolyar qopchalardan tashkil topgan. Alveolyar qopchalar alveolalardan tashkil topgan. Alveola devori I-II va III tip alveotsitlardan tashkil topgan. I tip alveotsit nafas olishda, II tip alveotsit surfaktant nomli lipoproteid modda ishlab chiqaradi. III tip alveotsit kam uchraydi, nerv oxirlariga boydir. Bu hujayralar gemoretseptor hujayralardir. I tip alveotsit kapilyarlar endoteliysi va ular orasidagi bazal membrana bilan birga qon-havo to'sig'ini (aerogematik bar'er) hosil qilishga ishtirok etadi. Bu to'siq gazlar almashinuvida asosiy rol o'ynaydi. I tip alveotsitlar yassi sitoplazmasida pinotsitoz pufakchalar ko'p bo'ladi. Ularni respirator alveotsit deyiladi. II tip alveotsitlar baland, kubsimon, sitoplazmasida sekretor donachalar, plastinkasimon tuzilmalar bo'ladi va ushbu hujayralar alveolalar yuzasini namlab turuvchi surfaktant moddasini ishlab chiqaradi, ularni sekretor hujayralar deyiladi. Surfaktant tarkibida fosfolipidlar (fosfatidilxolin 80%, fosfatidilglikol 10% gacha) va oqsillar bo'ladi. Lipidlarning oqsillarga nisbati 13:1 atrofida bo'ladi. Surfaktant alveolalarni devorlarini nafas chiqargandan so'ng qayta tiklanishiga xizmat qiladi va yopishib qolishdan saqlaydi, interstitsiyadan suyuqlikni alveola ichiga o'tishga yo'l qo'ymaydi. Bakteriotsid, immun himoya va makrofaglarni faollashtiradi. Surfaktant kattalarda har 5 soatda yangilanib turadi. Bular dan tashqari yana mahalliy nospetsifik himoya omillari lizotsim, interferon, laktoferin, fibronektin kabi immun bo'lmagan bakteriotsid tasiriga ega moddalar ham himoya funksiyasini o'taydi.

Qisqa qilib aytganda yuqorida aytilganlar nafas olish tizimini himoya funksiyasini o'taydi, va patologik holatlarda ushbu muvozanat buziladi.

Funksional pulmonologiya. Nafas - tashqi va to'qima nafasiga bo'linadi.

Meyorda tashqi nafas 3 etapdan iborat.

1. Etapda – ventilyatsiya. Bunda alveola bilan tashqi muhit atmosfera havosi o'rtasidagi gazlar almashinuvi kechadi.

2. Etapda – diffuziya. Bunda alveola va kapilyar membrana orqali gazlar almashinuvi kechadi.

3. Etap – perfuziya. Kapilyarlar orqali gazlar almashinuvi va ularni to'qimalarga tarqatilishidir.

Tashqi nafasni buzilishiga olib keluvchi omillarni 5 guruhga bo'lish mumkin;

1. Bronxlar va alveolalarni shikastlanishi.

A) Bronxial daraxtning shikaslanishi, bronxospazm, shishli-yallig'lanishli simptom, kichik bronxlar devorining tayanch strukturasi buzilishi, yirik bronxlar tonusini susayishi, respirator strukturani alteratsiyasi (o'pka to'qimasi infiltratsiyasi, destruktsiyasi, distrofiyasi).

B) O'pka parenximasini funksional maydonini kamayishi (o'pka to'qimasini operatsiya qilib olib tashlanishi, o'pka to'qimasini rivojlanmasligi, ekssudativ plevrit, pnevmotoraks, pnevmoskleroz, pnevmofibroza, atelektaz va h.k.)

2. Plevra va ko'krak qafasining suyak-mushak tizimini shikastlanishi.

Diafragma va qovurg'alarni harakatini chegaralanishi, quruq plevrit, pleural spayka va o'siqlar.

3. Nafas olishda ishtirok etadigan muskulaturaning shikastlanishi.

Markaziy va periferik falajlanishlar (sistemali dermatomiozit), mushaklarning degenerativ-distrofik o'zgarishlari, mioztlar.

4. Kichik qon aylanish doirasida qon aylanishini buzilishi. Kichik qon aylanish doirasida dimlanish (mitral klapan stenoz), o'pka kapilyarlari spazmi.

5. Nafas olish boshqarilishining buzilishi. Nafas olish markazining bo'g'ilishi, nervlar aktivligini buzilishi, nevrozlar va h.k.

Bu patologik holatlarni aniqlash uchun **Shtange sinamasi** o'tkaziladi, chuqur nafas olish fazasida nafasni ushlab turish. Normada 40 sekunddan ko'p bo'lishi kerak. **Gencha sinamasi**-nafas chiqargandan so'ng, nafasni ushlab turish. Meyorda 30 sekunddan ko'p bo'lishi kerak.

Nafas tizimi xastaliklarida bemorni so'rab-surishtirish (interrogatio).

Shikoyatlari. Nafas –a'zolari kasalliklarida bemorlar ko'krak qafasida og'riq, quruq yo'tal yoki yo'tal bilan balg'amning ajralishi, hansirash, nafas siqilishi, nafas yetishmovchiligi, umumiy holsizlik, haroratning ko'tarilishi, varaja qilish (sovuq qotish) kuzatilishi mumkin.

Og'riq (dolor)ning ko'krak qafasida paydo bo'lishi ko'pchilik holatlarda plevranning zararlanishlarida (quruq plevrit, eksudatli plevritning boshlang'ich davrida, plevral bitishmalarda, plevra endoteliomasida) shuningdek o'pka kasalliklarida (o'pkaning krupoz yallig'lanishida, o'pka infarktida, o'pka o'smalarida va .b.) uchraydi.

Eksudatli plevritda ko'krak qafasidagi og'riqlar sanchiluvchi xarakterga ega bo'lib, diafragmani cho'zilishi hisobiga yuzaga kelib pastga yo'naluvchi xarakterga ega bo'ladi va ko'pincha kasallikning boshlang'ich davrida paydo bo'ladi, eksudat suyuqlikning to'planishi oqibatida plevra varaqlari bir-biridan uzoqlashadi, bunda og'riq yo'qoladi va hansirash paydo bo'ladi.

Quruq plevritda og'riq ko'krak qafasining shikastlangan tomonida bo'lib, asosan shu tomonda yotganda susayadi va aksincha sog' tomonda yotsa kuchayadi. Fonendoskopni qattiq bosib kasal tomon auskultatsiya qilinsa og'riq kuchayadi.

Krupoz pnevmoniyada og'riq yallig'langan tomonda bo'lib, doimiy bo'ladi. Ko'krak qafasi og'riqlari nafas olish akti (miozit, qovurg'alararo nervlar nevrалgiyasi) va terini shikastlanishi (travma, rojali yallig'lanish, tarqoq (opayasivayushiy) lishay, herpes zoster) bilan bog'liqdir. Og'riqning joylashish o'rni, patologik o'choqning joylashish o'rni bilan bog'liq.

Yo'tal (tussis) Organizmning reflektor – himoya reaksiyasi bo'lib, nafas yo'llariga yallig'lanish jarayoni ta'siri natijasida sekret (balg'am, shilimshiq, qon) to'planishi tufayli yoki ovqat bo'lagi yoki boshqa yod jismlar nafas yo'liga tushganda va o'pka to'qimasi tashqaridan ta'sirlanganda (aorta anevrizmi) yuzaga keladi.

Yo'tal hosil bo'lish mexanizmi- bemor chuqur nafas olganidan keyin, ovoz yorig'ining yopiq vaqtida kuchli nafas chiqaradi, xuddi shu paytda yo'tal akti sodir bo'lib, nafas yo'lini balg'am va yot moddalardan tozalanishiga olib keladi.

Quruq plevrit bilan kasallangan bemorlarda yo'tal reflektor yo'l bilan sodir bo'ladi. Bunda yo'tal chuqur nafas olgan paytda bo'ladi. Yo'tal quruq (maxsulotsiz) yoki nam (maxsulotli) balg'am ajralishi bilan bo'ladi. Bemorlarda doimo yoki o'qtin-o'qtin, ba'zida xurujli ko'rinishda paydo bo'ladi. Yo'talning paydo bo'lish vaqti ham diagnostik ahamiyatga ega. Ertalabki yo'tal ko'pincha bronxoektaz kasalligida, o'pka abtsesida, fibroz-kavernoz tuberkulyozda, bronxitlarda kuzatiladi. Bunda ertalab vertikal holatni egallagandan so'ng balg'am yoki suyuqlik bronxlarda harakatlanadi va bronxlar shilliq qavatini qitiqlaydi va yo'tal hosil bo'ladi. Kechqurungi yo'tallar ko'pincha tuberkulyozda, limfagranulematozda va o'pkaning yomon sifatli o'smalarida kuzatiladi. Bunda kattalashgan ko'ks oralig'i limfa tugunlari bronxlarga ta'sir qilib, qitiqlaydi va yo'tal refleksini hosil qiladi, chunki adashgan nerv faoliyati kechqurunlari oshadi. Yo'tal doimiy va davriy bo'ladi. Doimiy yo'tal o'pka va bronxlarning yallig'lanishlarida, o'pka o'smalarida, ko'ks oralig'i limfa tugunlari kattalashganida, tuberkulyozning ba'zi bir shakllarida kuzatiladi. Davriy yo'tal ko'pincha grippda, ko'k yo'talda, nafas yo'llarida yot modda tushganda, o'pka absessi, yorilib yiring bronxlarda o'tganda yuzaga keladi. Ko'k yo'talda yo'tal bilan birgalikda bolalar qusadilar va oxirida inqiragan tovush chiqadi. Yo'tal baland va past bo'lishi mumkin. Baland yo'tal ko'k yo'talda, to'sh orti buqoqda traxeyaga ta'sir qilganda, tovush bog'lamlari shishida kuzatiladi. Past yo'tal tuberkulyozning boshlang'ich davrida, krupoz pnevmoniyaning birinchi klinik bosqichida, quruq plevritda, fibrozda kuzatiladi.

Quruq yo'tal- laringit, traxeit, pnevmoskleroz, aorta anevrizmida, bronxial astma, quruq plevrit va bronxitda, bronx shilliq qavatlarida shish bo'lganda va uni ichiga quyuq qiyin ko'chuvchi balg'am bo'lganda kuzatiladi. Yo'tal bilan balg'am ajralishi surunkali bronxitda, bronxlarda suyuq konsistensiyali sekret bo'lganda uchraydi, shuningdek o'pka shamollashi, yurak astmasi, sil, o'pka absessi, bronxoektaz kasalliklarida bir sutkada 200 mldan litrgacha balg'am ajraladi. Doimiy yo'tal nafas yo'llari o'pkaning surunkali kasalliklari (surunkali laringit, traxeit, bronxit, bronxoektaz kasalligi, o'pka sili) da uchraydi. Xurujsimon yo'tal nafas yo'lga ovqat bo'laklari yoki yod jism tushganda kuzatiladi.

Tovushsiz yo'tal - asosan ovoz boylamlari sili va zaxm tufayli zararlanishlarda yoki n. recurrens asab tolalarini siqilib qolishlari (spazmi)da kuzatiladi.

Qon tupurish (haemoptoe, haemoptysis). Yo'talganda balg'am bilan birgalikda qon chiqishidir. Balg'amda qonning ajralishi alohida tupurilganda yoki o'pkadan qon ketishi ko'rinishida bo'ladi. Qon tupurish ko'pincha o'pka sili, yurak astmasi, ba'zan bronxoektaz, o'pka absessi, gangrenasi, saraton kasalliklarida, ayrim holda gripptan keyingi nafas yo'llari yallig'lanishlarida, mitral stenozda, virusli etiologiya pnevmoniyada, ba'zanda o'tkir bronxitda, krupoz pnevmoniyada, aktinomikoz, askaridozda, o'tkir traxeit, bronxitda, o'pka arteriyasi trombozi, emboliasida, o'pka infarktida, o'pka o'smasi parchalanish bosqichida kuzatiladi. Balg'am bilan chiqadigan qon, toza va shakli o'zgargan (gemolizga uchragan) bo'lishi mumkin. Toza qon o'pka tuberkulozida, mitral stenozda, ba'zanda o'tkir bronxitda, o'pka gangrenasida, bronxoektaz kasalligida, aktinomikoz, askaridozda, o'tkir traxeit, bronxitda, o'pka arteriyasi trombozi, emboliasida, o'pka infarktida, o'pka o'smasi parchalanish bosqichida kuzatiladi. Shakli o'zgargan qon pnevmoniyada va o'pka infarkti 6-7 kun o'tgandan keyin kuzatiladi.

Shuni ta'kidlash lozimki, qon tupurish yurak xastaliklari (mitral stenoz va miokard infarkti) tufayli ba'zan o'pkada dimlanish bo'lganda yoki o'pka infarktida kuzatiladi va bu balg'am ko'piksmon xarakterga ega bo'ladi. Qon tupurish o'pkadan bo'lganligiga ishonch hosil qilish uchun balg'amga qonni boshqa a'zoldan qo'shilishini ya'ni milkdan qon ketishlarda, burun shilliq qavatlaridan, teleangioektaziyalardan qonni kelib qo'shilganligini inkor qilish zarur, buning uchun og'iz va burun bo'shlig'ini ko'zdan kechirilishi lozim.

Ba'zan o'pkadan qon ketishlarni oshqozondan ketishdan farqlash qiyin bo'lishi mumkin. Oshqozondan qon ketishda qon to'q rangda oziq-ovqat mahsulotlari bilan ajralib, kislotali reaksiyali bo'ladi, kofe quyqasi ko'rinishida bo'ladi. O'pka xastaliklarida esa qonning och qizil rangida bo'lishi, ko'pikli, ishqoriy muhitli va yo'tal bilan birgalikda ajralishi uchraydi.

Hansirash (dyspnoe) nafas a'zolari kasalliklarida uchraydigan asosiy belgilardan biri hisoblanadi va ekspirator-nafas chiqarishning qiyinlashishi, inspirator-nafas olishning qiyinlashuvi hamda aralash bo'ladi. Shu bilan birga fiziologik hansirash kuzatiladi-asosan kuchli

jismoniy ishlar bajarilganda, uzoq muddat fizkultura bilan shug'ullanganda kuzatiladi. Patologik hansirashlar nafas olish, yurak-qon tomir, qon yaratish, markaziy asab tizimi kasalliklari va har xil zaharlanishlarda kuzatiladi. Hansirash o'pka alveolalarida ventilyatsiyaning buzilishi oqibatida yuzaga keladi. O'pkada gazlar almashinuvi va kislorodga to'yinishining pasayishiga olib keladi. Qonda karbonat anhidridning miqdori oshishi va modda almashinuvi buzilishida to'liq oksidlanmagan mahsulotlarning ko'payishi nafas markazini qo'zg'alishi va hansirashning paydo bo'lishiga olib keladi. Bulardan tashqari alveolalarda suyuqlik to'planishi, bronxlarda yot moddalarning tiqilishi, bronxlarni tashqaridan siqilishi, o'pka atelektazi, alveolalar elastikligi pasayishi, o'pka emfizemasi, plevra varaqalari orasida suyuqliklar to'planishi ham hansirashga olib keladi. O'pka arteriyasi trombozi va embollarida aralash va og'riqli hansirash kuzatiladi, bunda chuqur nafas olish va chiqarishni ko'rish mumkin. Bunday vaqtda bemorlar majburiy holat egallab, o'tirgan holatni (ortopnoe) egallaydilar.

Hansirashning 3 xil turi tafovut qilinadi: - **Inspirator hansirash**, biror mexanik to'siq nafas olish paytida havoni o'tkazilishini qiyinlashtirganda kuzatiladi. Hansirashning bu turi nafas yo'liga yot modda tushganda tovush bog'lami keskin shishida, halqumning torayishida va o'sma tufayli siqilishida, buqoq yoki aorta anevrizmi tufayli siqilganida, ko'p hollarda yurak xastalıkları (yurak astmasi), opka shishida kuzatiladi. Bunday holatlarda nafas olish shovqinli (stridoroz nafas) bo'ladi.

- **Ekspirator hansirash** bronxial astma xuruji paytida bronxlarning birdaniga torayishi tufayli, bronxiolitda hamda o'pka emfizemasida kuzatiladi.

- **Aralash hansirashda** qiyinlashgan nafas, nafas olinishi va chiqarilishida kuzatiladi. Bu nafas turi bronx o'tkazuvchanligini buzilishi II darajada, o'pkaning nafas yuzasini kamayishida, o'pkaning yallig'lanishida, plevrada suyuqlik to'planishida, pnevmotoraksda obturatsion atelektazida, diafragmaning yuqori turishida kuzatiladi.

Nafas siqilishi bu asosan kichik kalibrli bronxlarning qisilishi (spazmi) natijasida yuzaga kelib, bronxial astmaga yuzaga keladi va nafas chiqishi qiyinlashadi. Yurakning chap bo'lagi yetishmovchiligi asosan mitral stenozda o'pka to'qimasida shish kuzatilib, nafas olish

qiyinlashadi. Pnevmotoraksda, o'pka arteriyasi emboliyasida, o'pka shishida va ovoz bog'lamining o'tkir shishida ham yuzaga keladi

Tana haroratini ko'tarilishi o'pkaning turli kasalliklarida kuzatiladi. Masalan, o'pkaning krupoz yallig'lanishlarida harorat 39-40⁰ C gacha, plevritda va bronxopnevmoniyada haroratning sekin - asta ko'tarilishi kuzatiladi.

O'pkaning yiringli kasalliklarida, (abscess, gangrena, bronxoektaz) shuningdek, yiringli plevritda qaltirash, ko'p ter ajralishi, asosan ertalab va kechqurun haroratni ko'tarilishi qaytalama xarakterga ega bo'ladi. Sil kasalligida tana harorati har xil bo'ladi - subfebril, qo'zish davrida 38⁰ C gacha va undan yuqoriga ko'tariladi, og'ir hollarda tana harorati gektik xarakterga ega bo'ladi.

Anamnez morbi - bunda kasallik simptomlarining boshlanishi (o'tkir yoki surunkali), qaysi vaqtda va qayerda boshlandi, qancha davom etdi, qanday kechayapti, qaysi vaqtda kuchayadi va sekinlashadi shular haqida ma'lumot to'planadi. Kasallikning o'tkir boshlanishi krupoz pnevmoniyaga xos bo'lsa, plevrit sekinroq rivojlanadi va tuberkulyoz va o'pkaning yomon sifatli o'smalari uzoq vaqt davomida yuzaga keladi. Kasallikning epidemiologik holati ham ahamiyatga ega, misol uchun gripp mavsumi. Bemorlar bilan muloqotda bo'lgan-bo'lmaganligi-tuberkulyoz bilan. Kasallikning kechishi ham ahamiyatli, oldin davolanganligi va uni samaradorligini aniqlash ham muhim.

Anamnez vitae kasallikni rivojlanishi uchun ba'zi bir omillar muhim ahamiyatga ega. Uning ish va uyidagi sharoiti, nam, sovuq ish o'rni, ovqatlanish tartibi, rejimi, ish o'rnida ventilyatsiya va isitgichlar bor yo'qligi, zararli omillarning bor yo'qligi (chang, kislota, ishqor, toksik moddalar, radiatsiya, ionlovchi nurlar, og'ir metallar tuzlari), infeksiyon (yuqumli) kasalliklar bilan muloqotda bo'lganligi muhim ahamiyatga egadir. Bemorlar o'tkazgan kasalliklari va ularni kechishi haqida ham ma'lumot to'plash ahamiyatli.

Nafas tizimi kasalliklarida bemorni umumiy ko'zdan kechirish

Umumiy ko'zdan kechirishda ko'rik o'tkaziladigan xona havosi iliq va yetarli darajada yorug'lik bo'lishi lozim, bemorning umumiy ahvoli (og'ir, o'rtacha, qoniqarli), es hushi o'zida (aniq, xiralashgan, es hushi o'zida emas) va holatiga (faol, nofaol, yotoq rejim) baho beriladi. Teri

qoplamlari sianotik, oqargan, qizargan (giperemiya), haroratli va toshmali bo'lishi mumkin. Sianoz shilliq qavatlarida va yuz teri qoplamlarida bir qator kasalliklarda uchraydi (o'pka yallig'lanishi, o'pka emfizemasi, pnevmoskleroz, o'pka sili va yiringlashi va b.q.). Shuningdek, o'pka-yurak yetishmovchiligi belgilari bo'lgan bemorlarda kuzatiladi. Xususan, yaqqol ifodalangan yuz sianoz birlamchi va o'pka arteriyasi ikkilamchi sklerozida uchraydi. O'tkir ifodalanuvchi sianoz o'pka arteriyasi emboliyasida, pnevmotoraksda kuzatiladi. Sianozning yuzaga kelishi, o'pkada gaz almashinuvi buzilishi natijasida yoki yurak qon-tomir yetishmovchiligida yuzaga keladi. Buning oqibatida o'pkada qonni O₂ ga to'yinishi yetarli darajada bo'lmaydi. Eksudativ pleurit xastaligiga chalingan bemorlar oqimtir rangda bo'ladi. Xususan, teri rangining keskin oqarishi o'pkadan ko'p qon ketishida kuzatiladi.

O'pkani krupoz yallig'lanishida yuz qiyofasida giperemiya holatlari bilan sianoz birgalikda uchraydi va shoxpardaning biroz sarg'ayishi, lab shilliq qavatlarida, burun atrofi teri qatlami, oz miqdorda yelka va ko'krakning orqa qismida uchuqli (gerpetik) toshmalar kuzatiladi.

Bemorlarda ko'krak qafasini nafas olish aktida ishtiroki yoki ishtirok etmasligi diagnostik ahamiyatga ega. Ko'krak qafasiga e'tibor berilsa, ayniqsa krupoz pnevmoniya va quruq pleuritda shikastlangan tomon nafas olish aktida orqada qoladi. Eksudativ pleurit va gemotoraks, piotoraks hamda pnevmotoraksda shikastlangan tomonda ko'krak qafasi kattalashadi. Eksudativ pleuritda ko'krak qafasi mushaklari nafas olish vaqtida tashqariga va nafas chiqarish fazasida o'z o'rniga qaytadi. Nafas yetishmovchiligida nafas olish aktida yordamchi mushaklarni ishtirok etishi ko'zga tashlanadi. Bronxial astma va o'pka emfizemasida o'pkada qoldiq havo hajmi ortishi munosabati bilan ko'krak qafasini bochkasimon shaklga aylanishini ko'rishimiz mumkin.

Boyin, o'mrov osti va qo'litiq osti limfa tugunlarining holati, katta kichikligi ham nafas tizimi a'zolari kasalliklarini aniqlashda muhim rol o'ynaydi, ular kattalashadi, qizaradi.

Nafas tizimi xastaliklarida bemorlar holati ham muhim ahamiyatga ega. Bazen bemorlar majburiy (ortopnoe) holatni egallaydi. Eksudatli pleuritda, bronxoektazda va pnevmoniyada bemorlar kasallangan tomonni bosib yotadi, ya'ni majburiy holatni egallaydi. Bronxial astma xuruji paytida yarim o'tirgan yoki o'tirgan holatni egallaydi, bunda qo'llari bilan to'shakka yoki tizzasiga tayanib o'tiradilar va bu, qo'shimcha nafas mushaklarini ishga solib qiyinlashgan nafasni biroz

yengillashtiradi. Umurtqaning yon tomonga qiyshayishi skolioz deyiladi va u o'quvchilarda gavdaning yuqori qismini noto'g'ri tutishi oqibatida rivojlanishi mumkin.

Umurtqaning orqaga qiyshayishi (kifoz) ba'zida skolioz bilan birgalikda uchraydi. Bunday holat kifoz skolioz deb nomlanadi. Ko'krak qafasining bu shakli o'pka va ko'ks a'zolarining vaziyatini o'zgarishiga va shu bilan nafas va qon aylanishining faoliyati buzilishiga olib keladi.

Umurtqaning oldinga qiyshayishi lordoz deyiladi. Ko'krak qafasining shaklini aniqlagandan tashqari diqqatni ko'krak qafasining bir tomonlama bo'rtib chiqishiga yoki aksincha botib ketishiga, chuqur nafas olganda orqada qolishiga qaratiladi, bu ma'lum diagnostik ahamiyat kasb etadi. Ko'krak qafasining yarim tomoni o'lchamining kattalashishi plevra bo'shlig'ida havo yoki suyuqlik to'planganda, eksudatli plevritda, pnevmotoroksdan, piopnevmotoroksdan, gemotoroksdan, gidrotoroksdan kuzatiladi.

Qovurg'alararo oraliqlar bunda kengayadi yoki silliqlashadi. Bunda chuqur nafas olganda ko'krak qafasining zararlangan tomoni nafas aktida sog'lom tomonga nisbatan orqada qoladi.

Ko'krak qafasining botib ketishi o'pkaning bujmayishi jarayonlarida, biriktiruvchi to'qimaning o'sishi natijasida (o'pka sili, pnevmoskleroz va boshqa kasalliklarda) eksudativ plevrit oqibatida plevral bitishmalarning hosil bo'lishida, ayniqsa, yiringli plevritda va nihoyat, obturatsion atelektazda, ayniqsa, bronxogen o'smasi tufayli hosil bo'lgan holatlarda kuzatiladi. Bunda ko'krak qafasi botib ketadi, qovurg'alararo oraliq tor bo'lib qoladi. Umurtqa kasallangan tomonga qarab qiyshayadi. Chuqur nafas olganda kasallangan tomon sog'lom tomonga nisbatan nafas aktida keskin orqada qoladi. Ko'krak qafasini tekshirishda nafas tipiga, soniga, chuqurligiga va ritmiga ahamiyat berish kerak.

Nafas olishni ko'krak, qorin, aralash tiplari tafovut qilinadi:

Agarda nafas akti harakatlari, asosan, qovurg'alararo mushaklarning qisqarishi hisobiga bajarilsa ko'krak yoki qovurg'a nafas tipi deyiladi. Bu nafas tipi, asosan, ayollarda uchraydi. Buni erkaklarda (normada qorin tipida) paydo bo'lishi, diafragma faoliyatining cheklanganligidan dalolat beradi. Ayollarda qorin yoki diafragma tipidagi nafas o'pka to'qimasi zararlanganidan yoki plevrada bitishmalar jarayoni rivojlanganidan darak beradi.

Aralash tipdagi nafas turida ko'krak qafasining pastki qismi va qorinning yuqori qismi ishtirok etadi. Bu qari yoshdagi kishilarda, shuningdek, ko'krak qafasining taranglashishida va o'pka to'qimasi elastikligining oshishi (o'pka emfizemasi, pnevmoskleroz) da kuzatiladi.

Nafas soni. Normada nafas harakatlari soni 1 daqiqada 16-20 martani tashkil qiladi. Uning sonini bemorga sezdirmasdan sanaladi va bemorni gapirib chalg'itib turiladi. Bunda bemorning qo'lidan pulsni aniqlashdagi kabi harakatlar bajarilib, qo'llar epigastral sohaga qo'yiladi. Bunda qo'lning ko'tarilib tushishi nafas harakatlaridan dalolat berib, nafas olish soni 1 daqiqa davomida aniqlanadi. Nafas soni tezlashgan (taxipnoe) yoki sekinlashgan (bradipnoe) bo'lishi mumkin. Meyorda nafas olish soni, yurak urish soniga nisbati 1: 4 ga tengdir. Misol 16 marta nafas olish soni bo'lsa, 64 marta yurak urish tezligi bo'ladi.

Nafas olishning tezlashishi (taxipnoe). Nafas olishning tezlashishi sog'lom kishilarda jismoniy zo'riqishdan keyin, asabiy qo'zg'alishlarda odatda qisqa muddatda kuzatiladi. Nafas olishning patologik tezlashishi isitmali holatlarda va o'pkaning har xil kasalliklari (o'pka yallig'lanishi, o'pka sili, turli xil o'smalar, o'pka emfizemasi va boshqalar) da kuzatiladi. Bu holatlarda o'pkada gaz almashinuvining buzilishi va qonda karbonatlarning to'planishi oqibatida nafas markazining qo'zg'alishi bilan yuzaga keladi.

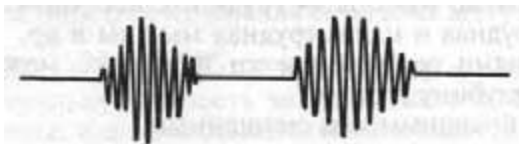
Plevraning zararlanishi (eksudatli plevrit, gemotoraks, pnevmotoraks) kasalliklari ham nafas olishning tezlashishi bilan kechadi, bunda o'pkaning qisilishi oqibatida nafas yuzasining kamayishiga olib keladi. Nafasning tez-tez yoki yuzaki bo'lishi miozidlarda, quruq plevritda, qovurg'alar shikastlanishida, nevralfiyada bo'ladi.

Nafas olishning sekinlashuvi (bradipnoe) asosan nafas markazi faoliyatining pasayishida kuzatiladi. Bu miya o'smalarida, miyaga qon quyilishida, meningitda, og'ir yuqumli kasalliklarda, uremiyada va boshqa xastaliklarda uchrashi mumkin.

Nafas olish ritmining buzilishi ham kuzatilishi mumkin, bu asosan miyada qon aylanishini buzilishi natijasida yuzaga keladi. To'rt xil davriy nafas tafovut qilinadi;

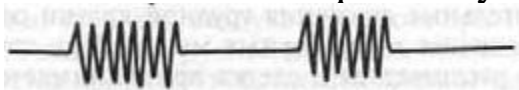
Cheyn Stoks nafasi (6-surat)-nafas 0 dan yani shovqinsiz nafas paydo bo'lib, sekin asta kuchayib boradi va shovqinli nafas olib maksimal chuqur nafasga yetgandan so'ng yana susayib boradi va

ma'lum muddat nafas yo'qoladi, pauza (apnoe) bo'ladi.



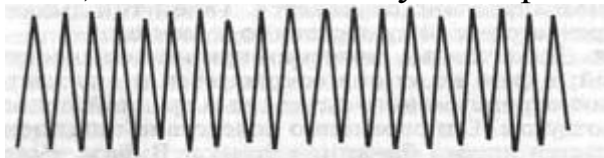
6-surat. Shu holat takrorlanaveradi. Bu turdagi nafas miyani og'ir zaharlanishida, miyada qon aylanishi buzilishida kuzatiladi.

Biot nafasi (7-surat)-bunda bir xilda ritmik va chuqur nafas olaveradi va bir muddat nafas olishdan to'xtaydi, nafas harakatlari orasida pauza bo'ladi va yana nafas oladi, shu holat takrorlanaveradi. Bunday turdagi nafas asosan meningitda, juda ko'p miqdorda spirtli ichimlik istemol qilib miyada qon aylanishi buzilganda kuzatiladi.



7-surat.

Kusmaul nafasi(8-surat)-bunda to'xtamay chuqur-chuqur nafas



olaveradi (agonal nafas).

8-surat.

Grokk nafasi(9-surat)-nafas susaygan holatdan sekin asta kuchayib boradi va yana susayib boradi, shovqinsiz nafas, va yana kuchayib

boradi, shu holat takrorlanaveradi.



9-surat.

Surunkali yiringli kasalliklarda (bronxoektaz, surunkali o'pka absessi) da xos belgilardan «nog'ora tayoqcha shaklidagi barmoqlar» bo'lib, bunda qo'l va oyoq barmoqlarining uchki qismining o'lchami kattalashadi. Bunda tirnoqlar yuzasi qavariq shaklda bo'ladi va «soat oynasi» ko'rinishida bo'ladi.

Ko'krak qafasini ko'zdan kechirish.

Ko'krak qafasini ko'zdan kechirib uning formasi, nafas aktida ikkala ko'krak qafasining simmetrik ishtirok etishiga va nafas tipiga e'tibor qaratiladi.

Ko'krak qafasining formasi. Konstitutsional tiplarga mos holda ko'krak qafasining 3 xil shakli tafovut qilinadi. **Normastenik, astenik, giperstenik.**

Normastenik ko'krak qafasi. Bunda ko'krak qafasi yaxshi rivojlangan bo'lib o'zida ko'krakning old, orqa va ko'ndalang o'lchamlari proporsional bo'ladi. O'mrov osti va usti bo'shliqlari

unchalik shakllanmagan bo'ladi. Epigastral burchak to'g'ri bo'lib, 90 gradusni tashkil qiladi.

Astenik turdagi ko'krak qafasi. Bunda ko'krak qafasini old-orqa o'lchami ko'ndalang o'lchamiga nisbatan kamaygan bo'ladi va shuning uchun yassi ko'rinishda bo'ladi. O'mrov osti va usti bo'shliqlari botgan bo'ladi. Kuraklar ko'krakdan ko'tarilgan bo'ladi. X qovurg'aning cheti erkin, palpatsiyada yengil aniqlanadi. Epigastral burchak 90^0 dan kichik bo'ladi.

Giperstenik turdagi ko'krak qafasi. Old orqa o'lchami ko'ndalang o'lchamiga nisbatan katta bo'ladi. Shuning uchun ko'krakning ko'ndalang kesimi aylanaga yaqin bo'ladi. Qovurg'alararo oraliq tor, o'mrov usti va osti bo'shlig'i kuchsiz ifodalangan bo'ladi. Epigastral burchak 90^0 dan katta bo'ladi.

Ko'krak qafasining patologik formasi ko'krak bo'shlig'i a'zolarining har xil patologiyalarida yoki skeletning deformatsiyasida rivojlanadi. Emfizematoz ko'krak qafasi uning ko'ndalang va old orqa o'lchamlarining kengayishi bilan xarakterlanadi. U bochkasimon shaklni egallaydi, qovurg'alar gorizontall joylashadi. Qovurg'alararo oraliq kengayadi. O'mrovosti va usti chuqurliklari silliqlashadi. Bo'yin kalta, epigastral burchak o'tmas, ko'krak qafasining bunday shakli o'pkaning uzoq muddat chuqur nafas olib turgandek holat kuzatiladi.

Bunday holat o'pka emfizemasida yoki bronxial astmaning og'ir xurujlari shu bilan birga alveolalarda havoning ko'p to'planishida kuzatiladi.

Paralitik ko'krak qafasi. Emfizematoz ko'krak qafasiga teskari xususiyatlarga ega bo'ladi. U uzaygan, cho'zinchoq va old-orqa o'lcham, ko'ndalang o'lchamiga nisbatan kichik bo'ladi. O'mrovlar keskin shakllangan, o'mrov usti va osti bo'shliqlari cho'kkan bo'ladi. Qovurg'alar qiya pastga yo'nalgan bo'ladi. Epigastral burchak o'tkir bo'ladi. Ko'krak qafasining bunday xususiyati sil kasalligiga chalingan, o'pkaning yoki plevraning surunkali kasalliklari bilan xastalangan bemorlarda uchraydi. Yuqorida keltirilgan kasalliklar biriktiruvchi to'qimaning o'sishiga va uning bujmayishiga, plevral bitishmalarining rivojlanishiga sabab bo'lib, ko'krak qafasi shaklining o'zgarishiga olib keladi. Bunga boshqa sabablar skelet rivojlanishining tug'ma anomaliyalari, bolalikda orttirilgan raxit tufayli yoki surunkali kasalliklar tufayli umurtqaning o'zgarishlari kiradi.

Voronkasimon ko'krak qafasi - to'shning pastki qismining voronkasimon chuqurlashishidek ko'rinishga ega bo'ladi. Bu to'shning tug'ma nuqsonli rivojlanishi bilan bog'lanadi. Ayrim hollarda bolalikda bu sohaga uzoq muddatda doimiy ko'rsatiladigan bosim tufayli hosil bo'ladi. Shuning uchun uning paydo bo'lishida kasbga oid omillar bilan bog'liq holda erta yoshda boshlanadi. Raxitik ko'krak qafasi to'shning oldinga chiqishi bilan xarakterlanadi. «Tovuq ko'kragi» nomini olish bilan bir vaqtda bolalikda orttirilgan raxit bilan qovurg'alar birikadigan qismining qalinlashuvi «raxitik ko'rinish» nomini oladi.

Qayiqsimon ko'krak qafasi va uning tuzilishi. To'shning yuqori qismining qayiqsimon bosilganligi sababli kuzatiladi. Buning hosil bo'lishi orqa miya kasalliklari (seringomieliya) bilan bog'liq bo'ladi. Ko'krak qafasining shakliga umurtqa pog'onasining qiyshayishi ta'sir qilishi mumkin. Umurtqaning tomonlarga qiyshayishi skalioz deb nomlanadi, u o'quvchilarda gavdaning yuqori qismini noto'g'ri tutganligi tufayli kelib chiqadi.

Nafasning sekinlashishi halqumning shilliq qavatlarini shishida va qisilishida traxeyani o'sma tufayli bosilishi tufayli yuzaga keladi. Bunday hollarda havo o'tishining qiyinlashuvi natijasida nafas shovqinli bo'ladi. Bu stridoroz nafas deyiladi. Ayrim xastaliklarda (diabetik koma) nafas soni siyrak bir oz chuqurlashgan bo'ladi. Bunday nafas Kussmaul nafasi deyiladi. Bu koma holatidagi bemorlarda atsidozning rivojlanishi nafas markazining qo'zg'alishiga bog'liq.

Ko'krak qafasini paypaslash texnikasi (palpatsio)

O'pkada palpatsiya o'tkazilganda quyidagilarni aniqlash mumkin:

I. Ko'krak qafasi mushaklari holati, elastikligini, rivojlanganligini aniqlash.

II. Ko'krak qafasidagi og'riq lokalizatsiyasini aniqlash.

III. Ko'krak qafasini rezistentligi baholash.

IV. Ovoz drillashi (titrashini) aniqlash (fremitus vocalis s. pectoralis)

Ko'krak qafasini paypaslash usulini bajarishda miozitlarda, qovurg'alararo nevrалgiyalarda, qovurg'alar yorilishi va sinishi, og'riqni lokalizatsiyasini aniqlashda, og'riq rezistentligini aniqlash muhim, ba'zida o'pka emfizemasida, quruq pleuritda plevra varag'ining ishqalanishi aniqlanadi. Ko'krak qafasida ovoz drillashining o'tkazilishi tekshiriladi.

Ovoz drillashini aniqlash (fremitus pectoralis) ko'krak qafasining simmetrik sohalariga qo'l kaftini qo'yib aniqlanadi, bunda bemordan «R» harfi bor so'zlarni (traktor, karra, arra) talafuz qilish so'raladi. Tovush bog'lamlarining tebranishi traxeya, bronxlarning devori orqali ko'krak qafasiga uzatiladi.



10 va 11 surat

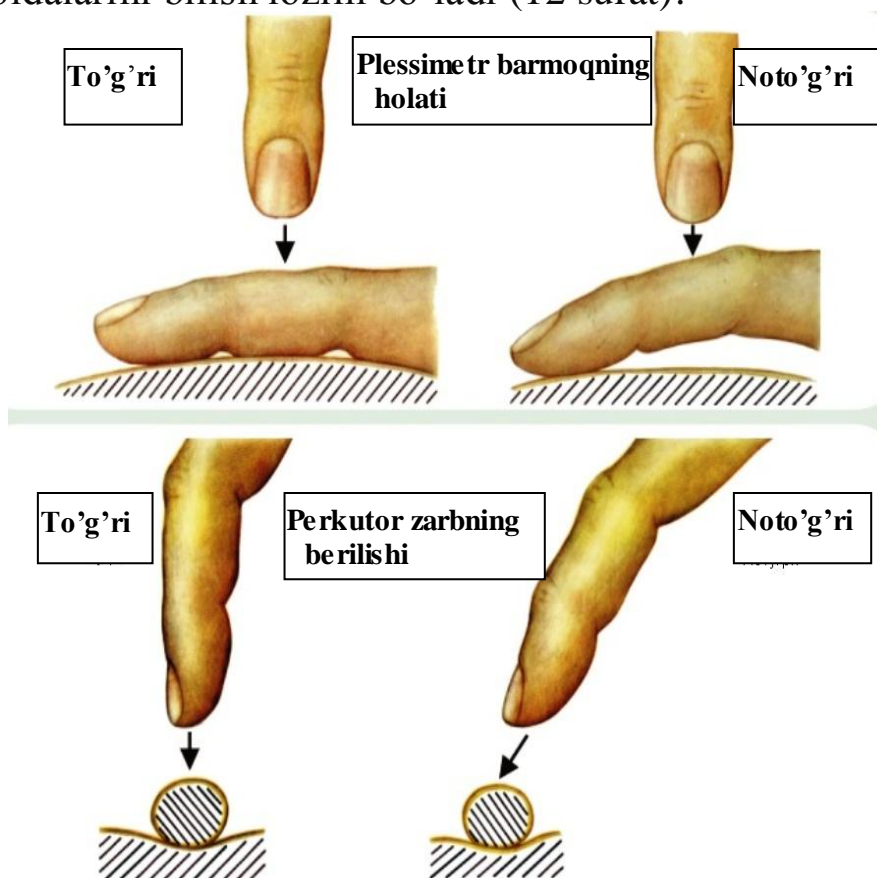
Ovoz drillashini ko'krak qafasini simmetrik sohalariga qo'l kaftlarini parallel qo'yib tekshiriladi. Qo'l kaftlari badanga bir xilda tegib turishi kerak (10-11 suratga qarang). Normada ovoz drillashi ko'krak qafasi orqali ikkala tomonda bir xil kuchsiz o'tkaziladi. O'pka yoki plevrada patologik jarayonlar rivojlanganda ovoz drillashi kuchayishi, susayishi, yo'qolishi mumkin. Tovush titrashining bir tomonlama susayishi plevra bo'shlig'ida suyuqlik yoki havo to'lishi (eksudativ plevrit, gidrotoraks, gemotoraks, pnevmotoraks, piopnevmotoraks) oqibatida paydo bo'ladi. Shuningdek ovoz drillashining pasayishi obturatsion atelektazda, bronxni o'sma bilan berkilib qolishida (o'pkani bronxogen o'smasi) da yoki bronx yo'liga yot jism tushganda kuzatiladi. Tovush titrashining ikkala tomonda patologik pasayishi o'pka emfizemasida, holsiz bemorlarda va fiziologik susayishi ko'krak qafasini qalinlashishida ya'ni yog' bosishida, ko'krak qafasini shishida va shunga o'xshash xastaliklarda kuzatiladi.

Ovoz drillashining kuchayishi patologiyada o'pka to'qimasi zichlashganda, tovushning yaxshi o'tkazilishi buzilishlari (o'pka yallig'lanishida, o'pka infarktida, silda, kompression atelektazda) yoki o'pkada bo'shliq (o'pka absessi, katta bronxoektaz) lar oqibatida yuzaga kelishi kuzatiladi. Bo'shliq atrofida reaktiv yallig'lanish jarayoni

o'pka to'qimasini zichlashishiga olib kelishi oqibatida, bo'shliqning o'zi rezonans qonuniga ko'ra ovoz drillashi yaxshi o'tkazilishi uchun sharoit yaratadi. Fiziologik holatlarda teri osti yog' qatlami yaxshi rivojlanmagan kishilarda (oriqlagan kishilarda) ovoz drillashi kuchli eshitiladi. Quruq pleuritda bevosita qo'l orqali plevranning ishqalanish shovqinini, teri osti emfizemasi g'irchillashini sezish mumkin.

Ko'krak qafasini to'qillatib ko'rish (percussio)

Ko'krak qafasini perkussiya qilishni o'rganishdan oldin bu usulning umumiy qoidalarini bilish lozim bo'ladi (12 surat).

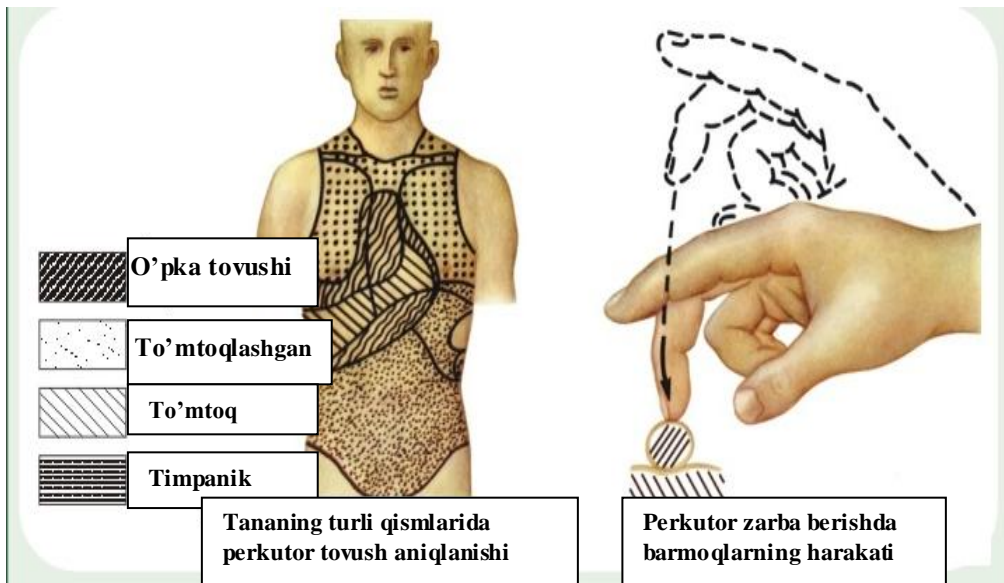


12-surat. **Perkussiya** (to'qillatib ko'rish) **tartibi**

O'pka perkussiyasi (percussion).

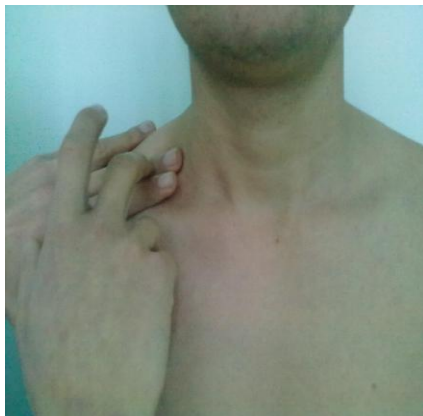
Qiyosiy va topografik perkussiya turlaridan foydalaniladi. Qiyosiy perkussiya qo'sh organlarni simmetrik sohalarini qiyoslash yo'li bilan o'pka va plevra bo'shlig'idagi o'zgarishlarni aniqlashga imkon yaratadi. Topografik perkussiya esa o'pkani chegaralarini va o'pka qirralarini ekskursiyasini aniqlashga imkon yaratadi. O'pkaning qiyosiy perkussiyasi ma'lum tartibda amalga oshiriladi. Ko'krak qafasining simmetrik sohalariga bir xil kuch bilan perkutor zarb beriladi. Odatda

perkutor zarb o'rtacha kuch bilan berilishi lozim, bunda simmetrik sohalarda perkutor aniq o'pka tovushi eshitaladi (13-surat).



13-surat

Topografik perkussiya o'pkaning yuqori va pastki chegaralarini aniqlash uchun va pastga o'pka ekskursiyasini (nafas olishda va chiqarishda) aniqlanadi (14-15 surat).



a)

14-15 surat



b)

- a) o'pkaning yuqori chegarasini aniqlash texnikasi old tomondan;
- b) o'pkaning yuqori chegarasini aniqlash texnikasi orqa tomondan;

Quyidagi jadvalda normastenik tipdagi ko'krak qafasida o'pkalarni pastki chegarasini joylashgan o'rni keltirilgan:

№	Ko'krak qafasidagi topografik liniyalar	O'ng o'pka	Chap o'pka
1	1. parasternalis	V – qovurg'a oralig'i	-
2	1.	VI – qovurg'a	-

	medioclavicularis		
3	l. axillaris anterior	VII – qovurg'a	VII – qovurg'a
4	l. axillaris media	VIII – qovurg'a	VIII – qovurg'a
5	l. axillaris posterior	IX – qovurg'a	IX – qovurg'a
6	l. scapularis	X – qovurg'a	X – qovurg'a
7	l. paravertebralis	XI – Th o'tkir o'sig'i	XI – Th o'tkir o'sig'i

Izoh: giperstenik ko'krak qafasida o'pkalarni pastki chegarasi normasteniklarga nisbatan bir qovurg'a yuqori joylashadi, astenik tana tuzilishida esa bir qovurg'a pastda joylashadi.

Diagnostik ahamiyati. O'pkalar pastki chegarasini joylashgan o'rni faqat o'pka kasalliklarida emas, balki qorin bo'shlig'i organlari kasalliklarida ham o'zgaradi. Masalan: **o'pkalarni pastki chegarasini bir tomondan pastga tushishi** qachonki bir o'pka nafas aktiga ishtirok etmasa ikkinchi o'pka kattalashadi va vikar emfizema (kompensator) yuzaga keladi (eksudativ plevrit, gidrotoraks, pnevmotoraks), diafragmaning bir tomonlama paralichida kuzatiladi. **O'pkalarni pastki qirrasini yuqoriga** siljishi pnevmosklerozda, plevritda, pastki bo'lak bronxi to'liq berkilganda, jigar yoki taloq keskin kattalashgan (leykoz, astsit) da kuzatiladi.

Ikki tomonlama o'pkaning pastki chegarasi pastga siljishi bronxial astmada, o'pkaning surunkali emfizemasida, qorin mushaklari tonusi pasayishida, qorin a'zolari pastga tushishida (splanxnoptoz) kuzatiladi.

O'pkaning pastki chegarasini bir tomonlama yuqoriga siljishi - bir o'pkaning bujmayishida biriktiruvchi to'qima o'sganda, o'pka fibrozi, pnevmosklerozda, pastki bronxni yot moddalar va o'smalar bilan berkilib qolishi ya'ni o'pka atelektazida, plevra bo'shlig'ida havo yoki suyuqlik to'planishida, jigarning exinokokki, raki, sarkomasi tufayli kattalashishi natijasida, surunkali mieloleykoz tufayli taloqning kattalashishi tufayli yuzaga keladi. **O'pkaning pastki chegarasini ikki tomonlama** yuqoriga siljishi jigar tsirrozi, buyrak, yurak yetishmovchiligi tufayli qorinda suyuqlik yig'lganda yoki meda va 12

barmoqli ichak yarasi perforatsiyasi tufayli qorinda havo to'plansa yuzaga keladi, meteorizm da ham kuzatilishi mumkin.

O'pkaning cho'qqisi ya'ni Krenig maydoni old va orqa tomondan aniqlanadi. Old tomondan aniqlash uchun barmoq plessimetr o'mrov suyagi o'rtasiga parallel qo'yiladi va yuqori ichkariga qarab perkussiya qilinadi, bo'g'iq tovush eshitilgan cha (normada 3-4 sm). Orqa tomondan kurak o'simtasidan perkussiya qilib VII bo'yin umurtqasi o'simtasiga qarab boriladi toki bo'g'iq tovush eshitilganigacha va sm.li lenta bilan o'lchanadi. Krenig maydoni kengligi 3-6 sm. 14-15 suratga qarang.

O'pkaning harakatchanligini (ekskursiyasini) aniqlash. Bunda o'pkaning pastki chegarasi fiziologik nafas chiqarishda aniqlanib belgilanadi va bemorga chuqur nafas olish va ushlab turish buyuriladi va belgilangan nuqtadan perkussiya qilib pastga tushadi toki o'pka tovushi tugaguncha va belgilanadi (1-1,5 sm), keyin bemorga chuqur nafas chiqarish buyuriladi xuddi shunday nafas chiqarganda ham belgilanadi va smli lenta bilan pastki hamda yuqorigi belgi o'lchanadi.

O'pka ekskursiyasi normada

Topografik liniya	O'ng o'pka			Chap o'pka		
	Nafas olish da	Nafas chiqarish da	Yig'ind isi	Nafas olish da	Nafas chiqarish da	Yig'ind isi
Linea medioclavicularis	2-3	2-3	4-6	-	-	-
Linea axilaris	3-4	3-4	6-8	3-4	3-4	6-8
Linea skapularis	2-3	2-3	4-6	2-3	2-3	4-6

O'pka ekskursiyasining kamayishi yallig'lanishdan keying infiltratda, o'pkada qon dimlanishida (yurak chap bo'lmachasi, qorinchasi yetishmovchiligida, yurak astmasida), o'pka to'qimasi elastikligi pasayishi (emfizema) da, pleural bo'shlig'ida suyuqlik to'planishida, pleural varaqaning bitishib bir-biriga o'sib ketishida yuzaga keladi. Fiziologik holatlarda vertikal holatdan gorizontol holatga o'tganda o'pkaning pastki chegarasi ko'proq pastga siljiydi yoki chap tomongami, o'ng tomongami yotsa teskari tomon ko'proq pastga siljiydi.

O'pkaning qiyosiy perkussiyasi

Qiyosiy perkussiya o'pkaning biron bir bo'lagida patologik o'zgarishni aniqlash uchun, har ikkala o'pkaning simmetrik sohalarini taqqoslab ko'rib o'rganiladi va bir o'pkada aniqlanadigan bo'lsa o'pkaning yuqorisi hamda pastki sohalarida, to'sh oldi sohasi hamda o'pkaning tashqari qismlarida bajariladi (14-15 surat). O'pkaning yuqori qismi bilan pastki qismida bir xil perkutor tovush bo'lmaydi, to'sh oldi sohasi bilan o'pkaning tashqari qismida perkutor tovushlar har xil bo'ladi. Hosil bo'lgan perkutor tovushni ko'krak qafasining simmetrik sohalarida bo'lgan perkutor tovush bilan taqqoslanadi. Bunga nafaqat ko'krak qafasining simmetrik sohalarini taqqoslash, balki perkutor tovushning patologik o'zgarishi haqida ma'lumot to'planadi. Perkutor tovush orasidagi farqlarni aniqlashda dastlab tiniq o'pka tovushi, keyin esa o'zgargan perkutor tovush aniqlanadi. Shuning uchun avval ko'krak qafasining sog' qismida, keyin esa patologik o'zgargan qismi perkussiya qilinadi. Perkutor zarb qanchalik kuchli bo'lsa, uning tarqalishi shuncha kuchli bo'ladi, lekin hamma vaqt qiyosiy perkussiyada ko'krak qafasining qalinligini hisobga olib, perkutor zarblar shunga mos berilishi kerak. Perkutor zarblar ko'pi bilan 6-7 sm chuqurlikdan ichkariga tarqalmaydi. Perkutor zarb ta'siridagi tebranishlar o'pka parenximasining chuqur va yon sohalariga tarqaladi. Shuning uchun bu perkussiya usulida nafaqat barmoq plessimetr ostidagi tovush tebranishi, balki yon atroflardagi tovush tebranishlari ham aniqlanadi. Mazkur soha perkutor sferasi deb ataladi. Qiyosiy perkussiya quyidagi tartibda amalga oshiriladi: Old tomondan plessimetr barmoq o'mrov usti chuqurchasiga o'mrov suyagiga parallel qilib, zich qo'yiladi va o'rtacha kuchdagi perkutor zarb beriladi. Analogik tarzda chap o'mrov usti sohasida bajariladi.

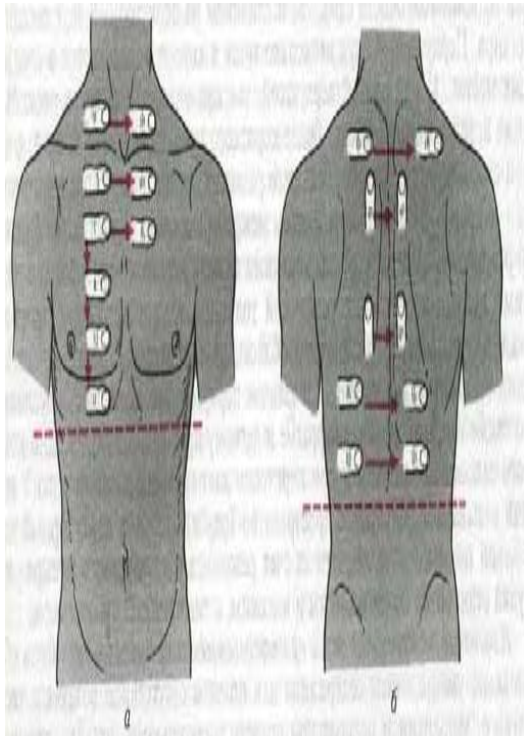
16 suratda qiyosiy perkussiya o'tkazish texnikasi aks ettirilgan;

a) Qiyosiy perkussiya o'tkazish old tomondan;

b) Qiyosiy perkussiya o'tkazish orqa tomondan;

O'mrov suyagi ustiga o'ng va chapdan perkutor zarba bevosita beriladi, (chunki o'mrov suyagi plessimetr vazifasini bajaradi).

O'mrov osti chuqurchasida o'ng va chapdan, III-qovurg'alar orasida o'ng va chap o'pka taqqoslab perkussiya qilinadi.



16 surat

beriladi, avval juda past kuchdagi perkussiyadan foydalanib, yuzaki o'choqlar aniqlanadi, keyin esa o'rtacha va yuqori zarbli perkussiyadan foydalanib, chuqur joylashgan o'choqlar aniqlanadi. Sog'lom kishilarda qiyosiy perkussiya o'pkaning simmetrik sohalarida bir xildagi tiniq o'pka tovushini beradi. Lekin tana tuzilishiga qarab, teri osti yog' qatlami taraqqiy etganligi darajasiga ko'ra o'pkaning simmetrik joylarida perkutor tovush bir xil bo'lmasligi ham mumkin. Qisqa va past perkutor tovush quyidagi sohalarda aniqlanadi (normada). 1. O'ng o'pka cho'qqisida, chunki chap o'pkaga nisbatan biroz past joylashgan va bronx kaltaligi uchun. 2. Chapdan II-III qovurg'a oralig'iga, chunki yurak jaylashgan. 3. O'pkaning yuqori bo'lagiga, pastki bo'lagiga nisbatan, chunki alveolalar ko'p va havo ko'p saqlaydi. 4. O'ng qo'ltiq ostida chapga nisbatan, jigar joylashganligi uchun. 5. Chap qo'ltiq ostida timpanik perkutor tovush eshitiladi, sababi diafragma va o'pkaga medianing havo shari yaqin joylashgan.

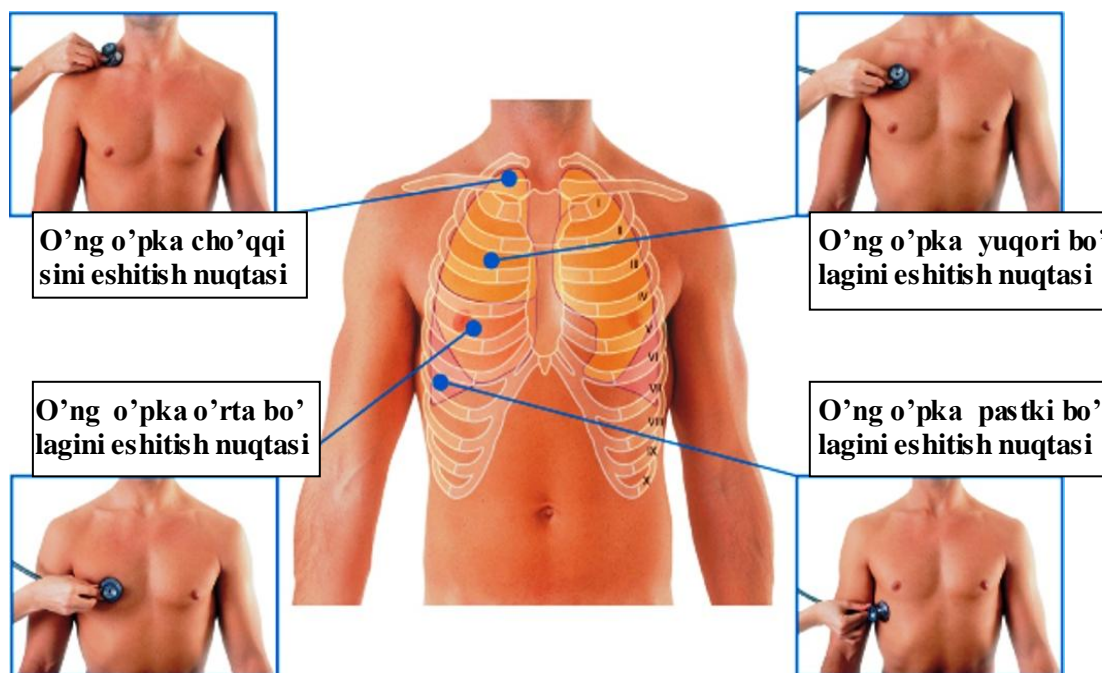
O'pka auskultatsiyasi

O'pkani auskultatsiyasi 2 usulda olib boriladi: bevosita (ko'krak qafasiga quloq qo'yib) va bilvosita (fonendoskop va stetoskop yordamida eshitish). Ikkinchi usul qulay bo'lib, doimo qo'llaniladi. Auskultatsiya usulini 1816 yilda kashf qilingan va fanga 1819 yilda

kiritilgan bo'lib, uni asoschisi fransuz klinitsisti Rene Laennek (1781-1826) hisoblanadi. Laennekgacha bo'lgan davrga qadar Gippokrat zamonida ham bevosita quloqlar yordamida eshitish usuli qo'llanilgan.

Nafas azolarida auskultatsiya o'tkazilganda asosiy va qo'shimcha nafas shovqinlarini eshitish mumkin. Asosiy nafas shovqinlariga alveolyar, bronxial, bronxovezikulyar nafas tiplari kiradi. Qo'shimcha nafas shovqinlariga xirillashlar, krepitatsiya, plevraning ishqalanish shovqini, plevraperikardial shovqinlar kiradi.

Eshitish tartibi. Bemor bel qismigacha yechinadi. Auskultatsiya bemorni o'tirgan, tik turgan yoki yotgan holatida o'tkaziladi. Auskultatsiya o'tkazadigan xona iliq va tinch bo'lishi kerak. Fonendoskop va tibbiy xodim qo'llari iliq bo'lishi kerak. Stetoskop yoki fonendoskop ko'krak qafasiga zich qo'yilishi kerak. Bemorni nafas xarakatlari bir tekisda va o'rtacha chuqurlikda bo'lishi kerak. Auskultatsiya ko'krak qafasini simmetrik sohalarida o'tkazilishi kerak. Yurak joylashgan sohada o'pkalar eshitilmaydi. O'pkani eshitishni old tomondan, o'pkaning cho'qqisidan, tovushlar ikkala tomondan taqqoslanadi, keyin fonendoskopni pastki qismga qo'yiladi. Keyinchalik qo'ltiq osti va kurak usti, osti, orasi sohaları qiyosiy auskultatsiya qilinadi (17 surat).

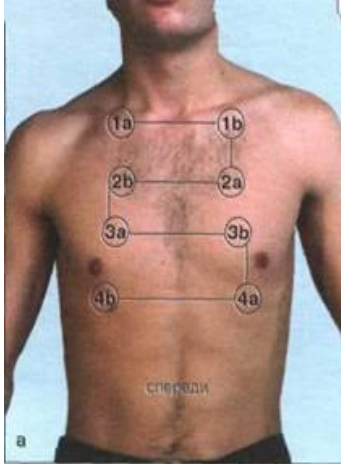


17 surat.

O'pkani old tomondan auskultatsiya qilish texnikasi

Ko'krak qafasini yon qismlarini eshitishda bemor qo'llarini boshning ensa qismiga qo'yadi. Ko'krakning orqa qismini eshitib ko'rishda bemor ozgina oldinga egilishi yoki qo'llarini ko'krak qafasiga qovushtirgan holatda qo'yadi. Dastlab burun bilan, keyin og'iz bilan nafas olish va chiqarish so'raladi.

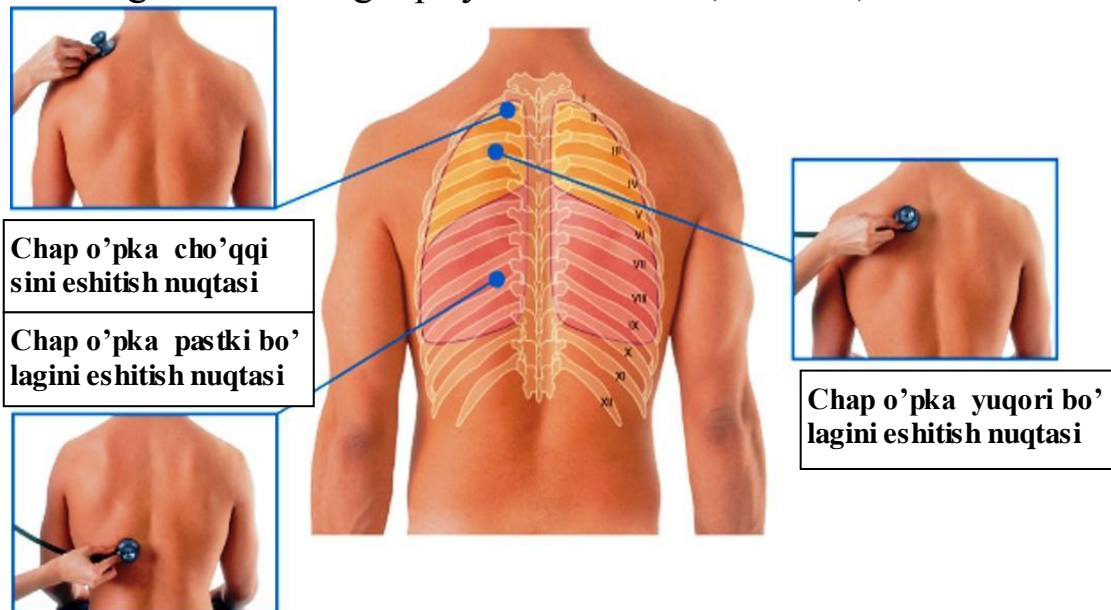
Har bir eshitish nuqtasida 2-3 nafas harakati eshitiladi (18-19 surat).



18-19 surat

18. Old tomondan eshitish tartibi; 19. Orqa tomondan eshitish tartibi;

Auskultatsiya qilganda ketma-ketliklarga rioya qilish lozim: ko'krak qafasining o'ng, chap qismidan boshlanib keyin old, yon, so'ngra orqa qismlari eshitiladi. Kuraklararo sohani eshitib ko'rishda, eshitish yuzasini oshirish uchun bemordan qo'llarini ko'krak qafasiga chatishtirib, ko'krak qafasini kengroq ushlab turish so'raladi. Qo'litiq osti sohalarini eshitib ko'rish uchun esa qo'llarni yuqoriga ko'tarib kaft qismi boshning ensa sohasiga qo'yish so'raladi (20-surat).



20- surat. O'pkani orqa tomondan auskultatsiya qilish texnikasi

Dastlab ko'krak qafasining o'ng va chap simmetrik sohalari eshitib ko'riladi (qiyosiy auskultatsiya). Normada 2 xil nafas shovqini tafovut qilinadi: vezikulyar, bronxial. Bu shovqinlarni tembriga jarangliligiga va davomiyligiga etibor beriladi.

O'pkadagi patologik jarayonlarni aniqlash uchun qiyosiy auskultatsiya usuli samaralidir.

Asosiy nafas shovqinlari

Alveolyar nafas shovqin. Bu nafas shovqini asosan o'pka parenximasi ustida, alveolalar yaxshi taraqqiy qilgan sohalarda eshitiladi. Asosan nafas olish va chiqarishni boshlang'ich 1/3 qismida eshitiladi. Shovqinning tembri yumshoqroq, davomli bo'lib, «F» harfi talaffuzini eslatadi.

Hosil bo'lish mexanizmi: nafas olish aktida alveolalar devorining va alveolalararo to'siqni taranglashishi (tebranishi) natijasida yuzaga keladi. Alveolalar ketma - ket taranglashib boradi. Natijada nafas olishning barcha fazasini egallovchi va doimiy kuchayib boruvchi davomli, yumshoq nafas shovqin yuzaga keladi. Nafas olishni to'liq va nafas chiqarishni boshlang'ich fazasida eshitiladi.

Normada alveolyar nafas ko'krak qafasining old qismi va qo'ltiq osti sohalarida yaxshi eshitiladi. O'pka cho'qqisi va qirralarida, yani alveolalar kam taraqqiy etganligi tufayli past eshitiladi. **Alveolyar nafas fiziologik va patologik holatlarda kuchayishi yoki susayishi mumkin:**-bu bir tomondan alveolalar devorining elastiklik xususiyatini buzilishi, ular devorini fibrozlanishi hamda ularning tebranishi va ular soni bilan bog'liq bo'lsa, ikkinchi tomondan ko'krak qafasini teri osti yog' qatlami va mushaklarini yaxshi rivojlanganligiga yoki yupqaligi bilan, uchinchidan alveolyar nafasning alveolalardan ko'krak qafasiga uzatilish holati bilan bog'liqdir. Bu holatlarda nafas susayishi, kuchayishi yoki eshitilmasligi mumkin.

Fiziologik susayishi - uyqu holatida, ko'krak qafasi teri osti yog' qatlami yaxshi rivojlanganda ko'krak qafasining barcha eshitish nuqtasida bir xilda susayadi.

Fiziologik kuchayishi - fizik zo'riqishda, emotsional holatlarda, teri osti yog' qatlami kam taraqqiy qilganda astenik kishilarda, simmetrik sohalarda bir xilda kuchayadi. Alveolyar nafasning fiziologik holatda kuchayishi va susayishi bir vaqtning o'zida ikkala o'pkada kuzatiladi.

Patologik kuchayishi-nafas olish va chiqarish fazalarida yoki faqat nafas chiqarish fazasida vujudga keladi. Nafas chiqarishni kuchayishi mayda kalibrli bronxlarni torayishi (bronxlar devori shishi yallig'lanish natijasida, bronxospazm) tufayli yuzaga keladi. Bu holatda nafas chiqarishi kuchli va davomli bo'ladi. Alveolyar nafasning nafas olish va nafas chiqarishda kuchayishi qattiq (dag'al) nafas deb yuritiladi. Bu turdagi nafas bronxlar devori shishi yallig'lanish natijasida, bronxospazmda, bronxidlarda vujudga keladi. Dag'al alveolyar nafas - nafas olish va ko'proq nafas chiqarish fazasini uzayganligi bilan xarakterlanadi, asosan o'tkir va surunkali bronxit, bronxial astmada eshitiladi. Kuchaygan alveolyar nafas o'pkadagi patologik o'choq yaqinida eshitilishi mumkin.

Alveolyar nafasning quyidagi turlari tafovut qilinadi: Bolalarda alveolyar nafas kuchaygan bo'ladi. Chunki ularda ko'krak qafasi yupqa va alveolalar devorining elastikligi va tebranish qobiliyati yuqori. Bunday nafas pueriya nafas deyiladi va fiziologik hisoblanadi.

Sakkadirlangan nafas – nafas olish fazasi uzuq-uzuq. Bu turdagi nafas shovqini qovurg'alar shikastlanganda, nafas muskullari yallig'langanda, sovuq xonada auskultatsiya qilinganda kuzatiladi. Nafas olishda ishtirok etuvcha mushaklarni innervatsiya qiluvchi nervlar falajida yuzaga keladi.

Patologik holatda susayishi-bronxial astmada, o'pka emfizemasida, atelektazida, krupoz pnevmoniyaning boshlang'ich bosqichida, bunda alveolalar devori qalinlashadi, o'pkaning surunkali obstruktiv kasalliklari emfizematoz tipida, bronxlar obstruktsiyasida, ko'krak qafasi mushaklari mioziti, nervlari nevrалgiyasi, qovurg'alar sinishida kuzatiladi. Shuningdek alveolyar nafasning hosil bo'lish joyidan ko'krak qafasiga uzatilishi buzilishida-plevra varaqalari qalinlashsa, plevra bo'shlig'ida havo yoki suyuqlik yug'ilishida kuzatiladi. Alveolyar nafasning susayishi plevra varaqalarining bitishida kuzatiladi, katta bronxlar bo'shlig'i to'liq berkilganda (obturatsiyali atelektaz) da ham shu sohalarda alveolyar nafas susayadi. Susaygan alveolyar nafas-nafas olish va chiqarish fazalari qisqarishi bilan xarakterlanadi.

Bronxial nafas. Bronxial nafas hiqildoq, traxeya va yirik bronxlar ustida traxeya bifurkatsiyasi sohasida (to'sh suyagi dastasi ustida), orqa tomondan esa VII bo'yin umurtqasi ustida, kuraklar oralig'ida III-IV ko'krak umurtqalari sohasida eshitiladi. Ko'krak qafasining boshqa

sohalarida sog'lom odamda bronxial nafas eshitilmaydi, chunki alveolyar to'qima joylashgan.

Bunday holda vujudga kelgan tovush to'lqinlari butun bronx devori bo'ylab tarqaladi va "X" tovushini eslatadi. Bronxial nafas, nafas aktining har ikkala fazasida ham eshilib, chiqarishda yaxshiroq eshitiladi.

Mexanizmi. Nafas olganda, ko'proq nafas chiqarganda ovoz bog'lami tirqishi torayishi natijasida, undan havo oqimi aylanma (girdobsimon) harakat qilib o'tishi sabab bronxial nafas shovqini yuzaga keladi. Bu shovqin bronxial nafas shovqini yoki laringotraxeal nafas deb ataladi.

Patologik holatda bronxial nafas shovqini normada eshitilmaydigan sohalarida, yani o'pka to'qimasi ustida eshitiladi. Odatda bunday nafas shovqini o'pka to'qimasini zichlashuvida, alveolalar yallig'lanish eksudati yoki qon bilan to'lishganda, kompression atelektazda eshitiladi. Bu holatda toraygan bronxiolalardan havo tez alveolalarga o'tib ular devorini tez tebratadi va kuchaygan bronxial nafas eshitiladi. Bronxial nafasning patologik turlari o'pka abtsesida, o'pkada kaverna (bo'shliq) bo'lsa eshitiladi, chunki bularning atrofida yallig'lanishdan keyingi infiltrat ya'ni qattiqlashish kuzatiladi va bo'shliqlar yirik bronxlarga ochilgan bo'ladi. **Bronxial nafasning quyidagi patologik turlari tafovut qilinadi:**

1. **Amforik nafas** - amfora grekcha «ko'zacha» ma'nosini bildirib, nafas shovqini go'yoki kolbaga puflagandagidek tovushni eslatadi. Bu nafas shovqini o'pkada silliq devorli bo'shliq hosil bo'lganda, bu bo'shliqni diametri 6-8 sm atrofida bo'lib, u bronx bilan tutashgan holatlarda eshitiladi (o'pka sili, o'pka abtsessi).

2. **Metallik nafas** - kuchaygan bronxial nafas shovqini bo'lib, metallga urganda paydo bo'ladigan tovushga o'xshaydi. Metallik nafas baland tovush va past kuchlanishligi bilan farqlanadi. Bunday nafas shoviqini ochiq pnevmotoraksda uchraydi.

3. **Stenotik nafas** - bu nafas shovqini kuchaygan distantsiyali shovqinli nafas bo'lib, asosan yuqori nafas yo'llariga yot jism tushganda eshitiladi.

4. **Aralash yoki bronxovezikulyar nafas** - bunda nafas shovqini nafas olish fazasida vezikulyar nafasni, nafas chiqarishda esa bronxial nafasni eslatadi. Asosan krupoz pnevmoniyani oxirgi bosqichida, pnevmoskleroz, o'choqli pnevmoniya, infiltrativ o'pka silida eshitiladi.

Qo'shimcha nafas shovqinlari

Qo'shimcha nafas shovqinlari asosiy nafas shovqinlari bilan birgalikda nafas yo'llari yoki o'pka to'qimasi, parietal va vitseral plevra, perikardda patologik o'zgarishlar yuzaga kelganda eshitiladi. Qo'shimcha nafas shovqinlariga kiradi: Xirillashlar, krepitatsiya, plevraning ishqalanish va plevra perikardial shovqini.

Xirillashlar (ronchi) - quruq va nam bo'ladi. Xirillashlar traxeya va bronxlar yallig'lanishi yoki o'pkada bo'shliq hosil bo'lishi natijasida yuzaga keladi. Xirillashlar 2 xil bo'lib, quruq va nam bo'ladi.

Quruq xirillashlarni 3 xil turi tafovut qilinadi va bronxlar torayishi natijasida yuzaga kelib, hamma bronxlar torayishi-bronxial astmada, notekis torayishi- bronxidlarda va o'choqli torayishi - tuberkulyozda, bronxlar o'smasi natijasida eshitiladi. Bular quyidagi sabablar tufayli vujudga keladi;

-Bronxlar silliq mushaklari torayishi natijasida, ichki hajmini kichrayishi;

-Yallig'lanish natijasida bronxlar shilliq qavatini shishi tufayli;

-Bronxlarda shilliq balg'amni to'planishi va ularni bronxlarda harakati natijasida;

-Bronxlar devorida fibroz to'qima o'sishi tufayli vujudga keladi. Bronxlardan nafas olib chiqarish aktida havo o'tganda balg'am uyon buyonga harakatlanib bronxning teskari devoriga ipsimon yopishadi.

Quruq xirillashlar baland (diskant-ronchi sibilants) yoki hushtaksimon, past (basovie-ronxi sonoris), g'o'ng'irlovchi xirillashlarga bo'linadi. Past chastotali quruq xirillashlar - katta kalibrdagi bronxlar ustida eshitiladi (proksimal bronxlarda).

Go'ng'irlovchi quruq xirillashlar - o'rta kalibrdagi bronxiolalar ustida eshitiladi. Hushtaksimon, chiyillovchi (distantiyali) quruq xirillashlar - mayda kalibrli bronxiolalar ustida eshitiladi (distal bronxiolalar), asosan bronxial astma bilan kasallangan bemorlarda eshitiladi.

Quruq xirillashlar asosan nafas aktini har ikkala fazasida ham eshitiladi, yo'talgandan keyin eshitilish joyi o'zgaradi, doimiy emas (o'tkir va surunkali bronxit, bronxial astma). Quruq xirillashlar yo'talganda pasayishi yoki kuchayishi mumkin. Nam xirillashlar asosan bronx va bronxiolalarda suyuq bronxial sekretni to'planishi natijasida yuzaga keladi. Bronxlar kalibriga ko'ra quyidagi turlari tafovut qilinadi:

Yirik kalibrli - yirik pufakchali-yirik bronxlar va o'pka bo'shliqlarida, katta bronxoektaz, abtsess, kavernalarda kuzatiladi. O'rta kalibrli - o'rta pufakchali- o'rta bronxlarda. Mayda kalibrli - mayda pufakchali-mayda bronxlar zararlanganda eshitiladi. **Eshitilish joyiga ko'ra** bo'shliq hosil bo'lganda, bronxoektazda chegaralangan sohada va surunkali bronxitda tarqoq ko'rinishda eshitiladi. Nam xirillashlarni jarangliligiga ko'ra jarangli va jarangsiz turlari farqlanadi: jarangli nam xirillashlar o'pkada yallig'lanish jarayonlari kechganda malum chegaralangan sohada ya'ni o'pkani pastki qismida eshitiladi. Garchi bunday xirillashlar o'mrov osti va kurak osti sohalarida eshitilsa tuberkulyozli infiltratlar yoki kavernalardan dalolat beradi. Jarangsiz nam xirillashlar esa o'pkada dimlanish jarayonlari kechganda, asosan o'pkani pastki qismlarida, har ikkala tomonda, asosan bronxidlarda, yurakning chap qismi yetishmovchiligida eshitiladi. Nam xirillashlar ham quruq xirillashlar singari nafas aktining ikkala fazasida ham eshitiladi. **O'pkada bo'shliq sindromi bo'lsa va bu bo'shliqda suyuqlik hamda havo bo'lsa, bemor vaziyatini o'zgartirsa vertikal holatdan gorizontol holatga yoki teskari holatga o'tsa tomchi tomish shovqini (gutta kadens) eshitiladi.**

Krepitatsiya alveolalarda ularning elastiklik xususiyati o'zgarishi tufayli hasil bo'lib, nafas olish aktida eshitiladi. Alveolalar devorlari nafas chiqarganda bir-biriga yopishadi va nafas olganda shtirlab ochiladi, bu shovqin krepitatsiya hisoblanadi. Krepitatsiya asosan alveolalarda kam miqdorda suyuqlik bo'lganda ya'ni o'pkaning yallig'lanishlarida eshitilib, krupozli pnevmoniyaning I-III bosqichida va infiltratli o'pka silida, o'pka infarktida, yurakning chap qismi yetishmovchiligida, o'pkada dimlanish sodir bo'lganda asosan o'pkaning pastki qismlarida eshitiladi. Alveolalarda ko'p suyuqlik to'planganda krepitatsiya eshitilmaydi. Krepitatsiya alveolalar elastiklik xususiyatini pasayishi hisobiga paydo boladi. Keksa odamlarda chuqur nafas olganda ham eshitish mumkin, agar ular gorizontol holatdan vertikal holatni egallasa va shu vaqtda auskultatsiya qilinsa va compression atelektazda eshitiladi. Krepitatsiya mayin bo'lishi mumkin (yuqori tonli tovush) yoki dag'al (balandroq tovush) dek eshitiladi. Krepitatsiya eshitilish xususiyati bo'yicha mayda pufakchali nam xirillashlardek eshitiladi.

Plevraning ishqalanish shovqini uning yallig'lanishi jarayonida yuzasiga fibrin iplarining to'planishi hamda elastiklik xususiyati buzilishi, plevral varaqaning qurishi yoki unda fibroz to'qima hosil

bo'lishi natijasida hosil bo'ladi. Plevraning ishqalanish shovqini nafas olish va chiqarish fazasida eshitiladi. O'pka maksimal harakat qiladigan sohalarda yaxshiroq eshitiladi. Shuning uchun bu shovqin o'pkaning pastki chekka qismlariga eshitiladi. Agarda yallig'lanish sohasi yurak sohasiga to'g'ri kelsa va perikard ham yallig'langan bo'lsa, u holda bu plevroperikardial shovqin hisoblanadi. Bu tovush yurakning diastolasi vaqtida yaxshiroq eshitiladi.

Plevraning ishqalanish shovqinini xrillashlar va krepitatsiyadan farqi.

/r	Belgilari	Plevraning ishqalanish shovqini	Krepitatsiya	Xrillashlar
1	Yo'tal bilan bog'liqligi	O'zgarmaydi	O'zgarmaydi	O'zgaradi
2	Stetoskop yoki fonendoskopni ko'krak qafasiga kuchliroq bosilsa	Kuchayadi	O'zgarmaydi	O'zgararmaydi
3	Nafas akti bilan bog'liqligi, eshitilishi	Nafas olish va chiqarish fazasida	Krepitatsiya nafas olish fazasida	Nafas olish va chiqarish fazasida
4	Og'iz va burun yopiq holda qorinni ichkariga tortib chiqarsa diafragma hamda plevra harakatlanishi natijasida	Plevraning ishqalanish shovqini eshitish mumkin	Eshitilmaydi	Eshitilmaydi

Gippokratning chayqalish shovqini (succussio Hippokratis)-bu shovqin bir vaqtning o'zida plevra varaqasi orasida suyuqlik va havo to'planishi natijasida eshitiladi. Buning uchun bemorning ko'krak qafasiga quloq qo'yiladi va bemor chayqaladi, shu vaqtda shovqin eshitiladi.

Nafas a'zolari xastaligiga chalingan bemorlarni funksional-instrumental tekshirish usullari

Nafas azolari kasalliklarini aniqlash uchun bir necha probalardan foydalanish mumkin;

Shtange probasi- bu probada bemorlar chuqur nafas olib, 40 sekund davomida nafasni ushlab turadilar.

Gencha probasi- bu probada bemorlar nafas chiqargandan so'ng, 30 sekund davomida nafasni ushlab turadilar.

Bronxofoniya auskultatsiya usuli yordamida tovushni hiqildoqdan, ovoz yorig'i va ovoz bog'lamlari orqali traxeya, bronx va ko'krak qafasida yuqori alveolalar qatlamidan o'tkazish bronxofoniya usuli yordamida aniqlanadi. Bronxofoniya palpatsiya usuli yordamida aniqlanadigan ovoz dirillashini auskultativ ekvivalenti bo'lib hisoblanadi. Buning uchun tekshiriluvchi past tovushda tarkibida "Ch" yoki "Sh" harflari bo'lgan so'zlarni talaffuz qiladi (masalan, chirchiq, shashka, chashka). Sog'lom odamda bunday paytda past tovushda «ko'krak gapirishi» kuzatiladi. Normada bronxofoniya ko'krak qafasini simmetrik sohalarida bir xilda eshitiladi. Patologiyada bronxofoniya bir tomondan yoki har ikkala tomondan kuchayishi yoki susayishi mumkin. Bronxofoniyani kuchayishi o'pka to'qimasi zichlashganda, o'pka atelektazida, o'pka infarktida kuzatiladi, susayishi esa diffuz emfizemada (har ikkala tomondan), eksudativ plevritda (patologik tomondan) eshitiladi.

Rentgenologik tekshirish. Rentgenologik tekshirish rentgenoskopiya (ob'yekt tasvirini ekranda hosil qilish) va rentgenografiya (tekshirilayotgan ob'yekt tasvirini yorug'lik sezadigan materialga tushirib, rasmini olish) ni o'z ichiga oladi. Nemis olimi Vilgelm Konrad Rentgen tomonidan 1896 yilda kashf etilgan shu nurlarning uchta xossasi mavjud: ular ko'zga ko'rinmaydigan nurlar mutlaqo o'ta olmaydigan jismlar orqali o'tib ketadi va ularga qisman yutilib qoladi; ba'zi moddalarning porlashiga (shu'la sochishi, flyuorestsentsiyaga) sabab bo'ladi; fotografik plyonka va plastinkalaridagi kumush bromidini parchalaydi. Bu nurlarning shu xossalari rentgenoskopiya bilan rentgenografiyaga asos bo'ladi. Tananing nurga solib ko'rilishi kerak bo'lgan qismlari nur manbai bilan ekran orasida turishi kerak. Ekran shu'lalanuvchi (flyuorestsentsiyalanadigan) modda bilan qoplangan kartondir.

Odam organizmidagi turli organlar va sistemalarni rentgenologik yo'l bilan tekshirish rentgen nurlarining har xil zichlikdagi muhitlar orqali har xil darajada o'tish xossasiga asoslangan. Qanday bo'lmasin biror organning zichligi nechog'li yuqori bo'lsa, rengenoskopiya mahalida ekranga tushadigan yoki rentgenografiya mahalida rentgenogrammaga tushadigan soyasi shuncha quyuqroq bo'ladi.

Odamning to'qima va organlari har xil zichlikda bo'lib, rentgen nurlarini har xil darajada yutadi. Zich jismlar, tanalar hammadan ko'ra katta, ko'p nur yutadi, yumshoq to'qima va havo hammadan kam zichlikka ega, kam nur yutadi. Shu munosabat bilan suyaklar nurga solinganda ekranga ancha qora bo'lib tushsa, tomirlar dastasi, jigar quyuq soya beradi.

Havo rentgen nurlarini juda kam yutadi. Shuning uchun ichida havo bo'ladigan organlar nurga solinganida yorug' joylar hosil bo'ladi. Ularning nechog'li yorug' bo'lishi havo miqdoriga bog'liqdir. Suyuqlik ham rentgen nurlarini ko'p yutadi: suyuqlikdan tushadigan soya quyuqligi uning miqdoriga to'g'ri proporsionaldir.

Kontrastlash usullari rentgenokonstrast moddaning qay tariqa yuborilishiga qarab 3 guruhga bo'linadi:

1) rentgenokonstrast modda odam tanasining tabiiy yo'llari (teshiklari) dan yuboriladi;

2) rentgenokonstrast modda qon oqimiga yuboriladi;

3) rentgenokonstrast modda to'g'ridan to'g'ri to'qimalarga, a'zolariga va tutash bo'shliqlarga yuboriladi. Kontrastlash usuli hazm a'zolarini (qizilo'ngach, meda, ingichka va yo'g'on ichakni) tekshirish uchun qo'llaniladi, buning uchun bariy sulfatning suvdagi emulsiyasidan foydalaniladi, bemorga shu emulsiya ichiriladi yoki klizma qilib yuboriladi. Traxeya bilan bronxlar (bronxografiya), qovuq, (tsistografiya), ko'ks oralig'i (mediastinografiya), burun bo'shliqlari (rinografiya), burun oldi bo'shliqlari ham shu usul bilan tekshiriladi.

Organizmdagi ko'pgina qo'shni a'zolar bir xil zichlikka ega bo'ladi. Odatdagi rentgenoskopiya bularning soyalari bir-biriga qo'shilib ketadi, bu tekshirishning foydasini kamaytirib yuboradi. Lekin shunday hollarda ham tekshirilayotgan a'zoga rentgenokonstrast modda yuborish yo'li bilan shu a'zo va atrofidagi a'zolar hamda to'qimalar o'rtasida rentgen ekрани yoki rentgenogrammada keskin tafovutni aniqlash mumkin. Ichi bo'sh, kovak bo'ladigan a'zolariga - meda, ichak, qorin

bo'shlig'iga bazan havo yuboriladi, bu - havoli a'zo bilan qo'shni a'zolar o'rtasida kontrast hosil qilishga imkon beradi.

Rentgenogrammada zich to'qimalar yorug', yumshoq to'qimalar bilan havo esa qora bo'lib ko'rinadi. Rentgenogramma arzimas patologik o'zgarishlarning ancha batafsil tasvirini olish zarur bo'lganda qilinadi. Bunday o'zgarishlar nurga solib ko'rish vaqtida shifokor nazaridan chetda qolishi, lekin rentgenogrammada aks etadigan bo'lishi mumkin. Turli vaqtlarda olingan rentgenogrammalar jarayonning dinamikasini o'rganishga imkon beradi.

Flyurografiya qisqa muddatda ommaviy rentgenologik tekshirish olib borishga imkon beradi. Flyurografiya uskunasi yordamida olingan tasvir flyurografiya deb ataladi. O'pkada zimdan o'tayotgan sil jarayonini aniqlash uchun flyurografiya keng qo'llaniladi. Flyurografiya mohiyat e'tibori bilan shundan iboratki, o'pkaning ekrandagi rentgen tasviri «FED» apparati bilan rasmga olinadi, keyin esa bu rasm flyuroskopga qo'yilib, tekshirib o'rganiladi. Bir soat mobaynida 100 dona atrofida suratga olish mumkin bo'lai. O'pkaning sil bilan kasallangani topilganida «aniqlashtirib beradigan» rentgenogrammalar olinadi.

Harakat qilib turadigan a'zolar - yurak, me'da, yirik tomirlar, qovurg'alar, diafragma funksiyasi so'ngi yillarda rentgenokimografiya yordamida o'rganilmoqda.

Bemorlarni bronxografiyaga tayyorlash. Bronxografiya-traxeya va bronxlarning ichki yuzasini kontrast modda yuborib, rentgenologik tekshirish usulidir. Bronxografiyaga ko'rsatmalar: turli bronx va o'pka kasalliklarida patologik jarayonning joylashuvini aniqlash, bronxoskopiyada ko'rishning imkoniyati bo'lmagan bronxlar yuzasini tekshirish, o'pkada o'tkaziladigan jarrohlik muolajasi hajmini aniqlash va boshqalar. Nafas a'zolarini rentgenologik yo'l bilan tekshirish **bronxografiya** yordamida olib boriladi. Bronxografiya bronxial daraxtni uning yo'liga rentgenokontrast modda yuborilganidan keyin tekshirishdir. Bronxografiya usulini qo'llash texnikasi: Halqum anesteziya qilinganidan keyin tekshirilayotgan bronxga kateter orqali rentgenokontrast modda-yodolipol yuboriladi, keyin esa o'pka surati olinadi. Bronxografiya bronxoektazlar, bronx, traxeya, o'pkada o'sma bor yoki yo'qligini aniqlab beradi. Bronxoektazlarda rentgenokontrast modda bo'shliqni to'ldirib, suratda bronxlarning tasvirini ko'rsatib beradi. Bronx yo'lini berkitib turgan o'sma bo'lsa, bronx tasviri to'liq

bo'lib chiqmaydi. Bronxografiyada yuborilgan rentgenokonstrast modda 1-2 kundan keyin so'rilib ketadi, balg'am bilan tashqariga chiqarib yuboriladi.

Tomografiya. Tomografiyada rentgenogrammada butun ob'yektning tasviri hosil bo'lmay, balki ma'lum bir qavat, shunda ham shifokorni qiziqtirayotgan chuqurlikdagi qavatning tasviri hosil bo'ladi. Tomografiya, rentgenografiyadan ancha farq qiladi. Rentgen trubkasi bilan ob'yekt o'rtasidagi masofani o'zgartirib va har xil sathlardan bir nechta rentgenogramma olib, ketma-ket tushirilgan bir qancha tasvirlar hosil qilish mumkinki, bularda ob'yekt uzunasiga yoki ko'ndalangiga qarab go'yo ayrim bo'laklarga kesib qo'yilgandek bo'lib chiqadi. Tomografiya uchun hozir bir yo'la 4-5 ta plyonka joylashgan kassetalar qo'llaniladi, bu bir nechta qavatlar tasvirini bir yo'la tushirib olishga imkon beradi. Tomografiya asosan o'pkani tekshirishda qo'llaniladi. Interstitsial fibroz o'zgarishlar tagida yoki plevrada katta-katta tuzilmalar orqasida yashirinib turgan o'pka raki, ko'ks oralig'i o'smasi, kaverna, abtsess, sil, silikoz, bronxoektazlar uning yordamida aniqlanadi. Tomografiya ko'zga ko'rinmaydigan bo'shliqlar topografiyasini aniq bilib olishga imkon yaratadi. Uning yordamida kasallangan joylarga emas, balki ularning qanday chuqurlikda joylashgani ham aniqlanadi.

Pikfloumetrik tekshirish usuli bu metod 1 cekunnda nafas chiqarish maksimal tezligini aniqlashdan iborat. Maksimal nafas chiqarish tezligi 460 ga teng. Bu 95% ni tashkil qiladi. Meyorda bu ko'rsatkich 80-100% kerakli hajmdan tashkil qiladi. Patsiyentlarda 80-100% bo'lsa yashil; 50-79% sariq va 50% dan kam bo'lsa qizil signal deb qarash mumkin bo'ladi. Bemorlarga sutkalik monitoring o'tkaziladi va quyidagi formula orqali aniqlanadi. Ertalabki va kechqurungi monitoringni eng kattasi olinadi.

Variabellik = $\frac{PSV_{kech} - PSV_{ert}}{\frac{1}{2}(PSV_{kech} + PSV_{ert})} \times 100\%$ yoki

$$\frac{540 - 470}{\frac{1}{2}(540 + 470)} \times 100\% = \frac{70}{505} \times 100\% = 14\%$$

Variabellikni 20% dan ko'payishi bronxlar giperreaktivligini bildiradi va bu bronxial astmadan dalolat beradi. Bazanda provakatsion probalar (qo'zg'atuvchi) o'tkaziladi. Bu nafas chiqarish maksimal tezligi boshlanishida meyorda bo'lganlarda o'tkaziladi. Bu bemorlarda tashxisni tasdiqlash uchun va albatta bemorning roziligi bilan

o'tkaziladi. Qator provakatsion probalar mavjud (atsetilxolin, gistamin, metaxolin, bradikinin, sovuq tasirida proba, jismoniy zo'riqishdan keyingi, noselektiv β blokatorlar bilan).

$$\text{Provakatsion test (PT)} = \frac{\text{PSV}_1 - \text{PSV}_2}{\text{PSV}_2} \times 100$$

Ko'rsatkichlarni 15% dan ko'p yomonlashuvi bronxlar giperreaktivligidan dalolat beradi. Misol: 1) $\text{PSV}_1 = 460$; 2) 95%;
3) $\text{PSV}_2 = 380$; $\frac{460 - 380}{380} \times 100 = 21\%$

Zo'riqishdan (nagruzka) so'ng. 20 minut dam oladi va so'ng yana pikfloumetriya o'tkaziladi. β blokatorlar bilan proba (anaprillin, obzidan) 40 mg per os beriladi va 1 soat o'tgandan so'ng pikfloumetriya qilinadi. Bronxodilatatsion test probasi bronxial astma va o'pkaning surunkali obstruktiv kasalligi (O'SOK) ni diferentsial diagnostikasi uchun ishlatiladi va quyidagicha bajariladi, 4 doza salbutamol (400 mg) berilgandan so'ng bajariladi.

1) $\text{PSV}_1 = 260$; 2) 55%; 3) $\text{PSV}_2 = 380$; $\frac{380 - 260}{260} \times 100 = 46\%$;

Bu ko'rsatkich 15% dan katta bo'lsa, musbat hisoblanib bronxial astma bo'ladi, garchi 15% dan kichik bo'lsa manfiy bo'lib, O'SOK dir. Qaytar jarayon bo'lsa bronxial astma hisoblanadi. $\frac{\text{PSV}_2 - \text{PSV}_1}{\text{PSV}_1} \times 100$

Pikfloumetriya o'tkazishga qarshi ko'rsatma; miokard infarkti, gipertonik kriz, ruhiy kasalliklar, homilador ayollarga o'tkazish man etiladi.

Bronxoskopiya. Bronx yo'llarini endoskopik tekshiruv usullariga kirib, bronxoskop bilan bronxlarni shilliq qavatlarini tekshirish va kerak bo'lsa biopsiya olish usulidir.

Endoskopning imkoniyati-3-5 mm diametrga ega bo'lgan bronxlarni tekshirish mumkin.

Bemorni tayorlashda quyidagilarga amal qilinadi:

1. Bemor organizmining tarkibida yod tutgan vositalarga javob reaksiyasini aniqlash uchun oldindan sinama qo'yiladi (bemorga 2-3 kun davomida 1 osh qoshiqdan kaliy yodidning 3% li eritmasidan beriladi).

2. Bemorga tekshiruvning maqsadi va mohiyatini tushuntiriladi.

3. Yiringli balg'am bo'lganda bronxlarni 3-4 kun tekshiruvdan oldin tozalanadi.

4. Tekshiruvdan 30-60 daqiqa oldin teri ostiga fenobarbital (0,1 g), atropin sulfat (0,1 %-1ml), pipolfen (0,025 g) yuborish buyuriladi.

Kerakli anjomlar: Bronxoskop, steril stol, spirt, salfetka, sovun, in'eksion ignalar, kateter, paxta ushlagich, qisqichlap, 0,1% li trimekain, dikain, 1-2% li novokain. Tekshirishning maqsadiga qarab narkoz yoki mahalliy og'riqsizlantirishdan foydalaniladi. Mahalliy og'riqsizlantirishga 2% li dikain, 3-5% li novokain eritmalaridan foydalaniladi.

Bronxlarni kontrast modda bilan to'ldirish maqsadida egiluvchan zondlardan, boshqariladigan kateterlardan foydalaniladi va bronxografiya o'tkaziladi.

Balg'am va plevra suyuqligini tekshirish

Balg'am shilliqli nafas yo'llari sekretidan iborat bo'lib, patologik ajralmadir, biroq unda ko'pincha o'pka to'qimasi va o'smaning parchalanish mahsulotlari, qon va uning shakliy elementlari, mikroorganizmlar, alveolyar makrofaglar, Sharko-Leyden kristallari, Kurshman spirallari va h. k.) ham bo'ladi. Shuning uchun ham balg'amni tekshish bizda diagnostikada yordam beradi. Balg'amni olishdan maqsad, mikroorganizmlar turini, mikroorganizmlarni antibakterial dori moddalariga sezuvchanligini aniqlash, uning miqdori, konsistentsiyasi, rangi, hidi va b.q.larni aniqlashdir. Balg'am ertalab ovqatlanishdan oldin og'iz bo'shlig'ini tozalab keyin olinadi. DOTS programmasiga binoan sil kasalligini erta aniqlash maqsadida uzoq muddat (2-3 oy) yo'talib yurgan shaxslardan 3



marta analiz uchun balg'am olinadi. 1-qabulga kelganda, 2-kechqurun va 3-ertalab qabulga kelishdan oldin va quyidagi maxsus konteynerlarda yig'ilib tekshirishga yuboriladi 21surat.

Buning uchun steril SARSTEDT konteyneri kerak bo'ladi, buni shifokordan yoki dorixonalardan olish mumkin. Balg'amni yig'ishdan oldin og'iz chayilib, tishlar va qo'llar yaxshilab yuviladi. Yo'talgandan so'ng og'izda yig'ilgan balg'am idishga tuflanadi. Yo'talni provakatsiya qilish

21-surat. uchun necha marta bir chuqur nafas olib chiqariladi, SARSTEDT konteyneri shundan so'ng kuchli yo'talib balg'am

konteynerga tuflanib, konteyner og'zi yaxshilab yopiladi va laboratoriyaga tekshirishga yuboriladi.

Balg'amning umumiy xususiyati. Balg'amning konsistensiyasi, rangi, ajralish miqdori va vaqti, hidi ahamiyatli. Miqdori bir necha millilitrdan litrgacha bo'lishi mumkin. Xarakteriga ko'ra; 1) shilliqli, 2) yiringli, 3) serozli, 4) qonli, 5) aralash xillarga bo'linadi. 1) Shilliqli balg'am rangsiz, yopishqoq bo'ladi. Yiringli balg'am yashil tusli, sassiq hidli, qonli, suyuq, bazida ancha quyuq bo'ladi. O'pkada yiringli joylar bo'lganda va yiring plevrani yorib chiqqanda uchraydi. Serozli balg'am suyuq, ko'pikli bo'ladi, bu o'pkada dimlanish va shish paydo bo'lganda uchraydi. Qonli balg'am ko'p yoki oz miqdordagi o'zgarmagan qon yoki rangi o'zgargan qon ko'rinishga ega bo'ladi. O'zgargan qon saqllovchi shilliqli balg'am zangsimondir. Qonli balg'amning mavjudligi o'pkada destruktiv, yani o'pka to'qimasini zararlovchi, parchalovchi jarayon borligini yoki o'pka kapilyarlarida dimlanish borligini ko'rsatadi. Balg'am xarakteriga ko'ra aralash turi ham bor: sariq tusdagi shilliqli-yiringli balg'am; serozli yiringli balg'am, bu xil balg'am malum vaqt turgandan so'ng uch qavatga bo'linadi: ustidagisi-shilliq aralash balg'am, o'rtadagisi - suyuq, serozli balg'am, pastdagisi - yiringli balg'am; pastki qavat xira massa sifatida ko'rinadi. Balg'am tarkibida Sharko-Leyden kristallari, Kurshman spirallari ko'rish mumkin; 4) exinokokk pufakchalari; 5) aktinomikoz donachalariga; 6) balg'am bilan ajralgan yot narsalarni ham uchratish mumkin.

Mikroskopik tekshirish. Normada mikroskopiyada leykotsit, eritrotsitlar, yassi epitelial xujayralari va shilliq iplari ko'rinadi. Odatda ko'p topilgan balg'amda uchlari o'tkir Sharko-Leyden kristallari-yaltiroq oktaedrlar ham uchraydi. Hozirgi tushunchaga ko'ra ular eozinofillar parchalanganda ajralib chiqadigan oqsil mahsulotlaridan paydo bo'ladi.

Balg'am mikroskopiya qilinganda muhim ahamiyatga ega bo'lgan quyidagi gram musbat mikroblarni ko'rish mumkin: pnevmokoklar yoki diplokoklar: odatda ularning atrofida yaltiroq qobig'i bo'ladi. Kox tayoqchalarini ham ko'rish mumkin.

Eksudat bu yallig'lanish suyuqligidir, xususiyatlari turlicha. Eksudat tiniq, oqish-sariq yoki sarg'ish-yashil rangda bo'lib, qon zardobiga juda yaqindir. Serroz-fibrinli pleuritda plevra bo'shlig'idan chiqarilgan eksudat qisman ivib, bazan batamom jelatinaga o'xshaydi.

Serroz-yiringli eksudat suyuqligi tiniq emas, oqish-sariq yoki kul rang tusda bo'ladi. Yiringli eksudat suyuq, notiniq yashil rang (sepsis) da sassiq hidli bo'ladi. Gemorragik pleurit suyuqligi qo'ng'ir-qizil bo'ladi. Sut rangida bo'ladigan xilyoz eksudat ham bor, bular ko'krak limfa yo'lidan plevruga limfa suyuqligi o'tishi natijasida (limfa yo'li yorilganda) yuzaga keladi. Bulardan tashqari, eksudatdagi shakliy elementlarning yog'li degeneratsiyaga uchrashi yoki qondan ko'p miqdorda yog' o'tib qo'shilishi munosabati bilan vujudga kelib, shunday tusga kiradigan xilyozsimon eksudatlar bo'ladi.

Transudat va eksudatning bir - biridan farqi

Xossalari	Transudat	Eksudat
Rangi	Limon sariq	Oltin-sariq, yashil sariq, qo'ng'ir, sutsimon
Xarakteri	Seroz	Seroz, yiringli, qonli, chirindili
Tiniqligi	Tiniq	Loyqa
Nisbiy zichligi	1,015	1,015dan katta
Ivishi	Ivimaydi	Iviydi
Oqsil miqdori	<30 g/l	>30 g/l
Rivalent reaksiyasi	Manfiy	Musbat
Mikroskopik ko'rinishi	Limfotsitlar, mezotelial hujayralar	Leykotsitlar, makrofaglar, eritro tsitlar, xolesterin, atipik hujayralar
Bakteriologik tekshirish	Steril	Sil tayoqchalari, streptokokk,

Revmatizm sabab bo'lgan plevritlardagi plevra suyuqligi tarkibida oqsil ko'p bo'ladi, shu jumladan fibrin ham bo'ladi. Bu plevritlar ko'pincha xalta hosil qilib cheklangan bo'ladi. Megapnevmonik plevritlar o'tkir kechadi, eksudatida neytrofillar ko'plab topiladi, yiringli bo'ladi. Shilliq eksudatlarda kasallik avj olgan paytda ko'p miqdorda limfotsitlar bo'lishi xarakterlidir. Eksudatda neytrofillarning ko'p bo'lishi kokklar ishtiroki bilan vujudga kelgan, ayniqsa yiringli plevritlar uchun xosdir (silli plevritda dastlabki 3-6 kunlarda neytrofillar ko'p bo'lishi mumkin). Ba'zan eksudatda eozinofillar ko'p miqdorda bo'ladi. Rak sabab bo'lgan plevrit eksudatida vakuolli, bir

necha yadroli hamda kichik yadroli yirik, odatda yog'li degeneratsiyaga uchragan mezoteliy hujayralari topiladi.

Nazorat savollari va topshiriqlar.

Test savollarini echish;

Bemorlarning asosiy va qo'shimcha shikoyatlari haqida tushuncha bering.

Bemorlardan kasallik tarixi yig'ish tartibi aytib bering.

Bemorlardan hayot anamnezi yig'ish tartibi qanday.

Bemorlarni ko'zdan kechirish tartibini aytib bering.

Stupor, sopor, koma holatini izohlab bering.

Faol, passiv va majburiy holatlarni izohlab bering.

Antropometriya va antropometrik formulalar haqida tushuncha bering.

Termometriya va isitma turlari to'g'risida tushuncha bering.

Palpatsiya va uning rivojlanish tarixini aytib bering.

Perkussiya va uning rivojlanish tarixini aytib bering.

Auskultatsiya va uning rivojlanish tarixi aytib bering.

Mustaqil ish topshiriqlari.

Bemorlarning so'rab surishtirish tartibini bilish.

Bemorlardan kasallik tarixi yig'ish tartibini bilish.

Bemorlardan hayot anamnezi yig'ish tartibini bilish .

Bemorlarni ko'zdan kechirish tartibini bilish.

Stupor, sopor, koma haqida tushunchaga ega bo'lish.

Faol, passiv va majburiy holatlar haqida tushuncha bilish.

Antropometriya va antropometrik formulalar o'rganish.

Termometriya va isitma turlarini bilish.

Palpatsiyash texnikasini o'rganish.

Perkussiya texnikasini o'rganish.

Auskultatsiya texnikasini o'rganish.

O'tkir va surunkali bronxit.

Mavzuning maqsadi: Kasalliklar etiopatogenezi va asosiy klinik sindromlarni o'rgatish. Bronxoobstruktiv sindromni tushuntirib berish.

Tayanch atamalar: yo'tal, balg'am, birlamchi va ikkilamchi bronxit, o'tkir bronxit, surunkali bronxit, etiologiya, patogenez, palpatsiya va perkussiya, auskultatsiya, xryllashlar, instrumental va laboratop tekshirish.

Otkir bronxit

Otkir bronxit-bu bronxlar shilliq qavatini yoki shilliq osti qavatining o'tkir diffuz yallig'lanish kasalligidir. O'tkir bronxit bilan kasallanish yuqori nafas yo'llarining yallig'lanishi, o'tkir respirator va virusli kasalliklar epidemiyasi vaqtida ko'p uchraydi.

Etiologik omillar 2 guruhga bo'linadi. Infektsion va noinfektsion omillarga bo'linadi. Infektsion - bakteriyalar, pnevmokokklar, gemolitik streptokokklar, tillarang streptokokklar, gripp virusi va boshqa viruslar, Fridlender batsilalari, zambrug'lar va h.k. lar kiradi va to'g'ridan-to'g'ri yoki gematogen yo'l orqali surunkali infeksiya o'choqlaridan infeksiyani bronxlarga tushishadi. Ikkinchi noinfektsion gruppaga kislota va ishqorlar bug'lari, ionlovchi radiatsiya va h. k. kiradi.

O'tkir bronxit rivojlanishida, tarkibida yuqori miqdorda azot oksidi, oltingugurt anhidridi, xlor, brom, ammiak bug'lari tutgan havodan nafas olish, kimyoviy zaharli moddalar (xlor, fosgen, difosgen, iprit, lyuizit, fosfororganik birikmalari) dan nafas olish natijasida va yuqori dozada nurlanish olganlarda rivojlanadi. Tarkibida juda ko'p miqdorda chang g'uborlar bo'lgan havo bilan uzoq vaqt nafas olish natijasida ham o'tkir bronxit rivojlanishi mumkin.

Shular bilan birga kasallik kelib chiqishiga ko'maklashuvchi omillar ham mavjud. Etiologik omillarga kasallik rivojlanishiga moyillik ko'rsatadigan sabablarga sovuq qotish, chang, namlikning yuqoriligi, spirtli ichimliklarni suiste'mol qilish, tamaki chekish, ba'zi kimyoviy moddalardan surunkali zaharlanish kiradi. Yuqori nafas yo'llarda infeksiya o'chog'ining borligi (sinusit, gaymarit) ham o'tkir bronxit rivojlanishiga sharoit yaratuvchi omillardan hisoblanadi.

Patogenezi. Bakterial agent, uning toksinlari yuqori nafas yo'llari va bronxlar shilliq qavatini, simpatik nerv tolalari tugunlarini zararlantiradi, bu zararlanish o'z navbatida bronxlar trofikasining buzilishiga olib keladi. Bakterial agentlar va ular ishlab chiqargan zararli moddalar (toksinlari) nafas yo'llarining himoya xususiyatlarini, spetsifik va nospetsifik chidamlilik qobiliyatini keskin kamaytiradi natijada bronxlar yallig'lanadi.

Birlamchi bronxitlar-bronxial daraxtining to'g'ridan to'g'ri tamaki tutuni yoki atmosfera havosining har xil zararli omillar va mikroorganizmlar bilan zararlanishi natijasida vujudga keladi.

Ikkilamchi bronxitlar-bunda bronxit odatda rinosinusit, o'pkaning surunkali absessi hamda boshqa kasalliklar asorati natijasida ya'ni qizilcha, ko'k yo'tal, tuberkulyoz, yurak qon tomir tizimi kasalliklari biriktiruvchi to'qimaninig diffuz sistemali kasalliklari natijasida yuzaga keladi.

Patologoanatomik o'zgarishlar-shilliq qavatda qizarish va shish, shilliq osti qavatini neytrofillar va limfotsitlar bilan infiltratsiyasi, tsilindrik epiteliylar ko'chishi va degeneratsiyasi, qadoqsimon hujayralarni ko'payishini kuzatiladi.

Klassifikatsiya. Etiologiyasiga ko'ra infeksiyon (bakterial, virusli), noinfeksiyon-ximik, fizik, aralash va aniqlanmagan etiologiyali bronxitlar. Bronxlarni shikastlanishiga ko'ra - traxeobronxit, bronxit, bronxiolit va h.k. Eksudatning xarakteriga ko'ra- kataral, yiringli bo'ladi.

Kasallikning klinikasi. Boshlang'ich kunlarida yo'tal quruq bo'ladi, keyinchalik qiyin ajraluvchan shilimshiq balg'am bilan yoki yiring aralash shilliq yoki yiringli balg'am ajralishi bilan bo'ladi. Bemorlarda ish qobiliyati pasayishi, tumov, bosh og'riqlari bezovta qiladi. Kichik kalibrli bronxlarda va bronxiolalarda shikastlanganda hamda bronxoobstruktiv sindromda nafas chastotasi oshadi, hansirash kuzatiladi, nafas yetishmovchiligi hatto nafas siqilishi kuzatilishi mumkin. Kasallik to'sh suyagi atrofida og'riq, yuqori nafas yo'llarining o'tkir yallig'lanishiga xos o'zgarishlar bilan boshlanib, yallig'lanish bronxlarga tarqalgach, hansirash va ketma-ket yo'talish paydo bo'ladi, bemorlar yo'talish vaqtida ko'krak qafasining pastki qismida og'riq sezadilar. Holsizlik, terlash, tana haroratining 37,5-38 °C ga ko'tarilishi, gripp bilan og'rikan bemorlarda esa lablariga uchuq toshishi (herpes labialis) kuzatiladi.

O'tkir bronxitlarda palpator va perkutor o'zgarishlar xarakterli emas. Bemorlar auskultatsiya qilinganida qattiq (dag'al) nafas hamda quruq xirillashlar eshitiladi. Yo'tal bilan birga balg'am ajralganda nam xirillashlar eshitiladi (katta, o'rta, kichik kalibrli nam xirillashlar). Bronxoobstruktiv sindrom bilan kechsa o'pkada tarqalgan quruq hushtaksimona yoki g'o'ng'illovchi xirillash eshitiladi, yo'taldan so'ng xirillashning kamayishi kuzatiladi. Kasallikning 2-3 kuni nam xirillash paydo bo'lishi mumkin. O'tkir bronxit kasalligida o'pka rentgenogrammasida o'zgarish bo'lmaydi. Tashqi nafas funksiyasi tekshirilganda o'pkaning tiriklik sig'imi va maksimal ventilyatsiya

15-20% ga kamayadi. Qonning kislorod bilan to'yinishi daqiqali (minutli) nafas chastotasi (sig'imi) ning ortishi hisobiga buzilmaydi. **Qonda leykotsitlarning** neytrofillar hisobiga ortishi $8-12 \cdot 10^9/l$, eritrotsitlar cho'kish tezligi (EChT) ortishi kuzatiladi. O'tkir bronxidlarning yengil formasi qisqa muddatli bo'lib (2-3 kun) bemor o'zini yomon his qiladi, u subfebril harorat, yo'tal, to'sh suyagi atrofida og'riq bilan o'tadi. Og'ir formasi tana haroratining baland bo'lishi, yo'tal, balg'am ko'chishi, qonda leykotsitoz va EChT oshadi.

Differentsial tashxisi. O'tkir bronxitni o'choqli zotiljamdan farqlashda ko'krak qafasini rentgenologik yo'l bilan tekshirish muhim rol o'ynaydi. O'tkir bronxitda rentgenogrammada o'zgarish bo'lmaydi. O'tkir o'choqli zotiljamda esa, o'pkaning shamollagan qismida soya ko'rinadi.

Davolash. O'tkir bronxitning yengil turi bilan og'rigan bemorlar ko'pincha uyda davolanadilar. Bemorni sovuq qotishdan, qattiq isib ketishdan asrash kerak bo'ladi. Shamollashga qarshi va og'riq qoldiruvchi dorilllar - analgin 0.5 dan 3 mahal, amidopirin 0.5 dan 3 mahal, vitaminlar, ko'proq C vitaminlari buyuriladi. Balg'am ko'chishini engillashtirish uchun mukolitiklar (termopsis qaynatmasi va nastoykasi, mukaltin, bromgeksin, ingalyatsiyada 2% natriy gidrokarbonati). Tabletkalar libeksin, kodelak. Siroplar (pertussin, bronxolitin, lazolvan, ambrokcol). Antibiotiklardan-penitsillin, ampitsillin, (0,5x4p), eritromitsin 0,25x4p, baktrim (biseptol), tsiprofloksatsin 0,5x4p, klavel 500 mg. Antigistamin preparatlari (suprastin, tavegil, loratal, ketotifen, fenkarol va h.k.).

Kaltsiy glyukonat, kaltsiy xlor 10% -5-10,0 B/B.

Chalg'ituvchi vositalardan ko'krak qafasiga banka, xantallar qo'yish, oyoqqa vannalar tavsiya qilinadi. Ko'p miqdorda issiq qaynoq ichimliklar (asal, limon, malina murabbosini bilan choy).

O'tkir bronxit surunkali bronxitga o'tmasligi uchun kasalikni to'la davolash, fizioterapevtik davolash usullaridan foydalanish tavsiya qilinadi.

Kasallik profilaktikasi. Buning uchun atrof muhitni toza saqlash, qattiq sovuq qotishdan saqlanish, zararli odatlarni bartaraf etish, tamaki chekmaslik, spirtli ichimliklarni suistemol qilmaslik

kerak. Doimiy badantarbiya va sport bilan shug'ullanish, organizmni chiniqtirish o'tkir bronxitning oldini olishda muhim omillar hisoblanadi.

Surunkali bronxit

Surunkali bronxit (SB)- bu bronxlar shilliq qavatining surunkali diffuz yallig'lanish kasalligi bo'lib, bronxlarda shilliq suyuqlikni gipersekretsiyasi va uning drenaj (mukotsiliar klirens) funksiyasi buzilishi bilan kechadi. Butunjahon Sog'liqni Saqlash tashkiloti (BSST) tavsiyasiga binoan bemorda so'nggi 2 yilning har birida kamida 3 oy produktiv yo'tal kuzatilsa, unda bu holat SB deb tan olinadi. SB ning tarqalishi 5% dan 17-20%. Hozirgi vaqtda bu kasalliklar yanada ko'paymoqda, bunga sabab ekologiyani buzilishidir, sanoat va har xil turdagi yoqilg'i maxsulotlari va gazlari bilan atmosfera havosining ifloslanishi, chekuvchilar sonini ko'payishidir.

Etiologik omillar 2 gruhga bo'linadi. Infektsion va noinfektsion omillar. Infektsion omillarga-bakteriyalar, viruslar, surunkali infeksiya o'choqlari, zambrug'lar va h.k. lar kiradi. Ikkinchi gruppaga-kislota va ishqorlar bug'lari, ionlovchi radiatsiya, sistemali kasalliklar, og'ir buyrak yetishmovchiligi, qandli diabet, o'tkir bronxitni yaxshi davolanmasligi tufayli va h. k. kiradi. Shular bilan birga risk omillari ham mavjud. Bu omillarga-chekish (chekuvchilar orasida surunkali bronxit 2-5 marta ko'p uchraydi), ishlab chiqarishdagi zararli omillar (paxta, un, ko'mir, tsement changlari, amiak, ishqorlar, kislotalar bug'lari), ish o'rnida havo namligining baland va sovuq bo'lishi, atmosfera havosining ifloslanishi (oltingugurt oksidlari, neft, tabiiy gaz va ko'mirning chala yongan maxsulotlari va b.).

Kasallik kelib chiqishiga ko'maklashuvchi omillar ham mavjud. Tez-tez va qayta yuqori nafas yo'llari shamollashi, gripp, o'tkir bronxit, pnevmoniya, surunkali burun, tanglay va boshqa infeksiya o'choqlari, irsiy moyillik, organizmni immun tizimini sustligi, immun tanqis holatlar kasallik kelib chiqishida o'rni bor.

Patogenez. Uzoq muddatda tashqi noxush holatlar va etiologik omillarning ta'siri bronxlar shilliq qavatini strukturasi o'zgartiradi, semiz hujayralardan biologik faol moddalar ajralib chiqadi, bronx shilliq qavati kapilyarlari o'tkazuvchanligini oshiradi, bronxlar devorida qadoqsimon hujayralardan ko'p miqdorda shilliq suyuqlik ajraladi,



22-surat

ularning reologik xususiyatini o'zgarishi, bronxlarda drenaj funksiyasini buzilishi va mahalliy immunitetni susayishi bilan birga infeksiya rivojlanishiga zamin yaratiladi. Buni sxema tarzida yuqoridagi 22 suratda izohlangan.

Patologoanatomik o'zgarishlar-bronx bezlarida gipertrofiya bo'lganligi tufayli shilliq qavatda qizarish va shish, shilliq osti qavatini neytrofillar va limfotsitlar bilan infiltratsiyasi, tsilindrik epiteliylar ko'chishi va degeneratsiyasi qadoqsimon hujayralarni ko'payishini va kipriksimon hujayralarni kamayishini ko'rishimiz mumkin (keyingi mavzu suratiga qarang). Bronxlar shilliq qavatida yassi hujayrali epiteliylar metaplaziyasini va bronxlarda sklerotik o'zgarishlarni hamda bronxlarda deformatsiya va bronxoektaz rivojlanadi.

Kasallikning klinikasi. Bemorlarni yo'tal bezovta qilib asosan ertalab uyg'ongandan so'ng yoki yuvinish vaqtida bezovta qiladi. Boshlang'ich kunlarida yo'tal quruq bo'ladi, keyinchalik qiyin ajraluvchan shilimshiq balg'am bilan yoki yiring aralash shilliq yoki yiringli balg'am ajralishi bilan kechadi. Tana harorati ko'tarilishi, holsizlik, ish qobiliyati pasayishi, tumov, bosh og'riqlari bezovta qiladi. Yo'tal sovuq iqlimda, namlik yuqori bo'lganda kuchayib, va aksincha issiq iqlimda susayadi. Bemorlarda tez charchash, holsizlik, ish qobiliyatini pasayishi, terlash asosan kechqurun. Emfizema hamda bronxoobstruktiv sindromda nafas olish chastotasi ko'payadi, ekspirator

hansirash, nafas yetishmovchiligi rivojlanadi hatto nafas siqilishi kuzatilishi mumkin.

Surunkali bronxitlarda palpator va perkutor o'zgarishlar xarakterli emas. Bemorlar auskultatsiya qilinganida qattiq (dag'al) nafas hamda quruq xriillashlar eshitiladi. Yo'tal bilan birga balg'am ajralganda nam xriillashlar eshitiladi (katta, o'rta, kichik kalibrli nam xriillashlar) ko'pincha nafas chiqarish fazasida.

Differentsial tashxisi. Surunkali bronxitni o'choqli zotiljamdan farqlashda ko'krak qafasini rentgenologik yo'l bilan tekshirish muhim rol o'ynaydi. Surunkali bronxitda rentgenogrammadagi o'zgarish o'pka o'zaklari kengayishi va rasmini kuchayishi kuzatiladi. O'tkir o'choqli zotiljamda esa, o'pkaning yallig'langan qismida soya ko'rinadi.

Qon tahlilida—leykotsitoz, EChTning oshishi. Balg'am analizida mikroorganizmlar, leykotsitlar, eritrotsitlar, epiteliylar ko'rishimiz mumkin. Rentgenologik tekshirganda ko'pchilik holatlarda o'zgarishlar ko'rmaymiz. Ba'zanda emfizema rivojlanganda o'pka o'zagi va rasmini kuchayganligini va ularni deformatsiyasini ko'rishimiz mumkin. Bronxografiyada bronxoektazlarni aniqlash mumkin. Bronxoskopiyada shilliq qavatning holati yani undagi shish, qizarish, shilliqli balg'am ko'rishimiz mumkin va kerak bo'lsa biopsiya olinadi hamda gistologik, tsitologik tekshiruv olib boriladi.

Kasallikni kechishi-uzoq muddat va to'lqinsimon kechib, kasallik xuruji remissiya bilan almashinib keladi. **Asopati**-o'pka emfizemasi, o'pkada dimlanish, o'pka-yurak yetishmovchiligi, o'tkir pnevmoniya, bronxoektaz kasalliklari rivojlanadi. Bemorlarda bronxoobstruktiv sindromi rivojlangan bo'lsa bronxial astma rivojlanishi ham mumkin.

Davolash. Ko'p miqdorda issiq qaynoq ichimliklar (asal, Imimon, malina murabosi bilan choy). Balg'am ko'chishini engillashtirish uchun mukolitiklar (termopsis qaynatmasi va nastoykasi, mukaltin, bromgeksin, ingaliyatsiyada 2% natriy gidrokarbonati). Tabletkalar libeksin, kodelak. Siroplar (pertussin, bronxolitin, lazolvan, ambrokcol, inspiron). Antibiotiklardan-penitsillin, ampitsillin, (0,5x4p), eritromitsin 0,25x4p, baktrim (biseptol), tsiprofloksatsin 0,5x4p, klavel 500 mg. Antigistamin preparatlari (suprastin, tavegil, loratal, ketotifen, fenkarol va h.k.). Kaltsiy glyukonat, kaltsiy xlor 10%-5-10,0 B/B. Bronxoobstruktiv sindromlarda bronxlarda o'tkazuvchanlikni yaxshilash maqsadida beta adrenomimetiklar (oksprenalin sulfat, astmopent,

fenoterol, berotek, salbutamol), spazmolitik preparatlardan papaverin 2%-2,0-4,0; eufillin 2,4%-5,0-10,0 v/i, remissiyadan so'ng sanatoriya va kurortlarda davolanish tavsiya etiladi.

Kasallikning profilaktikasi. Organizmni chiniqtirish, sport bilan shug'ullanish, chekishga, ichishga qarshi kurash olib borish, surunkali infeksiya o'choqlarini sanatsiyasi (sinusit, tanzilit, gaymarit, tishlar kariyesi va h.k.), agarda kasallik kasbi bilan bog'liq bo'lsa ish sharoitini, ishini o'zgartirish tavsiya etiladi.

O'pkaning surunkali obstruktiv kasalligi

O'pkaning surunkali obstruktiv kasalligi (O'SOK) surunkali va sekin kuchayib boruvchi kasallik bo'lib, bronxial daraxtlarda qaytmas yoki balg'am kochiruvchi vositalar tasirida qisman qaytar obstruktiv jarayonlarini rivojlanishi bilan kechadigan holatdir. O'SOK ikkita patologik jarayonni yani surunkali bronxit obstruksiya bilan kechganda hamda o'pka emfizemasini o'z ichiga oladi. Ana shu kombinatsiyada uchragan kasallik har qaysi bemorda har xil darajada kechadi. O'pka emfizemasi surunkali bronxit bilan bog'liqdir. Surunkali bronxitda yallig'lanish jarayonida bronxlarda obstruksiya kuzatiladi. Bu atsinuslarning markaziy sohalarida elastik to'qima (alveollalar) ning destruksiyasiga olib keladi. Bu holatda **ikkilamchi** emfizema yuzaga keladi. α -antitripsinning genetik yetishmovchiligi **birlamchi** panatsinar o'pka emfizemasi rivojlanishiga olib keladi.

O'SOK o'tgan davrda ham hozirgi kunlarda ham asosiy muammolardan biri bo'lib qoladi va kasalliklar orasida asosiy o'rinni egallaydi. Bu kasallik dunyo boyicha oxirgi yillarda o'sib bormoqda, shuning uchun ham ushbu kasallik tibbiy jihatdan ham va ijtimoiy jihatdan ham ahamiyatlidir. **O'SOK** hayot sifatini pasaytirib, bemorlar orasida nogironlikni va o'limni ko'payishiga olib kelmoqda.

Etiologiyasi. **O'SOK**ning etiologik omillarini ikki guruhga bo'lish mumkin: tashqi va ichki omillarga bo'lish mumkin. Ichki omillarga α antitripsinning tanqisligi, chala tug'ilish, qondagi immunoglobulin E miqdorini ko'pligi, bronxlar giperreaktivligi, irsiyatni kiritish mumkin. Ehtimoliy omillarga qon guruhi A(II), immunoglobulin A ning yo'qligini kiritish mumkin. Qolgan barcha omillar tashqi omillarga kiradi. Bularni ham 2 guruhga bo'lish mumkin (infektsion 55-60 % holatlarda va noinfektsion 40-45%). Tashqi, noinfektsion omillarga atmosfera havosining har xil sanoat chiqindilari bilan ifloslanishi, turli

xil turdagi isitgichlar yonilg'i maxsulotlari, ko'pgina turdagi gazlar chiqindilari, uydagi va ko'chadagi chang maxsulotlari, tamaki tutunlarini kiritish mumkin. Infeksion omillarga bakteriyalar va viruslarni roli **O'SOK**ning rivojlanishiga kattadir. Chekuvchilar orasida qaytmas obstruktsiya tez rivojlanadi. **O'SOK**da chekuvchilar orasida hansirash 10-15 yil oldin paydo bo'ladi, o'rtacha 40 yoshlarda. Adabiyotlarda yozilishicha Bronx giperreaktivligi va E giperimmunoglobulinemiyasi hamda chekish **O'SOK** rivojlanishini tezlashtirar ekan. Uzoq yillar davomida chekish mukotsiliar apparatning drenaj funksiyasini susaytiradi, ikkinchi tomondan tabak maxsulotlari tutuni va boshqa yuqorida aytilgan zararli tasurotlar bronxlar shilliq qavatini gepersekretyasiga olib keladi. Bu o'z navbatida qadoqsimon hujayralarni ko'payishi hisobiga va ularni shilliq sekretni meyorga nisbatan (100-150 ml) ko'p miqdorda ishlab chiqarishi va kipriksimon hujayralarni kamayishi va egiluvchanlik xususiyatini meyorga nisbatan (1 sekunda 15 marta egiladi) pasayishi hisobiga yuz beradi. Ko'p miqdorda ishlab chiqarilgan shilliq sekretni reologik xususiyati ham o'zgarib, quyuq va yipishqoq bo'lib qoladi. Meyorda sog'lom kishilarda shilliq sekret 1 minutda 10 mm harakatlanishi kerak, quyuq va yopishqoq bo'lib qolgan shilliq sekret harakati patologiyada susayadi. Yopishqoq va quyuq balg'am va tabak maxsulotlari tutuni, sanoat chiqindilarini zararli tasiri, bakteriyalar hamda viruslar toksinlari tsiliar hujayralar va respirator traktning himoya funksiyasida ahamiyati katta bo'lgan kipriksimon epiteliylari faoliyatini susaytiradi. Bu hujayralar faoliyatini susayishi Bronx shilliq qavatida ko'p miqdorda mutsinlarni reabsorbtsiyasi bilan bog'liqdir. **O'SOK** ning xuruji respirator tizimda yallig'lanish jarayonlarini rivojlanishi bilan kechadi, bu esa bronxlarda havo o'tishini qiyinlashtiradi hamda klinik belgilarini yuzaga chiqishiga olib keladi (Салаева). Malumki bronxlarning shilliq balg'amdan tozalanishi uning reologik xususiyatidan va kipriksimon epiteliylarni koordinatsion ishidan hamda bronx devorining silliq mushaklari qisqarishi bilan bog'liq. **O'SOK** rivojlanishiga professional hayotdagi noqulay sharoitlar, ishtimoiy va iqtisodiy sharoitlar, iqlim, (tuman va namlikning yuqoriligi) ning ham ahamiyati katta. Professional noqulayliklardan asosan kadmiy va kremniy changlarining ahamiyati katta, paxta, bug'doy va qog'oz, ko'mir, kvarts, tsement changlarini ham etibordan qochirmaslik kerak. Amiak, xlor, kislota, oltingugurt anhidridi, fosgen, gaz va elektrosvarka gazlari va parlari kabi zararli

omillarning ham kasallik rivojlanishiga ahamiyati katta. Ish joyidagi yuqori harorat, shamol (skvozniyak), yuqori namlik va past harorat kasallikni xurujini tezlashtiradi. Kasallik sezon xarakterga ega bo'lib xuruji kopincha namlik baland bo'lganda, ko'pincha qish va bahorda kuchayadi. **O'SOK**dan o'lim ko'pincha qishda yuzaga keladi. Uzoq davom etuvchi virusli, zamburug'li surunkali bronxitni to'liq davolamaslik **O'SOK** ni rivojlanishiga olib keladi.

O'SOK patofiziologiyasi. Kasallik kechishida mukotsiliar disfunktsiya va struktur o'zgarishlarni ahamiyati kattadir. Mukotsiliar disfunktsiyaga qadoqsimon hujayra giperplaziyasi hisobiga balg'am gipersekretsiyasi, uning qovushqoqligini oshishi, uning transportini pasayishi kabi o'zgarishlarni kiritish mumkin. Yallig'lanish natijasida neytrofillar emigratsiyasi kuchayadi, makrofaglar (monotsit), CD8 (interleykin 8), limfotsitlar yig'iladi, semiz hujayralar shikastlanib ulardan biologik aktiv moddalar ajralib chiqadi, bu bronx kapilyarlari o'tkazuvchanligini oshirib shilliq qavatni shishiga olib keladi, proteazalar va antiproteazalar tizimi, oksidativ va antioksidativ tizimi o'rtasida disbalans vujudga keladi. Struktur o'zgarishlarga bronxlar shilliq qavati shikastlanishi, shishi, ularda qadoqsimon hujayralar giperplaziyasi va kipriksimon hujayralarni kamayishi, bronx silliq mushaklarini gipertrofiyasi, shilliq qavat bezlari gipertrofiyasi, nafas yo'llarida fibrozli o'zgarishlar, alveolalar obstruktsiyasi va destruktiviyasi, nafas yo'llarida fibroz kabi o'zgarishlar yuz beradi. Shular bilan birga tizimli o'zgarishlar emfizematoz tipida tana massasining kamayishi yoki bronxitik tipida tana massasining ortishi, nafas olishda ishtirok etuvchi mushaklar faoliyatini buzilishi, bronxlarni silliq mushaklari qisqarishi (spazmi), parasimpatik nerv tizimini boshqarilishi buzilishi (mushaklarni spazmga olib keladi), o'pka to'qimasi elastikligini buzilishi ham sodir bo'ladi. **Xulosa qilib aytganda reparatsiya jarayonlari pasayib, alteratsiya jarayonlari kuchayib boradi.**

Kasallikning patogenezini. Kasallikni rivojlanishiga o'pkadagi mahalliy himoya jarayonlarini ahamiyati katta va bularni spetsifik va nospetsifik mexanizmga bo'lish mumkin. Alveolyar makrofaglari tomonidan amalga oshiriladigan fagotsitoz jarayoni nospetsifik mexanizmdir. Mahalliy spetsifik himoya jarayonlariga esa-mukotsiliar apparat - kipriksimon hujayra faoliyati va shilliq sekretning reologik xususiyati kiradi; gumoral zveno - immunoglobulinlar, lizotsim,

laktoferrin, antiproteaza, complement va interferon; hujayra zvenosiga - alveolyar makrofaglar, neytrofillar, limfotsitlar va b.q. kiradi. Bulardan eng asosiy vazifa mukotsiliar apparatga yuklangan va respirator traktda himoya funksiyasini bajaradi. Chunki bronxlarni shilliq sekret dan tozalash branxlardagi shilliq sekret reologik hususiyatiga, kipriksimon epiteliylarning funktsiyasi va bronx daraxtining silliq mushaklari qisqarishiga bog'liq.

Yuqorida aytganimizdek uzoq yillar davomida chekish mukotsiliar apparatning drenaj funksiyasini susaytiradi, ikkinchi tomondan tabak maxsulotlari tutuni va boshqa yuqorida aytilgan zararli tasurotlar bronxlar shilliq qavatini gepersekretyasiga olib keladi. Ko'p miqdorda ishlab chiqarilgan shilliq sekret reologik xususiyati ham o'zgarib, quyuk va yipishqoq bo'lib qoladi. Yopishqoq va quyuk balg'am va tabak maxsulotlari tutuni, sanoat chiqindilarini zararli tasiri, bakteriyalar hamda viruslar toksinlari tsiliar hujayralar va respirator traktning himoya funksiyasida ahamiyati katta bo'lgan kipriksimon epiteliylari faoliyatini susaytiradi. Shilliq sekret reologik xususiyati o'zgarishi bilan uning tarkibi ham o'zgaradi. Sekret tarkibida mikroblarga va viruslarga qarshi bo'lgan nospetsifik immunitet komponentlari miqdori pasayadi. Bular interferon, laktoferrin va lizotsim hamda sekretor immunoglobulin A lardir. Bular hammasi mukotsiliar transportni buzilishiga, mukotsiliar yetishmovchilikka, bronxlarda shilliq sekret to'planishiga va mikroorganizmlarni ko'payishiga olib keladi.

Mukotsiliar transportni buzilishi hisobiga yallig'lanish jarayoni kuchayadi, neytrofillar emigratsiyasi yuzaga keladi, ularni faollashtiradi. Faollashgan neytrofillardan nafas yo'llarida kislorodning erkin radikallari (superoksid, vodorod peroksidi, gipoxlorit kislota) hosil bo'ladi.

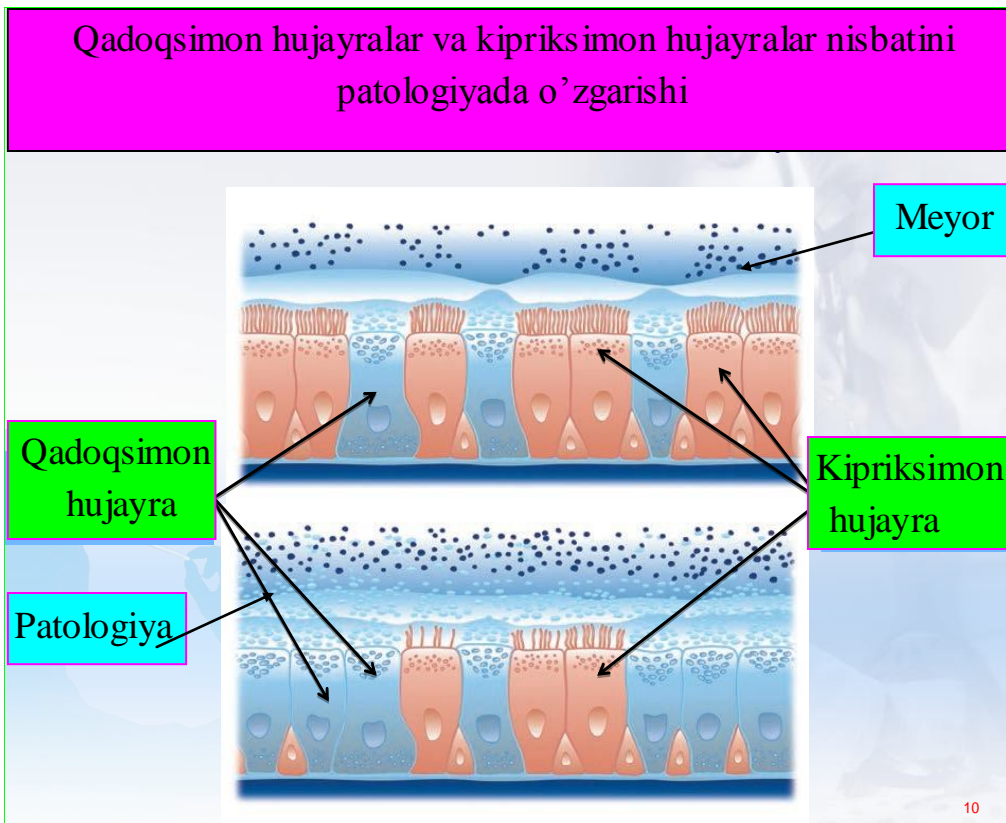
O'SOK da emfizemaning rivojlanish mexanizmi.

Terminal bronxiolalarni tarmoqlanishi atsinus deb yuritiladi. Mana shu terminal bronxiolalarda shilliq sekret to'planishi natijasida alveolalarda qoldiq havo hajmi ko'payib va alveolalarda bosim ortib, ular cho'ziladi. Surunkali yallig'lanishlarda terminal bronxiolalarda neytrofillar to'planadi va bulardan proteaza, elastaza, L-laktaza, ximotripsin, ribonukleaza fermentlari ajraladi. Ushbu fermentlar o'pkaning elastik to'qimalarini shikastlab tsentratsinar emfizema rivojlanishiga olib keladi. Meyorda bu fermentlarga qarshi antiproteaza fermentlari α_1 antitripsin ishlab chiqariladi va bu ferment yuqoridagi

fermentlar tasirini bartaraf qiladi, va aksincha yetishmovchiligi yuqoridagi o'zgarishlarga olib keladi.

Panatsinar emfizema antiproteaz aktivligi sust bo'lgan kishilarda rivojlanadi. Buning patogeneza α_1 antitripsin genetik tanqisligi yotadi. Bu elastazaning ingibitori (α_1 antitripsin) yetishmovchiligi yallig'lanish bo'lmasa ham o'pka elastik to'qimalari parchalanib emfizema rivojlanadi (alveolar soni kamayadi). Alveolar sonini kamayishi hisobiga proporsional ravishda gazlar almashinuvida ishtirok etuvchi kapilyarlar soni ham kamayadi. Bu esa sog'lom o'pkada qonni qayta taqsimlanishiga olib kelib, ventilyatsion-perfuzion buzilishlarga olib keladi. Buning natijasida arteriolalarda oksigenatsiya pasayadi, organizmda kislorod ocharchiligi vujudga keladi, qonda CO₂ miqdori ortadi. Bu ventilyatsion-perfuzion buzilishlar O'SOK ning asosiy elementlaridan biri hisoblanadi. Surunkali gipoksiya kompensator eritrotsitozga olib keladi, qon quyuqlashadi, qovushqoqligi oshadi, mikrotsirkulyatsiyani ikkilamchi buzilishi vujudga keladi. Ventilyatsion-perfuzion buzilishlar yanada kuchayib ketadi. O'pkadagi kapilyarlar soni kamayishi hisobiga yurakda o'ng qorinchada bosim ortadi, mushaklar zo'riqish bilan ishlaydi va o'ng qorincha gipertrofiyasi yuzaga keladi, keyinchalik bu yurak yetishmovchiligiga olib keladi. O'pka yurak vujudga keladi (rivojlanadi).

Patomorfologik o'zgarishlar. Bronxlar shilliq qavatida yassi hujayrali epiteliylar metaplaziyasi, bronx devori qalinlashishi va bronxlarda sklerotik o'zgarishlarni hamda bronxlarda deformatsiya va bronxoektaz rivojlanadi. Mikroskopik tekshirganda kataral va yiringli yallig'lanish belgilarini ko'rish bilan birga, bronx bezlarida kistali o'zgarishlar, qadoqsimon hujayralar ko'payib, kipriksimon hujayralar kamayadi (23surat), plazmatik epiteliylarni ko'p qavatli yassi epiteliylarga metaplaziyasini ko'rish mumkin. Kapilyarlar aro bo'shliq kengayadi, kapilyarlar bo'shaladi va alveolyar-kapilyar blok rivojlanadi.



23 surat

Nafas yo'llaridagi obstruktiv jarayonlarni O'SOK o'zagi desa bo'ladi, bu jarayon qaytar va qaytmas bo'lishi mumkin.

	Qaytar jarayon	Qaytmas jarayon
1	Bronxlarni silliq mushaklari torayishi va qisqarishi (Bronxoli tiklar tasirida bartaraf bo'ladi)	O'pka stromasi (alveolalar) elastik to'qimasi proteolitik destruksiyasi
2	Bronxlardagi gipersekretor va obturatsion jarayonlar (mukostaz) (Balg'am dori vasitalar bilan bartaraf qilinadi)	O'pka fibrozi
3	Bronxial daraxtlar shilliq qavatini yallig'lanishdan keyingi shishi	Bronxlarni deformatsiyasi va obliteratsiyasi (bronxoektaz), alveolalar destruksiyasi (emfizema)

Kasallikning kechish darajasiga qarab tasnifi (klassifikatsiyasi) (GOLD, 2003)

I-engil daraja. Yo'tal, balg'am ajralishi kabi simptomlar bo'lishi yoki bo'lmasligi ham mumkin.

$OFV_1 \geq 80\%$ kerakli miqdordan, $OFV_1/FJYL < 70\%$ bo'lganda.

II-o'rta og'ir daraja. Yo'tal doimiy va ertalablari rivojlangan, balg'am chiqishi qiyin, hansirash biroz jismoniy zo'riqishda yuzaga chiqadi.

$50\% \leq OFV_1 < 80\%$, $OFV_1/FJYL < 70\%$.

III-og'ir daraja. Doimiy yo'tal, balg'am, hansirash.

$30\% < OFV_1 < 50\%$, $OFV_1/FJYL < 70\%$.

IV-o'ta og'ir daraja. Doimiy yo'tal, balg'am, hansirash.

$OFV_1/FJYL < 70\%$. $OFV_1 < 30\%$ yoki $OFV_1 < 50\%$ surunkali nafas yetishmovchiligi yoki o'ng qorincha yetishmovchiligi bilan birga kelganda qo'yiladi.

Kasallikning klinikasi. Bemorlarni asosan yo'tal, kuchayib boruvchi ekspirator hansirash, hushtaklovchi nafas bilan birga balg'am ajralishi bezovta qiladi. Kasallik boshlang'ich bosqichlarida xuruj havoni harorati tushgan vaqtlarda yani ko'proq qishga to'g'ri keladi. Bemorlarda 40 yoshlardan so'ng yo'tal paydo bo'ladi, boshlanishida quruq va keyinchalik yo'talganda qiyinchilik bilan kam miqdorda asosan ertalablari balg'am ajraladi. Balg'am shilliqli-yiringli xarakterga ega. Kasallik kuchayishi bilan yo'tal ham ko'payadi, yo'tal allergiyalar bilan bog'liq emas. O'n yillar o'tgandan so'ng hansirash bezovta qila boshlaydi va yillar o'tishi bilan kuchaya boradi. Kasallik boshlanishida hansirash jismoniy zo'riqishda yuzaga kelsa, keyinchalik tinch holatda ham bo'ladi. Hansirash changda, sovuqda, nafas yo'llari tasirlanganda kuchayadi.

O'SOK ning oddiy asorotlanmagan xuruji deb yuritish – bu onda sonda bir xuruj (yil davomida IV martadan kam) bo'lganda va 65 yoshgacha bo'lgan bemorlarda, hamroh kasalliklar bo'lmaganda, kam miqdorda (yengil) bronx o'tkazuvchanligi buzilishi bo'lgandagina hisoblanadi (obyom forsirovannogo vidoxa za 1sek- $OFV_1 > 50\%$ kerakli miqdordan.).

O'SOK ning asorotlangan belgilari deb hisoblanadi:

1. bemorlarning yoshi ≥ 65 yosh, yoki shu yosh.
2. O'pka ventillyatsion funksiyasini kuchli buzilishi ($OFV_1 < 50\%$ kerakli miqdordan), va yoki shu yoshda.

3. Garchi biror bir muhim qo'shimcha kasalliklari bo'lsa (qandli diabet, yurak yetishmovchiligi, surunkali jigar va buyrak kasalliklari va ularni funktsional yetishmovchiligi bilan kechganda) va yoki shu kasalliklar.

4. Yil davomida 4 yoki undan ko'proq xuruj qayt qilinganda (va yoki).

5. O'tgan 12 oy davomida xuruj bilan gospitalizatsiya qilingan bo'lsa (va yoki).

6. Tizimli glyukokortikosteroidlarni (GKS) ishlatilishi yoki mikroblarga qarshi preparatlarni o'tgan uch oy davomida qo'llanilgan bo'lsa.

MRS shkalasi bo'yicha hansirashni IV darajasi farqlanadi.

0-daraja juda kuchli jismoniy zo'riqishda hansirash bo'ladi.

I-darajada hansirash tekis yo'lda juda tez yurganda va balandlikka ko'tarilganda sodir bo'ladi.

II-daraja tekis yo'lda sekin yursa ham hansirash bo'ladi va bemor to'xtashga majbur bo'ladi, dam oladi.

III-daraja 100 metr yursa hansirash bo'ladi va bemor dam olishga majbur bo'ladi.

IV-daraja tinch holatda hansirash bezovta qiladi, bemorlar yurmaydilar va hansirash tufayli uydan chiqmaydilar.

Bemorlarda bronx yo'llarida obstruksiya borligi tufayli nafas chiqarish fazasi uzayadi. Shu fazada quruq, baland xirillashlar eshitiladi. Shular bilan birga emfizemaning simptomlari kuchayadi.

Bemorlarni ko'zdan kechirish. Bemorlarni ko'zdan kechirganda emfizematoz tipida bemorlar ozg'in (24-surat), teri ranglari sarg'ish va



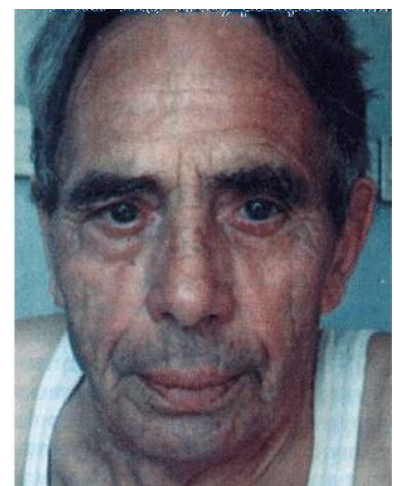
bronxitik turida bemorlar shishgan bo'ladilar teri rangi va lablari ko'kimtir (tsianoz) dir. Bu bemorlarda o'pkada gazlar almashinuvi buzilishi bilan bog'liq bo'ladi. Ko'krak qafasi shaklini o'zgarishi (bochkasimon ko'krak qafasi), qovurg'alar aro oraliqning kengayishi, qovurg'alar gorizontal joylashadi, o'pka ekskursiyasi cheklanadi, kichik qon aylanish doirasida gipertenziya bo'lganligi tufayli bo'yin venalari pulsatsiyasini ko'ramiz. O'SOKning

24-surat. Suratda O'SOKning emfizematoz turi.

qaysi turi dominantlik qilsa, shu turning klinikasi yaxshiroq rivojlanadi. Garchi emfizematoz turi dominantlik qilsa hansirash kuchli va aksincha bronxitik turida yo'tal kuchliroq rivojlangan bo'ladi.

Emfizematoz turdagi bemorlarni “**pushti** (rozoviy) **pixelshik**” deb aytiladi.

Bularga emfizema rivojlanganligi tufayli, gazlar diffuziyasi boradigan yuza kamaygan, shuning uchun gipoksiya dominantlik qiladi. Bemorlar ozg'in, ranglari sarg'aygan bo'ladi. Yo'tal quruq, bazanda kam miqdorda quyuq, qovushqoq balg'am ajralishi mumkin. Bemorlar jismoniy zo'riqishni ko'tara olmaydilar. Bu bemorlarda ventilyatsion-perfuzion buzilishlar bo'lganligi tufayli nafas yetishmovchiligi kuchayadi. Palpatsiyada ovoz dirillashi susaygan va perkussiyada qutichasimon tovush bo'lishi mumkin. Bemorlar auskultatsiya qilinganda susaygan nafas eshitiladi. Anamnezida hansirash barvaqt (30-40 yosh), yo'tal kam, hansirash rivojlangan, zo'riqishda tolerantlik rivojlangan, o'ng qorinchali yurak yetishmovchiligi kechroq rivojlanadi. Rentgenologik tekshirganda o'pka maydoni yorug', diafragma pastga tushgan, yurak osilgan (kapelnoe serdtsa), o'ng qorincha gipertrofiyasi bo'lishi mumkin. Nafas olishda qarshilik unchalik kuchaymagan, umumiy o'pka hajmi ko'paygan, o'pka qoldiq hajmi juda ko'paygan, gipoksemiya faqat zo'riqqanda, giperkapniya yo'q, eritrotsitoz yo'q, gematokrit meyorda. O'pkada qaytmas obstruktsiya kuchli. **Bronxitik turdagi** bemorlarda, bronxlarda gipersekretsiya yuzaga keladi. Bu o'z navbatida nafas olish va chiqarishni qiyinlashtiradi. Alveolalarda kislorod miqdori kamayadi, natijada perfuzion-diffuzion buzilishlar vujudga keladi. Qonda CO₂ ko'payishi hisobiga teri rangi ko'karadi. Bunday toifadagi bemorlarni “**siniye otyochniki (ko'k shish)**” deb yuritiladi (25-surat). Suratga qarang. Bemorlarni asosan yo'tal bezovta qiladi, ko'p miqdorda balg'am ajraladi, bu toifadagi bemorlar semiz bo'ladilar. Bu bemorlarda diffuz pnevmoskleroz, kapilyarlar ichi obliteratsiyasi, o'pka gipertenziyasi, gipoksemiya va eritrotsitoz tezda keladi hamda yurak faoliyatiga o'pka-



25-surat

yurakka olib dekompensatsiya vujudga keladi. Palpatsiyada ovoz dirillashi kuchaygan va perkussiyada bo'g'iqroq tovush bo'lishi mumkin. Bemorlar auskultatsiyasida dag'al nafas va xirillashlar

eshiriladi. Bemor anamnezida barvaqt yo'tal bo'lib, 50 yoshlardan so'ng hansirash bo'ladi, zo'riqishda tolerantlik biroz rivojlangan, o'ng qorinchali yurak yetishmovchiligi erta rivojlanadi. **Pikfloumetrik tekshirish usuli** bu metod 1 cekundda nafas chiqarish maksimal tezligini aniqlashdan iborat. Maksimal nafas chiqarish tezligi 460 ml ga teng. Bu 95% ni tashkil qiladi. Meyorda bu ko'rsatkich 80-100% kerakli hajmdan tashkil qiladi. Patsiyentlar da 80-100% bo'lsa yashil; 50-79% sariq va 50% dan kam bo'lsa qizil signal bo'ladi. Bemorlarga sutkalik monitoring o'tkaziladi va quyidagi formula orqali aniqlanadi. Ertalabki va kechqurungi monitoringni eng kattasi olinadi.

$$\text{Variabellik} = \frac{\text{PSV}_{\text{kech}} - \text{PSV}_{\text{ert}}}{\frac{1}{2}(\text{PSV}_{\text{kech}} + \text{PSV}_{\text{ert}})} \times 100\% \quad \text{yoki} \quad \frac{540 - 470}{\frac{1}{2}(540 + 470)} \times 100\% =$$

$$= \frac{70}{505} \times 100\% = 14\%$$

Variabellikni 20% dan ko'payishi bronxlar giperreaktivligidan dalolat beradi va bu bronxial astmadan dalolat beradi. Bazanda provakatsion probalar(qo'zg'atuvchi) o'tkaziladi.

Rentgenologik tekshirganda fibrozli-sklerotik o'zgarishlar bilan birga, o'ng qorincha gipertrofiyasi o'pka arteriyalari kengayishi mumkin. Rentgenologik tekshirganda- o'pkadagi dimlanish holatlarini ko'rishimiz mumkin. A. pulmonarisni konussimon shishi (kengayishi). Bronxoektaz yoki emfizemaga xos o'zgarishlar ko'rish mumkin.

Nafas olishda qarshilik kuchaymagan, umumiy o'pka hajmi meyorda yoki kamaygan, o'pka qoldiq hajmi ko'paygan, gipoksemiya bo'ladi, giperkapniya bo'ladi, eritrotsitoz bor, gematokrit rivojlangan. O'pkada obstruksiya kuchli.

Laborator tekshirish-qonda kompensator eritrotsitoz, leykotsitoz, EChT biroz oshishi mumkin. Balg'am shilliqli-yiringlidir. Tarkibida neytrofillar, makrofaglar bo'ladi.

EKGda-o'ng qorincha gipertrofiyasini ko'rishimiz mumkin.

Kasallik xurujida yiringli balg'am paydo bo'ladi va ko'payadi, hansirash kuchayadi, o'pkada xirillashlar kuchayadi, ko'krak qafasida og'irlik hissi paydo bo'ladi, organizmda suyuqlik saqlanadi.

Differentsial diagnostika. Pnevmoniya, pnevmotoraks, o'pka raki, yuqori nafas yo'llari obstruksiyasi, chap qorincha yetishmovchiligi (o'pka shishi), o'pka arteriyasi tromboemboliyasi bilan o'tkaziladi.

Tashqi nafas funksiyasi ventilyatsiyasining obstruktib tip buzilishi bo'lib, maksimal nafas chiqarish tezligi pasayishi kuchayib boradi. Bu

nafas yo'llarida qarshilik ortishi bilan bog'liq va gazlar almashinuvi buziladi. Tashqi nafas funksiyasini o'rganishda ЖЕЛ, ПСВ, ФЖЕЛ, ОФС₁, МСВ 75, 50, 25. bularni o'rganish o'pkani funktsional diagnostikasida ahamiyati katta. Meyorda OFV₁-80% dan ko'p bo'lishi kerak. OFV₁ meyorda bo'lsa O'SOK tashxisini inkor qiladi. OFV₁ 80% dan past bo'lsa, $\frac{OFV_1}{JYL} = 70\%$ dan past bo'lsa bronxlarda obstruksiya

JYL

borligidan dalolat beradi. Kasallik kuchayib borib yiliga 50 ml ga OFV₁ kamayib boradi.

O'SOKning kechishining klinik xarakteristikasi

Kasllik simptomlari	Bronxitik turi	Emfizematoz tipi
Asosiy simptomlarning munosabati	Yo'tal > hansirash	Yo'tal < hansirash
Bronxial obstruksiya	Rivojlangan	Rivojlangan
O'pkaning giperinfilyatsiyasi	Biroz rivojlangan	Kuchli rivojlangan
Teri qoplamimi rangi	Diffuz tsianoz	Sarg'aygan (pushti-kulrang)
Yo'tal	Balg'am gipersekretsiyasi bilan	Kam maxsulotli
O'pkadagi rentgenologik o'zgarishlari	Diffuz pnevmoskleroz	O'pka emfizemasi
O'pka yurak	O'rta va keksa yoshda, barvaqt dekompensatsiya	Keksa yoshda, dekompensatsiya kechroq
Politsitemiya, eritrotsitoz	Ko'p uchraydi, qonning qovushqoqligi oshgan	Xarakterli
Kaxeksiya	Xarakterli emas	Xarakterli, ko'p uchraydi
Shish (semirish)	Xarakterli	Xarakterli emas
Funksional	Nafas va YQT	Nafas

buzilishlar	kasalliklari yetishmovchiligi kuchayishi	yetishmovchiligi YQT tizimi yetishmovchiligid an ustunlik qiladi.
Gazlar almashinuvi buzilishi	PaO ₂ <mm.sim.ust teng; PaCO ₂ >45mm.sim.u st teng;	PaO ₂ <mm.sim.us t teng; PaCO ₂ <45mm.si m.ust teng;

Kasallikning kechishi. Kasallik uchun o'tkir boshlanishi xarakterli emas, ammo sekin kuchayib boradi. Yo'tal ko'payadi, shilliqli yoki yiringli balg'am ajralishi ko'payadi, hansirash kuchayib boradi. 25-30 yillar o'tganda og'ir nafas yetishmovchiligi yuzaga chiqadi. Bemorlar og'ir nafas yetishmovchiligidan, surunkali o'pka yurak yetishmovchiligidan, o'pka arteriyasi tromboemboliyasidan, spontan pnevmotoraks va qo'shimcha kasalliklardan vafot etadilar. Kasallik prognozini aniqlash uchun bronxial obstruktsiyani aniqlash lozim. Buning uchun OFV₁ aniqlash kifoyadir. OFV₁ yosh o'tishi bilan bazilarda chekmaydiganlar uchun 30ml va chekuvchilar uchun 45ml kamayishi mumkin. OFV₁ ning yiliga 50 mldan kamayishi kasallik xurujini kuchayishidan (kasallik og'irlashganligidan) dalolat beradi.

Davolash. Davolashning asosiy prinsipi.

1. Kasallik og'ir engilligiga qarab **Qisqa tasir qiluvchi bronxodilyatatorlar yoki**
2. **Uzoq tasir qiluvchi bronxodilyatatorlar.**
3. **Ingalatsion glyukokortikosteroidlar (IGKS) (O'SOK 3-4 bosqichda.**
4. **Uzoq tasir qiluvchi bronxodilyatatorlar bilan IGKSlarni birgalikda berish.**
5. **Antileykotrien preparatlardan berish.**

O'SOK larini davolash uchun birinchi navbatda;

1. Kasallik rivojlanishini va kuchayishini oldini olish. Chekishni va zararli omillarni bartaraf qilish.
2. **Yallig'lanishni davolash**, bronxial obstruktsiyani bartaraf qilish, umumiy va mahaliy immunitetni kuchaytirish. Bronxolitik terapiya. Antixolinergik moddalar, β 2 simpatomimetiklar, teofillin 400-600mg-gemodinamik effekti bor, ishemiyaga uchragan zonada perfuziyani yaxshilaydi, o'pka tomirlarida qarshilikni kamaytiradi. Ingalatsion

bronxolitiklar (M-xolinoblokatorlar (bronxolitik tasirga ega, nojo'ya tasiri kam, biologik membranalgdan kam so'riladi)-ipratropium bromid 160-320mg (atrovent)). Bular effekt bermasa betta 2 agonistlar-bular bronxlarni kengaytirish xususiyatiga ega (salbutamol, feneterol (berotek, berodual), terbutalin). (M-xolinoblokatorlar va betta 2 agonistlar kombinatsiyada berilsa samarasi yaxshiroq.

Glyukokortikoidlar-metilprednizolon 16-32mg, prednizolon 20-40 mg. Tabletkada uzoq muddat berilmaydi, chunki garmonga tovbe bo'lib qolish mumkin. Antibakterial terapiya;

1. O'SOKning I tipdagi xurujli bemorlarda.

2. O'SOKning II tipdagi xurujli bemorlarda va bemorlarda yo'talganda yiringli balg'am ajralishi bo'lsa.

3. O'SOKning og'ir xurujli bemorlarda tavsiya etiladi. Buning uchun (penitsilin, tsefalosporin qator va makrolidlar) yiringli balg'am bo'lganda, intoksikatsiya bo'lganda tavsiya etiladi. Bronxial sekret (balg'am) ni bakteriologik tekshirgandan so'ng mikroorganizm topilsa 7-10 kunga tavsiya etiladi, viruslar topilsa virusga qarshi preparatlar (remantadin, midantan) beriladi. Mukolitik terapiya-N-atsetiltsistein, ATsTs(AlII), mukosolvin, ambroksol, bronxolitin, bromgeksin, inspiron 80 mg dan 2 mahal ovqatdan oldin, lazolvan tavsiya etish mumkin.

Fizioterapevtik davo-pastural drenaj-30 ml ko'p balg'am ajralsa tavsiya etiladi.

O'tkazishdan 30 min oldin bronxlarni kengaytiruvchi va balg'am ko'chiruvchi dorilarni qabul qilish kerak.

Bemorlar drenaj holatni qabul qilishi kerak, buning uchun bemorlar ko'krak qafasini 20-30 gradus burchakda gorizontal holatdan yuqoriroqda saqlaydi.

Bemor o'zi har xil holatlarni egallaydi, balg'am ko'chishi yaxshi bo'lishi uchun. Har bir pozitsiyaga bemor 5-15 daqiqa turishi kerak. Drenaj kuniga 2 mahal qilinadi va sutka davomida xuruj davrlarida 4 martagacha bajariladi.

Perkussiyali va vibriomassaj. Bu davo usuli yo'tal chaqirib balg'amni ko'chiradi va nafas chiqarishda bajariladi. Maqsad bronx devorlaridan balg'amni ko'chirishni yaxshilash va ularni yirik bronxlarga chiqarish(harakatlantirish).

Vibratsiya bemorlarni silkitgandan (pokalachivaniya) so'ng, faqat nafas chiqarish fazasida o'tkaziladi. Vibratsiya 1 min atrofida qilinadi.

Bemorlarni silkitish faqat 45 gradus o'tirgan holatda bajarilib, faqat qovurg'a ustidan uriladi kaft bilan, boshqa joydan mumkin emas. 1 minut davom ettiriladi.

Qarshi ko'rsatma keksa yosh, uzoq muddat garmonal dorilarni qabul qilgan bo'lsa va osteoporoz bo'lsa.

Geparin berish mumkin-mukolitik va allergiyaga qarshi tasir qiladi.

Yallig'lanishga qarshi fitoterapiya-piyoz va sarimsoq soki, evkalipt nastoykasi.

Tez-tez xuruj qiluvchi O'SOK lariga immun tizimini kuchaytiruvchi levamizol, T-aktivin, timalin mushak orasiga yuborish mumkin.

α_1 antitripsin tanqisligi bilan kechadigan bemorlarda sutkada 60 mg/kg α_1 antitripsin vena ichiga yuboriladi.

Doimiy retsidivga qarshi davo choralari ko'rish. Bronxoobstruktiv sindrom bo'lganda ingalatsion glukokortikosteroidlar (beklametazon, budesonit, flutikazon propionate, mometazon furoat, tsiklesonid va b.q).

Uzoq tasir qiluvchi ingalatsion β_2 agonistlar (salmeterol, terbutalin, formoterol).

Ingalatsion glyukokortikosteroidlarni bronxodilyatatorlar bilan birgalikda berish.

Antixolinergik preparatlardan – ipratropiy bromid berish.

Qisqa tasir qiluvchi teofillin-2 qator preparatlar.

Antileykotrien prepapatlar (montelukast, pranlukast, zafirlukast).

Fenspirid (inspiron 80 mg-2m ovqatdan oldin).

Kasallikni asoratini davolash-o'pka, o'pka-yurak yetishmovchiligi bo'lganda-oksigenoterapiya qilinadi kislorodni portsiyal bosimini saqlash uchun va o'pkani suniy ventilyatsiyasi PaCO₂ kamaytirish maqsadida hamda qonda pH tushib ketsa uni meyorda keltirish uchun. O'pka kapilyarlarida gipertenziya bo'lganda uzoq tasir qiluvchi nitratlar, kaltsiy antagonistlari-nifedipin, yurak glikozidlari, saluretiklar-o'ng va chap qorincha yetishmovchiligiga, veroshpiron-o'ng qorincha yetishmovchiligiga.

Fizioterapiya-ko'krak qafasiga UFO, ultratovush, UVCh, induktotermiya tavsiya beriladi. Massaj, nafas gimnastikasi o'tkaziladi.

Profilaktikasi uchun sanatoriya va kurortlarda davolash-Oqtosh, Zomin, Krim, Kislovodsk va b.q. tavsiya etiladi.

Nazorat savollari va topshiriqlar.

Test savollarini yechish;

O'tkir bronxit haqida tushuncha va etiologiyasi, patogenezi.

O'tkir bronxitning klinik simptomlari.

Kasallikda kuzatiladigan patologoanatomik o'zgarishlar.

Bemorlarni auskultativ tekshish va undagi o'zgarishlar.

Bemorlarni instrumental tekshirish va undagi o'zgarishlar.

Bemorlarni laborator tekshirish va undagi o'zgarishlar.

Surunkali bronxit haqida tushuncha va etiologiyasi, patogenezi.

Surunkali bronxit bilan kasallangan bemorlar asosiy va qo'shimcha shikoyatlari.

Kasallikda kuzatiladigan patologoanatomik o'zgarishlar.

Bemorlardagi palpator, perkutor va auskultativ o'zgarishlar.

Bemorlarni instrumental laborator tekshirish va undagi o'zgarishlar.

Mustaqil ish topshiriqlari.

O'tkir va surunkali bronxit etiologiyasi, patogenezi, klinikasi o'rganish.

Kasallikda kuzatiladigan patologoanatomik o'zgarishlarni o'rganish.

Bemorlarda palpatsiya, perkussiya, auskultatsiya o'tkazish texnikasini o'rganish.

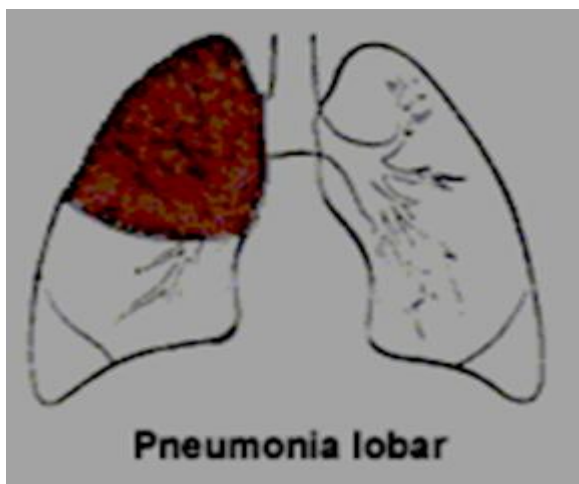
Bemorlarni instrumental va laborator tekshirishlarga tayorlash va o'tkazish texnikasini bilish.

Krupoz zotiljam (kasalxona ichi va tashqi pnevmoniya).

Mavzuning maqsadi: O'tkir zotiljam, etiologiyasi, patogenezi, patomorfologik va klinik bosqichlari. O'tkir zotiljamda subyektiv va obyektiv malumotlarni to'g'risida tushuncha, palpator, perkutor, auskultativ va laborator hamda instrumental tekshiruvlar haqida malumot berish.

Tayanch atama va iboralar: o'tkir zotiljam, etiologiya, patogenezi, quyilish bosqichi, sariq va qizil jigarlanish, sog'ayish bosqichlari, yo'tal, hansirash, crepitatsio indux, crepitatsio redux, bronxofoniya, rentgenografiya, spiroografiya, balg'amni tekshirish, to'mtoq va quticha tovush.

Krupoz zotiljam (26-surat)-o'pkaning bitta yoki barcha bo'lagi yoki segmenti yallig'lanishi bo'lib, o'tkir, birdaniga boshlanishi bilan ajralib



turadi hamda mikrotsirkulyatsiyani buzilishi bilan kechadigan kasallik bo'lib, jarayon plevraga ham o'tishi mumkin.

Finlyandlar va Kokortliklarning olib borgan tekshiruvlari shuni ko'rsatdiki kasallik kelib chiqishiga rol o'ynaydigan risk omillarga alkagolizm, immunitetning sustligi, o'pka kasalliklari, bronxial astma,

26-surat.

yurak kasalliklari, keksa yosh (60-69

va 70 yoshdan so'ng) kiradi. Yosh har 10 yoshga ulg'aysa kasallik ham ko'proq uchraydi, jinsi erkak kishilar ko'proq kasallanadilar.

Etiologiyasi va patogenezini; kasallik kelib chiqishiga infeksiyani va bazi bir kasalliklar (qandli diabet, sistemali kasalliklar, bo'g'uvchi tasir qiluvchi zaharli gazlar) ni roli bor. Bulardan asosiylari bo'lib pnevmokokklar, Fridlender diplobatsillasi, stafilokokklar hisoblanadi. Bulardan tashqari bazi omillar sovuq qotish, mukotsiliar klirens buzilishi, alveolalarda surfaktantni kamayishi, o'pkadagi makrofaglar va neytrofillarni fagotsitar aktivligini susayishi, organizm immunitetini pasayishi, ortiqcha miqdorda doimiy alkogolli ichimliklar istemol qilib yurish, nafas yo'llarini toksik moddalar, gazlar va changlar bilan doimiy tasirlanib turishi kasallikni kelib chiqishiga ko'maklashadi. Mikroorganizmlar o'pkaga asosan havo orqali bronx yo'llaridan alveolalarga tushadi va yallig'lanish chaqiradi. Serrozli shish bo'lib, bu yerda mikroorganizmlar ko'payishiga muhit yaratiladi. Yallig'langan sohada, yallig'lanish mediatorlari; gistamin, bradikinin, seratonin kabi biologik aktiv moddalar semiz hujayralardan ajralib chiqadi va alveolalar orasidagi kapilyarlarni kengaytiradi hamda ular o'tkazuvchanligini oshiradi. O'pka to'qimasida lizasomalardan lizasomal fermentlar chiqib yallig'lanish jarayonini chuqurlashtiradi. Shuni hisobiga o'pkada yallig'lanishning klinik belgilari yuzaga keladi.

Pnevmoniyalar klassifikatsiyasi

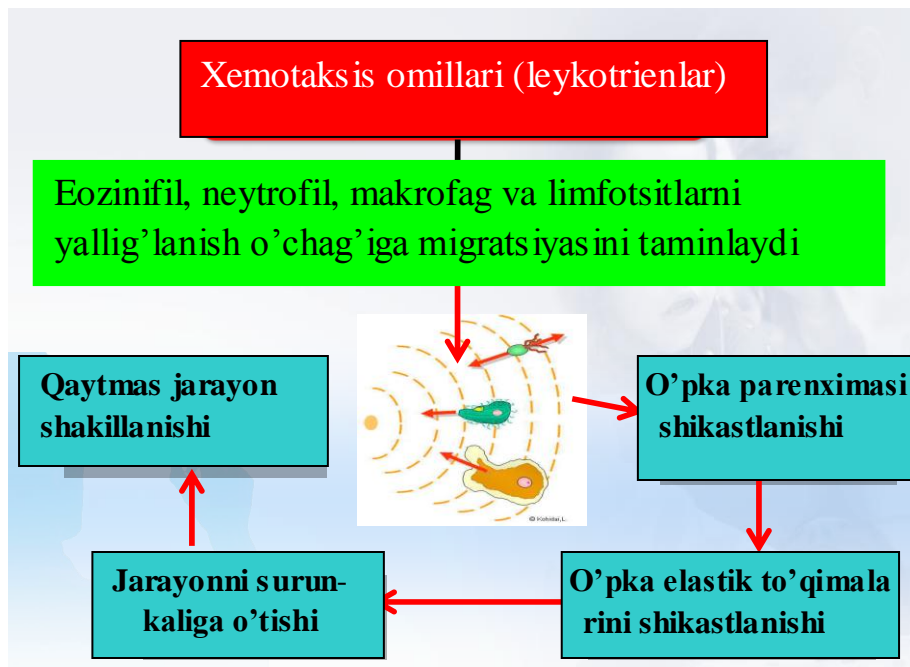
- I. Kasalxonadan tashqari pnevmoniya
- II. Kasalxona ichi (gospital, nozokomial) pnevmoniya (48 soat ichida kasalxonada kasallansa)
- III. Aspiratsion pnevmoniya
- IV. Immunogenez buzilishi natijasida kelib chiqadigan pnevmoniya

O'pkadagi patomorfologik o'zgarishlar 4 bosqichda o'tadi.

I. Biologik faol moddalar ta'sirida o'pka kapilyarlari kengayib qonga to'lish (giperemiya) bosqichi. Bunda alveolalar orasidagi kapilyarlar kengayib, o'pka to'qimasida giperemiya paydo bo'ladi, kapilyarlarning o'tkazuvchanligi oshishi natijasida alveolalar ichida yallig'lanish eksudati to'planadi, 3 kun davom etadi.

II. Qizil jigarlanish bosqichida alveolalar va kichik bronxlardagi eksudatga qon tomirlardan eritrotsitlar va oqsil (fibrinogen) va boshqalar (xemotaxis jarayoni kechadi (27-surat.)) o'tadi. Alveolalardan havo siqib chiqarilib, fibrin bilan to'ladi. Bu bosqich 1-3 kun davom etadi.

27-surat.



III. Kulrang jigarlanish bosqichida eksudatda leykotsitlar ko'payadi, kesib ko'rilganda kulrang jigarni eslatadi. Mikroskop orqali tekshirilganda pnevmokokklarni fagotsitoz qilgan neytrofillarni ko'rish mumkin. III bosqich -3- 6 kun davom etadi.

IV. Tuzalish bosqichi kasallikning 7-10 kunlarida boshlanadi. Bu bosqichda alveola bo'shlig'idagi fibrinlar asta erib, alveoladagi epiteliy to'qimasi ko'chib, ichida pnevmokokklari bor neytrofillarni fagotsitoz qilgan makrofaglar bilan birgalikda bronx orqali chiqa boshlaydi, eksudat sekin asta so'riladi. O'pka to'qimasi yumshayadi, ammo elastiklik holatiga tezda qaytmaydi. Bu bosqichning davom etish muddati yallig'langan sohaning kattaligiga, kasallik qo'zg'atgan mikrobnining virulentlik xususiyatiga bog'liq.

Qari, holsizlangan bemorlarda esa yallig'lanish jarayoni sust o'tib, uzoq muddatga cho'zilishi mumkin.

Klinik belgilari. Kasallik to'satdan boshlanib bemorning tana harorati 39- 40° C ga ko'tariladi. Bemorlar varaja qiladi, darmoni qurib, boshi og'riydi, terlaydi. Avval quruq, so'ngra zangsimon (kofesimon) balg'amli yo'tal, ko'krak qafasida sanchiqli og'riq, havo yetishmasligi paydo bo'ladi. Og'riq yo'talganda, chuqur nafas olganda kuchayadi. Ko'pchilik bemorlarda bosh og'rig'i, ishtahaning bo'g'ilishi va mialgiya kuzatiladi. Bemorning nafas olishi (ayniqsa o'pkaning katta qismi yallig'langanda) tezlashadi va yuzaki bo'ladi. Bemorlar ko'zdan kechirilganda labi, burni, qulog'ida tsianoz kuzatiladi, labiga, og'iz burun atrofiga uchuqli toshmalar toshadi. Kasallikning klinik manzarasini patomorfologik o'zgarishlar davri bilan taqqoslaganda I bosqichga to'g'ri keladi.

Qonga to'lish davri kasallikning boshlang'ich, dastlabki kunlarida to'g'ri keladi. Bunda bemorning ahvoli og'ir, tana harorati yuqori darajada (39-40°C) bo'lib, varaja qiladi. Ko'krak qafasining sanchib og'rishi va havo yetishmovchiligidan shikoyat qiladi. Bemorda avvalo quruq, so'ngra shilimshiq balg'am ajraladigan yo'tal paydo bo'ladi. Nafas olishi tezlashadi. Shilliq qon aralash balg'am ajraladi. Palpatsiyada ovoz drillashi kuchaygan. Perkussiya qilinganda o'pkaning yallig'langan qismi sohasida qisqargan perkutor yoki bo'g'iq timpanik tovush eshitiladi. Auskultatsiya qilinganda o'pkaning yallig'langan qismi sohasida vezikulyar nafasning susaygani, bundan tashqari, qisqa muddatli erta paydo bo'ladigan krepitasiya (krepitatsio indux) eshitiladi. Ayrim vaqtlarda plevra ishqalanishi shovqini eshitiladi. Bemorlarda bronxofoniya kuchaygan bo'ladi.

Kasallikning II bosqichida bemor yo'talganda temir zangi rangidagi balg'am ajraladi. Bemorning umumiy holati anchagina og'ir bo'ladi. Paypaslab ko'rilganda ko'krak qafasida og'riq borligi, tovush dirillashi kuchayganligi aniqlanadi. Perkussiya qilinganda esa o'ta bo'g'iq tovush eshitiladi. Auskultatsiya qilinganda esa bronxial nafas shovqini eshitiladi. Bronxofoniya kuchaygan.

III bosqichda shilliqli va yiringli balg'am ajrala boshlaydi, paypaslanganda, perkussiyada va auskultatsiyada bu o'zgarishlar II bosqichdagiga o'xshash bo'ladi.

Kasallikning IV bosqichi yoki kasallikning III klinink bosqichida esa tana harorati pasayib, shillikli balg'am ko'proq ajrala boshlaydi. Bemorning umumiy holati yaxshilana boshlaydi. Paypaslanganda og'riqning kamayganini yoki yo'qolganini, tovush dirillashi biroz pasayganligini, ko'krak qafasi rezistentligining tiklanayotganini aniqlash mumkin. Perkussiya qilinganda bir oz bo'g'iq tovush, auskultatsiya qilinganda, bronxovezikulyar nafas shovqini, dag'al krepitatsiya (krepitatsio redux) va nam xirillash eshitilishi mumkin.

Krupoz zotiljamda nafas olish a'zolaridan boshqa a'zolarida ham sezilarli o'zgarishlar sodir bo'lishi mumkin.

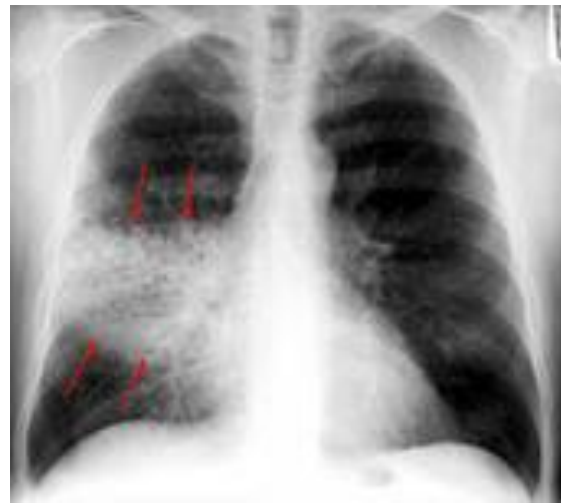
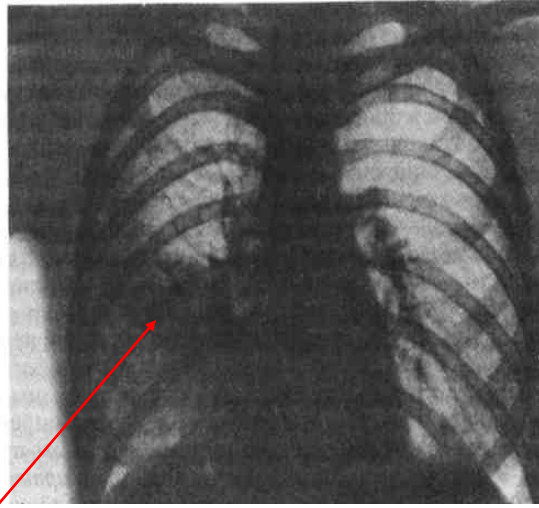
Yurak-tomirlar sistemasida yurak urishi tezlashadi, arterial qon bosimining pasayishi kuzatiladi. Yurak tonlari susayadi. Bu o'zgarishlar qari, holsizlangan bemorlarda ko'proq jiddiy oqibatlariga olib kelishi mumkin.

Buyrak tizimidagi o'zgarishlar: bemorning siydigi kamayadi, uning solishtirma og'irligi oshadi. Ayrim hollarda siydik bilan oqsil ajralib chiqadi.

Bemorning balg'amidagi o'zgarishlar kasallikning kechish bosqichlariga bog'liq ravishda I bosqichda shillikli, II bosqichda qon aralash (temir zangiga o'xshash), III-IV bosqichlarda shillikli va yiring aralash bo'ladi.

Krupoz zotiljam kasallikni aniqlashda rentgen usuli bilan tekshirish muhim rol o'ynaydi. Oldingi va orqa tomondan tushirilgan rentgen tasvirlarida kasallangan o'pka bo'lagi soyasining zichlashganligini ko'rish mumkin. Rentgenogrammada yallig'lanish o'pkaning qaysi bo'lagidaligini, hajmini aniqlash mumkin. Rentgenologik o'zgarishlar o'pka to'qimasi qattiqlanishi sohasida o'choqli soya ko'rinadi (28-surat).

Kasallikni to'liq aniqlash uchun bemorning qonini, balg'amini, siydigi, qon oqsilini laboratoriyada tekshirish kerak. Laborator tekshirish; leykotsitoz leykositar formulani chapga siljishi bilan (15-300000 1 mkl qonda), tayoqcha yadroli neytrofillar 30% gacha oshadi, eritrotsitlar soni ko'payadi, aneozinofiliya, EChT 40-45 mm/s gacha oshishi kuzatiladi. Qonda yirik dispers oqsillarning nisbiy miqdori ortadi. Fibrinogen, mukoprotein, seromukoid, gaptoglobulin, sial kislota, zardob globulinlari miqdorining oshishi, albuminlarning kamayishi, S reaktiv oqsil musbat bo'lishi kuzatiladi.



28-surat. Rentgenografiyada o'ng o'pkaning krupozli yallig'lanishi tasvirlangan.

Tana harorati yuqori bo'lganda siydik analizida biroz proteinuriya va tsilindruriya bo'lishi mumkin. Balg'amni tekshirganda; bemorlar balg'ami tarkibida ko'p miqdorda eritrotsitlar, fibrinlar va sariq jig'arlanish bosqichida leykotsitlarni ko'rish mumkin.

Krupoz zotiljam kasalligining asoratlari; o'pkada absess, plevraning yallig'lanishi, o'pkaning surunkali yallig'lanishiga o'tishi, o'pkadan tashqari asorati infeksiyon toksik shok, o'tkir yurak-qon tomirlarlar sistemasi yetishmovchiligi, buyrak yetishmovchiligi, oshqozon-ichak shilliq qavatida yaralar vujudga kelishi, qonning tomir ichida ivish sindromi (DVS sindrom), infeksiyon-allergik miokardit, endokardit, perikardit, meningit, nefrit, gepatit kiradi.

Davolash. Krupoz zotiljam bilan og'rikan bemor albatta kasalxona sharoitida davolanishi kerak. Bemorda yotoq rejim va parhez buyuriladi.

Dorilar yordamiga davolash: 1) Etiologik-antibakterial preparatlar, 2) Patogenetik-antigistamin preparatlari, 3) Simptomatik balg'am ko'chiruvchi siroplar va yo'talga qarshi dorilar, 4) Tana harorati yuqori bo'lganda dezintoksikatsion va isitma tushiruvchi terapiya, 5) Umumiy quvatlovchi vitaminoterapiya davolash usullaridir.

Fizioterapevtik davolash.

Dispanser ko'rigidan vaqti-vaqti bilan o'tib turish va ambulator davolanish.

Bemor asosan kasalxonada davolanishi yoki uyda kasalxona sharoiti yaratilishi kerak. Ayniqsa tana harorati yuqori ko'tarilgan

bemor o'ringda yotishi, ko'p suyuqlik ichishi, vitamin va oqsillarga boy ovqatlarni istemol qilishi lozim.

Asosiy (o'pka to'qimasi zichlashish sindromi) sindromlar

Mavzuning maqsadi: Asosiy klinik sindromlarni o'rgatish. O'pka to'qimasi zichlashish sindromini va o'pkada bo'shliq sindromini bilish.

Uzoq muddatli o'pka yallig'lanishi natijasida interstitsial to'qimani shishi va alveolalarni eksudat va fibrin bilan to'lishi, o'pka infarktida alveolalarni qon bilan to'lishi, o'pka to'qimalarida pnevmoskleroz va kornifikatsiyada biriktiruvchi to'qima o'sishi yoki o'sma to'qimasi tufayli o'pka to'qimasida zichlashish sindromi yuzaga keladi. Bemorlarning asosiy shikoyati hansirash, yo'tal, nafas yetishmovchiligi, umumiy holsizlik, isitma va h.k. Umumiy ko'zdan kechirganda ko'krak qafasining "kasal" tomoni nafas olishda orqada qolishi; o'pka to'qimasi zichlashgan sohada ovoz dirillashining kuchayishi, perkutor o'pkaning qattiqlashgan sohasi ustida bo'g'iq tovush, auskultatsiyada patologik bronxial nafas eshitiladi, bronxofoniya kuchaygan, kichik bronxlarda suyuq sekret bo'lgan hollarda jarangli (konsonirlangan) xirillashlar eshitiladi. Rentgenologik tekshiruv natijasida zichlangan sohada gomogen soya koramiz.

O'pkada bo'shliq sindromi hosil bo'lishi.

Buning asosiy sababi o'pka abtsesi, o'pka exinokokki, tuberkulyoz kavernasi, o'pka raki parchalangandan so'ng hosil bo'ladi. Bo'shliq suyuqlikdan xoli bo'lgandan so'ng bo'shliq bronxlar bilan tutashsa atrofida yallig'lanishli valik hosil bo'ladi. Bemorlar ko'zdan kechirilganda kasal ko'krak qafasi nafas olish aktida orqada qoladi. Ovoz drillashi kuchaygan. Perkussiyada bo'g'iq-timpanik, bo'shliq katta bo'lsa timpanik tovush bazan metalsimon tovushdek eshitiladi. Auskultatsiyada amforik nafas, bazan o'rta va yirik pufakchali nam xirillashlar, suyuqlik ko'proq bolsa tomchi tomish shovqini eshitiladi. Bronxofoniya kuchaygan.

Plevra bo'shlig'ida va ko'krak qafasida havo to'planish sindromi.

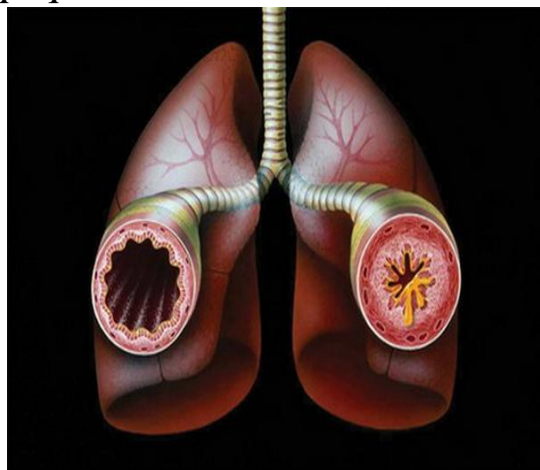
Sabablari o'pka va bronxlarni tuberkulyoz kavernasi tufayli yoki o'pka raki parchalanishi tufayli plevra bo'shlig'i bilan muloqotda bo'lishi natijasida yoki ko'krak qafasi travmalari spontan pnevmotoraks

sodir bo'lishi, o'pka exinokokki yorilishi natijasida vujudga keladi. Bemorlarni ko'krak qafasida kuchli og'riq, nafas yetishmovchiligi, hansirash kabi simptomlar bezovta qilib, ularni vahima bosadi. Bu bemorlarda kasal tomonga havo to'planishi munosabati bilan ko'krak qafasi assimetriyasini va nafas olish aktida ishtirokini cheklanishini ko'rish mumkin. Bemorlarda periferik tsianoz ko'rish mumkin. Palpator ovoz drillashi sekinlashgan va perkutor timpanik tovush eshitiladi hamda auskultatsiyada nafas va bronxofoniya susaygan. Rentgenologik o'pka rasmi ko'rinmaydi va o'pka maydoni yorug' bo'ladi, ko'ks oralig'i organlari teskari tomonga siljiydi. Davolash kasal tomondan III qovurg'a ostidan va IV qovurg'a ustidan punktsiya qilinadi va havo tortib olinib asosiy kasallik davolanadi.

Bronxial astma

Mavzuning maqsadi: Bronxial astma etiologiyasi, patogenezi, klinikasi, o'pka to'qimasida havo ortish sindromi, bronxoobstruktiv sindromlari, ushbu holatlarda fizikal tekshirishlar to'g'risida tushuncha berish.

Mavzu bayoni. Bronxial astma bu surunkali kechuvchi, bronx shilliq qavatining yallig'lanishli kasalligi bo'lib, bronxlarning ekzogen va endogen omillarga giperergik reaksiyasi, ular mushaklarining qisqarishi va bronx hamda nafas yo'llarining tarqoq obstruktsiyasi bilan



kechadigan allergik kasallikdir (29-surat). Kasallikning asosiy belgisi bo'lib bo'g'ilish simptomi hisoblanadi. Bronxlarning obstruktsiyasi, mushaklar spazmi, shilliq qavatda shish bo'lishi hamda bronxlarning qadoqsimonhujayralari giperfunksiyasi va kipriksimon hujayralarning funktsiyasini pasayishi va ularning sonini kamayganligi tufayli shilliq

29-surat.

balg'am bilan to'lishi natijasida vujudga keladi yani mukotsiliar klirens buziladi. Shu tufayli bemorlarda yo'tal bilan balg'am ko'chishi qiyin bo'ladi. Bazi bir malumotlarga ko'ra bronxial astma bilan 10% gacha aholi astmaning u yoki bu turi bilan kasallanadi.

Bronxial astmaning 5 turi mavjud;

1. Infektsion allergik astma;
2. Atopik astma;
3. Kasbga doir (professional) astma;
4. Aspirinli astma;
5. Reflyukus astma;

Allergiyaning etiologik omillari. Kasallikning asosiy omillari bo'lib, allergenlar hisoblanadi. Allergenlar ekzogen hamda endogen allergenlarga bo'linadi. **Ekzogen** allergenlar o'z navbatida infektsion va noinfektsion allergenlarga bo'linadi.

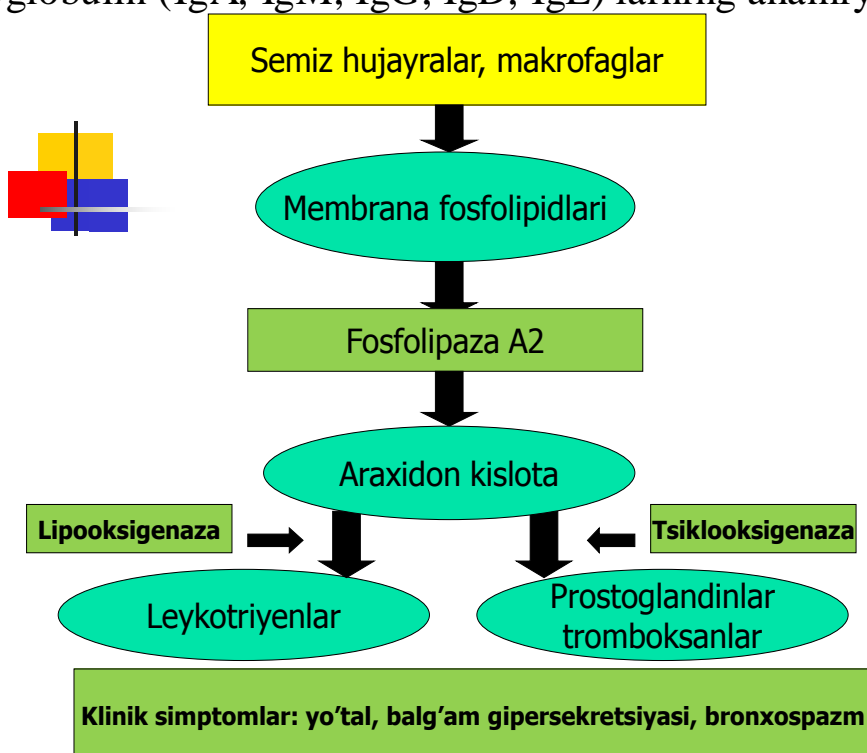
Endogen allergenlar tabiiy va ortrilgan allergenlarga bo'linadi. **Ekzogen noinfektsion** allergenlar bo'lishi mumkin chang, gul va ular hidlari, dori moddalari (aspirin), rang, sherst, kislota va bo'yoqlar hidlari, oziq-ovqat maxsulotlari, pomidor, bolgar qalampiri, kakao, shokolad, tuxum, tsitrusli mevalar, qovun va h.k.larni kiritish mumkin. **Ekzogen infektsion** allergenlarga bakteriyalar, viruslar, zamburuglar hamda gijjalarni (gelmentozlarni) kiritish mumkin. **Endogen** tabiiy allergenlarga qalqonsimon bezi hujayralaridagi, miyadagi, ko'z gavharidagi va erkaklar urug'doni (moyaklari) hujayralaridagi allergenlar kiradi. Ushbu hujayralar allergenlari tabiiy sharoitda niqoblangan bo'lib, allergenlik xususiyatini namoyon etmaydi va ular shikastlanishi munosabati (niqobsizlanishi) bilan ushbu hujayralar allergenlik xususiyatini namoyon qiladi. **Endogen** ortrilgan allergenlarga organizmdagi shaklini o'zgartirgan (kuygandan so'ng organizmda hosil bo'ladigan toksinlar) hujayralar va b.q.lar kiradi. Endogen omillar tufayli yuzaga keladigan bronxial astma (BA) endogen yoki topik deb aytiladi. Misol uchun: «aspirinli» BA, homiladorlikdagi BA, psixogen BA, zo'riqishdagi BA, gipereozinofilli BA va b.q.

Patogenezi organizmga allergenlar tushgandan so'ng ularga qarshi organizmda antitana ishlab chiqariladi, ular butun organizm bo'yicha tarqaladi va sensibilizatsiya yuzaga keladi. Organizmga qayta antigen tushgandan so'ng allergik reaksiya vujudga keladi. Buning vujudga kelishi semiz hujayralarning shikastlanishi bilan bog'liq, chunki semiz hujayralar shikastlangandan so'ng ulardan biologik faol moddalar gistamin, serotonin, bradikinin kabi moddalar ajralib chiqadi. Biologik faol moddalar bronx mushaklarini qisqartiradi va bronxlar shilliq qavatidagi bezlarni gipersekretsiyasiga olib keladi va qon tomir kapilyarlari kengayadi ular o'tkazuvchanligini oshiradi. Bu o'z

navbatida bronxlarning torayishi, shilliq qavatlarining shishi hamda shilliq balg'am yig'ilishiga olib keladi.

Bularni sxema tarzida 30-suratda quyidagicha tasvirlash mumkin.

Atopik bronxial astma rivojlanishini uch bosqichi tafovut qilinadi: **birinchi immunologik bosqichda** organizmda tushgan allergenga qarshi antitananing hosil bo'lishi (AG+AT). **Ikkinchi patokimyoviy bosqichda** semiz hujayralardan biologik faol maddalar (gistamin, bradikinin, ceratonin va b.q.) ning ajralib chiqishi. **Uchinchi patofiziologik bosqichda** biologik faol moddalar tasirida bronxlar mushaklari qisqarib, qon tomir kapilyarlari kengayadi va ular o'tkazuvchanligi oshib shilliq qavatlarda shish paydo bo'ladi hamda bronxlar bezlarining gipersekretsiyasi vujudga kelib, kasallikning klinik simptomlari yuzaga chiqadi. Kasallikni rivojlanishida immunoglobulin (IgA, IgM, IgG, IgD, IgE) larning ahamiyati kattadir.



30-surat.

Antigenlar bilan reaksiyaga kiruvchi moddalar reagentlar bo'lib, ko'pchilik holatlarda IgE reaksiyaga kirishadi. IgE semiz hujayralar membranasi antigenlar bilan kompleks hosil qilib, allergik reaksiyani chaqiradi. Bu tez tipdagi reaksiya turiga kiradi. Sekin tipdagi immunologik reaksiyaga hujayra immuniteti rol o'ynaydi. Antigen tasirida limfotsitlarning genetik apparati o'zgaradi va immun xususiyatli bo'ladi. Kasallikning kuchayishi munosabati bilan va infeksiya ham

qo'shilsa, organik o'zgarishlar sodir bo'lishiga, endoallergenlar rol o'ynaydi. Bu holatda shikastlangan hujayralar autoallergen sifatida qabul qilinadi va ularga qarshi antitana ishlab chiqariladi. Pato kimyoviy bosqichda adeniltsiklaza kamayishi (toksinlar tasirida va uning irsiy tanqisligi) hisobiga va hujayra β 2-adrenoretseptorlar bilan ATF ni tsiklik 3,5-adenozinmonofosfat (ts-AMF) ga otishini taminlamaydi va ular allergik reaksiya mediatorlarini ishlab chiqarilishini nazorat qilmay qo'yadi. Bu mediatorlar patofiziologik o'zgarishlarga olib keladi.

Patomorfologiyasi; bronxial astmada bronxlar daraxtining obstruksiyasini 4 komponent chaqiradi. Bular biologik faol moddalar tasirida silliq mushaklar spazmi, o'pka kapilyarlari kengayib bronxlar shilliq qavatidagi shishlar, qadoqsimon hujayralar gipersekretsiyasi tufayli bronxlarning shilliq balg'am bilan to'lishi va bronxlar devoridagi sklerotik o'zgarishlar. Bemorlarda doimo emfizema belgilarini ko'rish mumkin. Mikroskopik tekshiruvda qadoqsimon hujayralarning ko'payganligi va kipriksimon hujayralarning kamayganligi, shilliq ajratib chiqaruvchi bezlar ko'payganligi, bazal membrana qalinlashuvi, epiteliylar ko'chishi va bronxlar devorida eozinofillarni ko'rishimiz mumkin.

Bronxial astmaning klassifikatsiyasi (tasnifi)

1992 yilgi JSST ning xalqaro kasalliklar tasnifini ishlab chiqishda astmaning etiologik printsipdagi tasnifi qabul qilindi. Bu quyidagicha;

Asosan allergik astma (tashqaridan tushgan allergenlarga sensibilizatsiya tufayli).

1. Atopik astma, ekzogen allergik astma-IgE miqdori oshishi bilan kechadigan ximik reagen turdagi.

2. Hoallergik astma.

2.1. Endogen noallergik astma (hujayra turidagi autoimmun reaksiya shakllanishi).

2.2. Idiosinkraziya (1 va 2 turdagi astmasi borlar).

3. Aralash astma (1 va 2 tur astma baravariga kelsa).

3.1. Etiologiyasi nomalum astma.

4. Status astmaticus.

Hozirgi klassifikatsiyada kasallikning og'ir va yengilligi nazarda tutilgan bo'lib, 4 ta pog'onaga bo'lingan va klinikada qo'llaniladi. Bu tasnif kasallik profilaktikasi va davolash taktikasiga (Konsensus 1995) asoslangan.

Kechish darajasiga qarab bronxial astmaning tasnifi

Og'irlik darajasi Davolash pog'onasi	Simptomlari Bo'g'ilish simptomi	PSV yoki OFV1 PSV o'zgarishi (variabel)
Intermitirlovchi I pog'ona	Kunduzi haftada 1 martadan kam, kechqurun oyida \leq 2 martadan kam. Xuruj bo'lmaganda astma yo'q	$\geq 80\%$ $< 20\%$
Engil persistirlovchi kechishi II pog'ona	Kunduzi >1 (ko'p) haftasiga, lekin < 1 (kam) kunduzlari, Kechqurunlari >2 oyida. Xuruj faollikni buzishi mumkin.	$\geq 80\%$ 20-30%
O'rta persistirlovchi kechishi III pog'ona	Kunduzlari har kuni. Kechqurun >1 (ko'p) haftada. Xuruj faollikni buzadi.	$60-80\%$ $>30\%$
Og'ir persistirlovchi kechishi IV pog'ona	Kunduzlari doimiy va kechqurunlari tez-tez. Jismoniy faollikni cheklanishi	$\leq 60\%$ $>30\%$

Klinik manzarasi. Bronxial astma kechishi; yengil, o'rta og'ir, o'gir bo'ladi.

Kasallik boshlangan davrida bemorlarda bronxial astmaning infeksiyon-allergik shakliga tumov belgilari bilan, yo'tal, hansirash bilan namoyon bo'ladi. Nafas olish qisqa, nafas chiqarish uzaygan, bemorlarni auskultatsiya qilganda hushtaksimon xirillashlar eshitiladi. Yo'talganda qiyin ajraluvchan yopishqoq balg'am ajraladi. Bemorlar ko'zdan kechirilganda ortapnoe holat egallaydi, o'tirgan va ikki qo'li bilan tizzasiga yoki krovatga tayanib o'tiradi. PSV-80% dan ko'p, Kislород saturatsiyasi (O₂ b-n to'yinish) 95 dan ko'p, Kislородning portsiyal bosimi >80 , Karbonat angidridni portsiyal bosimi <45 .

Kasallik avj olgan bemorning yuzi biroz shishgan, nafas chiqarish bosqichida bo'yin vena tomirlari shishi kuzatiladi. Nafas olish va chiqarishda yordamchi nafas olish aktida ishtirok etuvchi mushaklari qatnashadi. **Ko'krak qafasi perkussiyasida** quticha tovushi, o'pkaning pastki chegaralarini pastga siljishi, yuqori chegarasi yuqoriga va ularning harakatchanligini keskin chegaralanishi, o'pkaning keskin kengayishi hisobiga yurakning mutloq to'mtoqlik chegarasini sezilarli darajada kamayganligini qayd etish mumkin. **Auskultatsiyada** o'pka to'qimasi ustida sust vezikulyar nafas, nafas chiqarish uzaygan va ko'p miqdordagi tarqoq quruq hushtaksimon xirillashlar eshitiladi. Yurak tonlari bo'g'iqligi, taxikardiya, II tonning o'pka arteriyasi ustida aktsenti eshitiladi. PSV-50-80%, Kislorod saturatsiya si (O₂ b-n to'yinish) 91-95, Kislorodning portsiyal bosimi 60-80, Karbonat angidridni portsiyal bosimi 45 dan kam. Baza jismoniy zo'riqish ham astma xurujini chaqiradi.

Remissiyaga o'tish davrida shilliq ko'chishi yengillashadi, o'pkadagi xirillashlar kamayadi, bo'g'ilish simptomi bezovta qilmaydi.

Ko'krak qafasini rentgen yordamida tekshirishda o'pka maydoni yorug', yuqori chegarasi yuqoriga va pastki chegarasi pastga siljiganligi, diafragmani past turishi va kam harakatliligi qayd etiladi. **Palpatsiyada** ovoz drillashi susaygan, **perkussiyada** quticha yoki timpanik tovush eshitiladi. O'pkaning pastki chegarasi pastga va yuqori chegarasi yuqoriga siljigan. O'pka ekskursiyasi cheklangan. Yurakning mutloq to'mtoqlik chegarasi kichraygan va o'ngga siljishi mumkin. Dimlanishlar hisobiga jigarning perkutor o'lchami kattalashishi mumkin. **Auskultatsiyada** sust vezikulyar nafas fonida, qisman quruq hushtaklovchi xirillashlar eshitiladi yoki umuman nafas shovqinlari eshitilmasligi (gung o'pka) mumkin. Yurak tonlari susaygan va taxikardiya eshitiladi. Bronxofoniya susaygan. **Tashqi nafas funksiyasi** tekshirilganda obstruktiv yoki pnevmoskleroz bilan birga kelganda, aralash tipi bo'ladi. Qoldiq havo hajmi ortadi va alveolalar elastikligi buzilishi hisobiga nafas chiqarish rezerv hajmi kamayadi. Nafas chiqarish tezligi susayadi 60% dan kichik bo'ladi. PSV-50% dan kam, Kislorod saturatsiyasi (O₂ b-n to'yinish) 90 dan kam, Kislorodning portsiyal bosimi 60 dan kam, Karbonat angidridni portsiyal bosimi 45 dan ko'p.

Laborator tekshirganda qonda kompensator eritrotsitoz, leykotsitoz, eozinofilyoz, limfotsitoz, nisbiy gipovolemiya kuzatiladi.

Bronxial astma xurujidan soʻng olingan balgʻam tekshirilganda eozinofillar, epiteliy hujayralar, Sharko-Leyden kristallari va Kurshman spirallarini koʻrishimiz mumkin.

Ayrim bemorlarda (koʻpincha ayollar atsetilsalitsil kislotasini (aspirin) qabul qilish, boʻgʻilish xurujlarini chaqiradi (aspirinli astma). Tekshirishda ularda koʻpincha rinosinusitlar yoki burun shilliq qavatining polipozi aniqlanadi. Bunday uygʻunlik (boʻgʻilish xurujlari, aspirinni koʻtara olmaslik va burun polipozi) aspirin astmasi yoki «aspirinli (astmatik) uchlik» nomini olgan.

Hozir bronxial astmani tashxislashda organizmning turli allergenlarga reaksiyasini aniqlash maqsadida maxsus teri sinamalari qoʻllaniladi. Bronxial oʻtkazuvchanlikni oʻrganish uchun tekshirishning funktsional uslublari- spirografiya, pnevmotaxometriya, pikfloumetriyadan foydalaniladi. Yondosh surunkali bronxit yoki surunkali zotiljam aniqlanganda bronxoskopik va bronxografik tekshiruvlar oʻtkaziladi.

Kechishi va asoratlari. Odatda, bronxial astma zoʻrayish davrlarini remissiyaga almashinuvi bilan kechadi. Bunda uning kechish ogʻirligi turlicha boʻlishi mumkin.

Yengil kechganda kasallik xurujlari yilida 2-3 martadan koʻp boʻlmaydi va odatda bemorlarni ambulator sharoitida davolasa boʻladi. Oʻrtacha ogʻirlikda kechganda bronxial astma xurujlari yilida 3-4 marotaba takrorlanib shifoxonada davolanishni talab etadi. Uning ogʻir kechishida tez-tez (yilda 5 marotabadan koʻp) va uzoq davom etuvchi xurujlar, remissiya davri qisqa yoki umuman boʻlmasligi xos. Kasallik ogʻir kechganda uning garmonga toʻvbe va garmonga - rezistent shakllari paydo boʻlishi mumkin.

Bronxial astma koʻpincha ikkilamchi oʻpka-yurak qoʻshilishi bilan kechuvchi oʻpka emfizemasi va astma statusi bilan asoratlanadi.

Davolash. Kislota-ishqor holatini nazorat qilib oksigenoterapiya bilan boshlab, eufillin eritmasi 2,4% 10,0; 15,0 vena ichiga 0,9%-10,0 natriy xlorini fiziologik eritmasiga, taxikardiya chaqirishi munosabati bilan va oʻpka yurak yetishmovchiligida vena ichiga 0,05%-0,3 -0,5 strofantin (0,5-1,0-0,06% korglyukon) yuboriladi. Antigistamin preparatlari suprastin 1,0-2,0 (tavegil, pipolfen, diazolin, loratol, fenkarol, ketotifen). Shular bilan birga atsidozni oldini olish maqsadida vena ichiga tomchilab 4%-250-500,0 natriy bikarbonat eritmasi quyiladi. Balgʻamni yumshatish, suyultirish maqsadida vena ichiga 10%-10,0

natriy yoditi yuboriladi. Antileykotrien preparatlari singlon, inspiron 10 mgdan 2 mahal tavsiya etiladi.

Bemor organizmiga u yoki bu allergenlarning taʼsirini toʻxtatishga qaratilgan choralar (masalan, bemorni muayyan oʻsimliklar bilan ularni gullash davrida aloqasini cheklash, oziq-ovqatga allergiya boʻlganda maxsus, eliminatsiya parhezlarini qoʻllash, kasbiy allergiya boʻlganda ratsional ishga joylashtirish va boshqa choralar) koʻriladi. Bemorning muayyan allergenlarga reaksiyasi aniqlanganda ularga organizmning reaksiyasini pasaytirish maqsadida oʻziga xos giposensibilizatsiya oʻtkazishga harakat qilish.

Boʻgʻilish xurujlarini bartaraf qilish maqsadida hozirgi kunda bronxlarni tezkor kengaytiruvchi selektiv β -adrenomimetik aerezollari keng qoʻllaniladi: ortsiprenalin sulfat (astmopent), terbutalin, salbutamol, fenoterol (berotek) va boshqalar. Dori vositasi dozasi individual tanlanadi koʻpincha dozalangan aerezolni 2 ingalyatsiya nafas olishdan iborat. Davolash uchun shuningdek M - xolinolitik aerezollari (ipratropium bromid yoki atrovent, berodual) dan foydalaniladi. Shuningdek, bemorlar va vrachlar metilksantinlardan keng foydalanadilar. Masalan, bronxospazm xurujini bartaraf etish uchun koʻpincha sekin-astalik bilan tomirga teofillin yuboriladi. Boʻgʻilish xurujlarini oldini olish uchun shu guruhdagi uzoq taʼsir etuvchi dorilar ogʻiz orqali ichishga buyuriladi.

Simptomatik davo tariqasida shilliq ajralishini yaxshilovchi hamda balgʻam koʻchiruvchi va mukolitik vositalar buyuriladi (termopsis, altey va shirinmiya tomiri damlamasi, mukaltin, bromgeksin va boshqalar).

Agarda bronxial astma kechishining yomonlashishi yondosh surunkali bronxit yoki surunkali zotiljamning zoʻrayishi bilan kechsa antibiotiklar tayinlanadi.

Bronxial astma ogʻir zoʻrayib boruvchi boʻgʻilish xurujlari bilan kechishida va boshqa dori vositalaridan foydalanish samarasiz boʻlganda glyukokortikosteroidlar tayinlanadi. Bemorlarning taxminan 20 %i ularga muhtoj boʻladi. Odatda, bir kunda oʻrtacha 15-20 mg prednizolon, antatsid vositalar (almagel, maaloks), H_2 gistamin blokatorlari va proton pompasi ingibitorlari bilan birgalikda (reflyukus astmada) qoʻllaniladi (ertalabki soatlarda). Soʻngi guruh dorilari oshqozon shilliq qavatini eroziya va yarali zararlanishlardan himoyalaydi. Samaraga erishilgandan soʻng dori dozasi sekin-astalik

bilan kamaytiriladi (har 5-7 kunda 2,5 mg ga) va keyinchalik ushlab turuvchi doza qoldiriladi (kunda 5-10 mg).

Shuningdek, garmonal dori vositalarini ingalyatsiyalarda qo'llash mumkin. Bunday yondoshish dorilarni salbiy ta'sirini kamaytiradi hamda yaxshi samara beradi (beklometazon, budesonid, flutikazon propionat, seretid va h.k.).

Astmatik holatni davolaganda oksigenoterapiya qo'llaniladi. Vena ichiga teofillin, yuqori dozalarda glyukokortikosteroidlar (har 3-4 soatda 60-90 mg prednizolon) yuboriladi, ayni paytda 20-30 mg dori ichishga buyuriladi. Atsidoz bilan kurashish uchun kunda 1-2 marotaba 100-150 ml 3 % natriy gidrokarbonatdan foydalaniladi.

«Gung o'pka» sindromi yoki giperkapnik koma holati paydo bo'lganda bemorlar o'pkaning sun'iy ventilyatsiyasiga o'tkaziladi. Ayrim hollarda ko'rsatma bo'lganda bronxoskop yordamida bronxial lavaj va ftorotanli narkoz qo'llaniladi.

Bronxial astmaning profilaktikasiga bemor atrofidan ehtimoliy allergenlarni yo'qotish, kasbga bog'liq salbiy ta'sirlar, chekish bilan kurashish, surunkali infeksiyalarni (ayniqsa halqumdagi) sinchkovlik bilan sanatsiyalash kiradi.

Astmatik status-bu astma xurujining 12 soat va undan ko'p davom etishidir. Bunga sabab β -adrenostimulyatorlarni peredozirovkasi, glyukokortikosteroidlar dozasini tez tushirish va haddan ziyod allergenlar bilan muloqotda bo'lish olib keladi. Kasallik belgilari bo'g'ilish bilan birga yo'tal qiyin balg'am ajralishi bilan, expirator hansirash, bosh og'rig'i va vazomotor rinit, ko'krak qafasini siqilishi, qichish va boshqalar kuzatiladi. Sekin asta bo'g'ilish hissi paydo bo'ladi, nafas chiqarish qiyin hushtaksimon xirillash va shovqinli bo'ladi. Bemorni yonidan turib ko'krak qafasidagi shovqinlarni xirillashlar masofadan eshitiladi. Bunda o'mrov usti va osti chuqurchalari tekislanadi.

Xuruj paytida ko'zdan kechirganda bemorlar majburiy holatni egallagan bo'ladi, burunlari kengaygan, og'iz ochiq holatda nafas olishini ko'ramiz, burunlari kengaygan, bemorlarni tekshirilganda o'pka emfizemasi belgilarini-ko'krak qafasini kengayganligini, qovurg'alar aro oraliq kengayganligi va to'sh usti chuqurchasini tekislanganligi, nafas olish aktida yordamchi mushaklarni nafas aktida ishtirokini ko'ramiz. Palpatsiyada ovoz drillashi susaygaligi, perkussiyada quticha tovushini, o'pkaning yuqori va pastki chegaralari kengayganligini, o'pka

ekskursiyasi cheklanganligi aniqlanadi. Auskultatsiyada vezikulyar nafasning susayganligini, quruq hushtaksimon xirillashlarni nafas olish va chiqarish fazasida eshitiladi. Nafas chiqarilish fazasi uzaygan.

Astmatik status yuqori jadallikdagi bo'g'ilish xurujining kuchayib borishi va odatdagi bronxolitik vositalar yordam bermasligi bilan xarakterlanadi. Bunda yo'tal quruq va mahsulotsiz holda kuzatiladi.

Astmatik statusning 3 ta bosqichi farqlanadi: boshlang'ich bosqich-astma xuruji cho'zilishi, bunda beriladigan ksantin guruhidagi vositalarni va simpatomimetiklarni ingalyatsiyasini bronxlarni bo'shashtiruvchi tasiri bronxlarni kengaytirmaydi. Auskultatsiyada quruq hushtaksimon xirillashlar eshitiladi, buning jadalligi yo'talganda va nafas chiqarganda kuchayadi.

Gung o'pka bosqichida o'pkaning ayrim qismlarida xirillashlar va nafas shovqinlari batamom yo'qoladi. Bu bronx yo'lining quyuq sekret bilan bekilib qolishi tufayli sodir bo'ladi. Auskultatsiyada ayrim uchastkalarda ventilyatsiya yaxshi, ayrimlarida yomonlashadi. Gipoksik va giperkapnik koma bosqichi-bunda xuruj natijasida gipoksiya bo'ladi va qonda karbonat angidrid miqdori ko'payib giperkapniya rivojlanadi. Bemor atrof muhitga befarq bo'ladi, gipoksik koma belgilari zo'rayadi, ketidan nafas va yurak faoliyati to'xtaydi.

Tashxis qo'yish. Tashxis qo'yishda analitik malumotlarga asoslaniladi: Oilaviy anamnezning xosligi va anamnezida allergik kasalliklar (vazomotor rinit, dermatit, eshakem, Kvinke shishi), o'pkani kasalliklari (surunkali bronxit, tez-tez pnevmoniyaga chalinishi va b.q.) mavjudligiga va xurujlarni klinik kechishini xosligiga. Tashxis qo'yishda anamnestik malumotlardan: oilaviy anamnezda moyillik borligiga asoslaniladi.

Balg'am ajralishi yurak astmasida bemorga yengillik bermaydi, u faqat bronxial astmada bemorga biroz yengillik beradi. Bo'g'ilish xuruji mediastinal sindromning og'ir simptomlaridan biri bo'ladi. Har xil patologik jarayonlar tufayli bronxni bosilishi va deformatsiyalarida zo'rayib boruvchi hansirash kuzatiladi. Bunda bo'g'ilish xuruji va tsianoz kuchli yo'tal bilan birga keladi.

Davolash. Davolashda bemor uchun qulay sharoit yaratish, uning atrofida tinchlik osoyishtalikni saqlash, issiq holdagi qaynatilgan suvni ichirish muhim. Yengil holatlarda bemor bronxial astma xurujini bartaraf qilish uchun ilgari ishlatgan vositalarni qo'llash lozim.

Yengil darajadagi bronxial astma xurujlarida astmaga qarshi tabletka ko'rinishidagi vositalar, eufillin 0,15-0,3g tabletkasi, teofillin beriladi. Shuningdek, uzaytirilgan noofillinlar – teobid, teopek ham qo'llaniladi. Aerozol shaklidagi simpatomimetiklar keng qo'llaniladi astmopent (alupent), adrenostimulyatorlar salbutamol, berotek 2 martadan xuruj paytida ingalyatsiya qilinadi.

Ingalyatsiya uchun suyuq vositalar–euspiran – 1% - 0.1-0.2 mldan, novodrin – 1% - 0.8 mldan, izadrin – 0.5% - 1 mldan beriladi.

O'rta va og'ir darajadagi bronxial astmani davolashda mahalliy tasir qiluvchi ingalyatsion glyukokortikosteroidlar – seretid, beklometazon dipropionat, bekotid, bekodisk, budesonid, ingakort, beklomet, pulmikort, fliksotid muhim o'rin egallaydi.

Qator holatlarda teri ichiga (“limon po'stlog'i” singari) adrenalin eritmasini yuborish foydali bo'ladi. Xurujni davomli bo'lishida shuningdek, og'ir kechishida eufillinni eritmasini vena ichiga yuboriladi. Eufillinni 10 ml dozada venaga yoki 10 ml izotonik natriy xlorid eritmasida suyultirilib venaga yuboriladi, og'ir xurujlarda 200 ml natriy xlorid izotonik eritmasida yoki 5% li glyukozada suyultirilib venaga tomchilab yuboriladi. Ko'p miqdorda balg'am ajralishida 0,5 ml – 1% ml atropin yoki 0,2%-1 ml platifillin teri ostiga yuboriladi.

Agar davolash engillik bermasa bu astmatik holatni rivojlanishidan darak beradi. Bunday holatlarda bemorlarni kasalxonaga yotqiziladi.

1. Bosqichdagi astmatik statusda 2,4%-10-15ml eufillin eritmasi 200 ml-0,8 ml izotonik natriy xlorid eritmasiga suyultirilib yoki 90-120 mg prednizoloni 200 ml natriy xloridni izotonik eritmasiga suyultirilib venaga yuboriladi. Dorini har soatda takror yuboriladi. Samara bo'lmasa glyukokortikosteroidlar- prednizolon 10 mg, triamtsinolon, polkortolon, kenakort, urbazon - 8 mgdan, deksametazon 2-4 mgdan beriladi. Vositalar yuqorida ko'rsatilgan dozalarda har 2 soatda balg'am ajralib bemorni ahvoli yengillashganiga qadar beriladi. Ko'p miqdorda 1-2 l/sutka miqdorida suyuqlikni diurezni nazorat qilgan holda beriladi. Bu sodir bo'ladigan dehidratatsiya bilan bog'liq bo'ladi, balg'amni qovushqoqligiga tasir qiladi. Namlangan kislorod, vibromassaj buyuriladi.

Astmatik statusni 2- bosqichida garmonal vositalarni venaga yuboriladi, tabletkalarni 1-2 marta dozasi oshiriladi, eufillin eritmasi venaga yuboriladi. Atsidozga qarshi kurashish uchun 4%-200 ml natriy gidrokarbonat eritmasi venaga yuboriladi.

O'ta og'ir hollarda boshqa muolajalar naf bermasa 0,5-1% novokain eritmasi bilan paratraxial blokada qilinadi.

Suyuqlikni quyishni davom ettiriladi, diurez nazorat qilinadi, oksigenoterapiya o'tkaziladi. Astmatik statusni davolashda adrenalin va boshqa simpatomimetiklarni yuborish taqiqlanadi, bu "rikosheta" samarasini chaqiradi, bunda bronxospazmni birdaniga kuchayishi β -adrenoretseptorlarni funktsional blokadasini bilan bog'liq bo'ladi.

O'pka emfizemasi

O'pka emfizemasi (emphysema pulmonum)-o'pka to'qimasidagi alveolalarni elastiklik xususiyatini yo'qolishi tufayli, ularning uzoq vaqt davomli kengayib qolishi hamda ular devorining yorilishi bilan xarakterlanadigan kasallik bo'lib, alveolalar soni kamayishi bilan kechadi. O'pka emfizemasi birlamchi va ikkilamchi bo'ladi.

Etiologiyasi. Birlamchi emfizema α_1 antitripsinning irsiy yetichmovchiligi, bu ko'p miqdorda proteolitik fermentlarni to'planishiga olib keladi va alveola hamda o'pka to'qimalarini parchalanishiga olib keladi. Ikkilamchi emfizemaning sabablari quyidagilardir: 1) kuchli yo'tal bilan kechadigan og'ir surunkali va tez-tez takrorlanuvchi o'tkir va surunkali bronxitlar 2) uzoq vaqt davom etadigan bronxial astma 3) o'pka changlanishining alveolalar elastik tolasini parchalanishiga olib keladigan bazi turlari 4) o'pkaning surunkali (interstitsial) yallig'lanishi 5) o'pkaning doimo mexanik cho'zilib turishi bu ko'pincha kuchanish bilan bajariladigan og'ir jismoniy mehnatda yuz beradi. Emfizemaga moyillik yoshga ham bog'liq bo'ladi.

Patogenezi. Bemorda dastlab ekspirator hansirash ro'y beradi, ya'ni nafas chiqarish qiyin bo'ladi, alveolalarda qoldiq havo hajmi ko'payadi, nafas olish aktida alveolalarda bosim ortadi. Alveolalar devorlari yorilishi natijasida ular orasidagi kapilyarlar soni ham proporsional ravishda kamayadi. Yurakning o'ng qismi zo'riqib ishlaydi. Keyinroq yurakda yetishmovchilik kuchayganda bunga inspirator hansirash ham qo'shiladi. Kasallikning dastlabki davrlaridayoq nafas qisishi bezovta qiladi. **Bemorlarni ko'zdan kechirganda** yurakda dekompensatsiya ro'y berishi sababli, bemor lablari, yuzlari, oyoq-qo'llarida tsianoz, shuningdek mayda venalarning turg'un shishi alomatlari kuzatiladi, bo'yin venalari kengayadi. Kasallikning ancha keyingi davrlarida ko'karish alomati juda ham kuchayadi, bemorning yuzi «qorayib» ketadi. O'mrov osti va usti chuqurchalari kengayadi. Ko'krak qafasi

bochkasimon yoki emfizematoz shaklni egallaydi. Qovur'alar orasi kengayadi. Nafas olish fazasini kuzatsa, nafas olishda ko'krak qafasi butun tanasi bilan xarakatlanadi. Nafas olishda yordamchi muskullar ishtirok etadi.

O'pka emfizemasi bilan kasallangan bemorlarni **palpatsiya** qilinganda ovoz dirillashi pasayadi va **perkussiya qilinganda** quticha tovushi eshitiladi. O'pka chegarasi bir-ikki qovurg'a oralig'iga pastga tushgan bo'ladi, u nafas olishda ham siljiydi yoki mutlaqo siljimaydi. O'pka kengaygani sababli, ko'pincha yurak chegarasini aniqlash ancha qiyinlashadi, uning mutloq bo'g'qlik chegarasi kamayadi. **Auskultatsiya qilinganda** sust vezikulyar nafas, ba'zan esa noaniq nafas eshitiladi bronxofoniya susaygan bo'ladi. **Rentgenologik** tekshirishda o'pkaning surati, o'pka maydoni yorug' bo'ladi. Diafragma pastga tushgan bo'lib harakati cheklanadi. O'pka emfizemasi odatda surunkali bronxit va kasallikning oxirgi davrida yurakda yetishmovchilik («o'pka-yurak») bilan birga kechadi. EKGda o'pka kapilyarlari kamayishi hisobiga yurakning o'ng qismi zo'riqib ishlaydi o'ng qorincha va o'ng bo'lmachada gipertrofiya kuzatiladi, P-pulmonale ko'rish mumkin, R-R masofa kichrayadi, taxikardiya bo'ladi. Qon tahlilida eritrotsitoz, eozinofiliya, leykotsitoz va EChT ning oshishi kuzatiladi. **Asorati.** Emfizema kasalligining oqibati o'pkadagi o'zgarishning ko'p-ozligiga va yurakning holatiga bog'liq. Bemorlar o'limining oldini olishni asosiy sabablaridan biri emfizemani davolash yurak faoliyatini yaxshilash, yo'talni kamaytiruvchi vasitalar buyurish hamda nafasni tartibga soluvchi davo gimnastikasi muhim rol o'ynaydi. Kasallikning profilaktikasi uning etiologiyasiga bog'liq.

Plevrit

Ta'rif. Plevrit - plevra varaqalarining yallig'lanishi bo'lib, plevra varaqalari yuzasida fibrinsimon cho'kma hosil bo'ladi yoki uning bo'shlig'ida eksudat yig'iladi. U odatda ikkilamchi kasallik - o'pkadagi ko'pgina patologik jarayonlarning yoki kam hollarda plevra bo'shlig'iga yaqin turuvchi boshqa organ va to'qimalar kasalliklarning sindromi yoki asorati hisoblanadi. Birlamchi plevrit juda kam uchraydi va shikastlanish yoki plevra mezoteliomasi oqibati hisoblanadi. Quruq va eksudatli plevritlar farqlanadi.

Etiologoyasi. Plevritning asosiy sababi endogen va ekzogen bo'ladi. Endogen sabablar bular buyrak yetishmovchiligi natijasida

qonda mochevina ko'payib undan zaharlanish, sistemali kasalliklar va b.q. Ekzogen sabablari infeksiyon va noinfeksiyon bo'ladi.

Infeksiyon plevritlar spetsifik (sil mikobakteriyalari, zaxm spiroxetalari) va nospetsifik qo'zg'atuvchilar (pnevmonokokklar, stafilokokklar, ichak tayoqchalari, viruslar, zamburug'lar va boshqa mikroblar) ta'sirida vujudga keladi.

Noinfeksiyon plevritlar ko'krak qafasining yopiq shikastlanishida, plevra varaqalari orasiga qon quyilganda, o'pka infarktida, me'da osti bezi fermentlarining ta'sirida (pankreatit), plevranning xavfli o'smasi bilan jarohatlanishi (kartsinomatozida), biriktiruvchi to'qimasining sistemali kasalliklarida (revmatizm, kollagenozlarda), gemoblastozlarda, yurak, jigar, buyrak yetishmovchiliklarida kuzatiladi.

Patognezi. Yuqumli plevritlarda kasallik qo'zg'atuvchi omillarning plevruga bevosita kirishi subplevral joylashgan o'pka to'qimasi o'choqlari (zotiljam, abtsess, bronxoektazlar, o'pka sili) orqali rivojlanadi. **Limfa yo'li** orqali infeksiyaning tarqalishi - to'qima suyuqligining retrogradli oqimi katta ahamiyatga ega. **Qon yo'li** bilan infeksiyani plevruga tarqalishi deyarli ahamiyatga ega emas. Ko'krak qafasining ochiq shikastlanishida va operatsiyalarda mikroorganizmlar tashqi muhitdan plevruga bevosita tushishi mumkin. Plevritning ba'zi bir turlari patogenezida, shaxsan sil kassaligida, patologik jarayon ta'sirida organizmning sensibilizatsiyalashishi natijasida oz miqdordagi infektsiya tezlikda tarqalgan eksudatni vujudga keltiradi. Blastomatozli plevrit rivojlanishida limfa tugunlari va tomirlarining o'sma metastazlari bilan amal qilinishi ahamiyatli. Yalig'lanish doimo zararlangan plevra kapillyarlari devorining o'tkazuvchanligini oshishi bilan kuzatiladi. Quruq plevritda ozgina eksudat yig'ilishi va uning qoniqarli oqishi kuzatiladi, natijada eksudatning suyuq qismi qayta to'la so'rilib, plevra pardalari sathiga faqat eksudatli cho'kkan fibrin qoladi. Eksudatli plevritda parietal plevranning yalig'lanish infiltratsiyasi, uning sathidagi fibrinsimon surtmali cho'kmalar hamda plevra ichidagi yuqori bosim ko'krak qafasidagi limfa sistemasiga suyuqlik oqishini keskin buzadi va eksudat yig'ilishini vujudga keltiradi. Sog'ayish davrida eksudatning suyuq qismi so'riladi, fibrinsimon cho'kmalar esa plevra shvartlarini va chandiqlarini vujudga keltiradi.

Quruq plevrit

Plevrit-plevra varaqalarini yalig'lanishidir.

Etiologik omillari infeksiyaning gematogen, limfogen yo'l orqali va o'pkadan tarqalishi tufayli kasallik rivojlanadi.

Klinik ko'rinishi. Kasallik to'satdan boshlanadi.

Shikoyati. Asosiy belgisi og'riq. Ko'krak qafasining shikastlangan tarafining oldingi va yon bosh sohalarida joylashadi. Ko'pincha bo'yinga va yelkaga qarab tarqaladi. Og'riq nafas olish akti bilan bog'liq. Chuqur nafas olganda kuchayadi, jarohatlangan tomonga yotsa va shu tomonni qattiq bosib turganda biroz og'riq sekinlashadi. **Yo'tal** quruq yoki juda kam miqdorda balg'am ajralishi bilan kuzatiladi. Yo'talganda jarohatlangan tomonda og'riq kuchayadi. Bundan tashqari bemorlar varaja qilib, tana haroratining ko'tarilishi, behollik, lohaslik, ishtaha pasayishi bezovta qiladi. Bemorlar ko'krak qafasini sog' tomonida yotsa og'riq kuchayadi va aksincha kasal tomonga yotsa og'riq biroz sekinlashadi.

Ko'zdan kechirganda teri qoplamlari, lab ko'karishi, nafas olishning tezlashganligi, yuzakiligi, ko'krak qafasining jarohatlangan tomoni nafas harakatidan orqada qolishi qayd qilinadi.

Paypaslaganda zararlangan tomonda mushaklar og'rishi va tarangligi aniqlanadi.

Perkussiyada o'pka to'qimasida infiltratsiya bo'lmasa o'zgarish kuzatilmaydi.

Auskultatsiyada xastalikning asosiy belgisi-jarohat ustida plevranning ishqalanish shovqini aniqlanadi. Plevranning ishqalanish shovqini nafas olish va nafas chiqarish fazasida eshitiladi. Nafas olmasdan qorinni harakat qildirsa (ichkariga tortib chiqarsa) plevranning ishqalanish shovqini eshitiladi. Stetoskopni yoki fonendoskopni qattiq bosib auskultatsiya qilinsa plevranning ishqalanish shovqini kuchayadi. Vezikulyar nafas yallig'lanish sohasida susaygan.

Rentgent tekshirishida diafragmaning yuqori turishi va nafasdagi (nafas aktida ishtiroki) harakatining chegaralanganligi aniqlanadi.

Qon sinamasida odatda o'zgarishlar kuzatilmaydi, kam hollarda neyetrofilli leykotsitoz, EChT oshishi kuzatiladi.

Tashxisi. Ko'krak qafasida chuqur nafas olganda va yo'talganda kuchayadigan og'riqqa, plevranning ishqalanish shovqiniga asoslanib qo'yiladi.

Davosi. Quruq plevrit ikkilamchi jarayon bo'lganligidan muolajalar asosiy xastalik (o'pka sili, o'tkir zotiljam, o'pka abtsessi, revmatizm va boshqalar)ni tugatishga qaratilgan bo'lishi kerak.

Davolash vositalari og'riqni va yo'talni yo'qotishga yo'naltiriladi. Buning uchun analgin yoki amidopirin kuniga 2g, butadion 0,45g, aspirin 2-3g, pirazonon qatoridagi preparatlar (indometatsin 0,025g 3-4 marta), glauvent (2-3 marta), libeksin, kodelak, tusupreks (3-4 marta) beriladi.

Eksudativ plevrit

Plevra bo'shlig'ida suyuqlik yig'ilishidir. Suyuqlik xarakteriga ko'ra serrozli, serroz fibrinozli, fibrinozli, (eksudatli, transudatli), gemorragik (qonli), xilyozli (yog'li), yiringli va aralash bo'lishi mumkin.

Plevra bo'shlig'ida suyuqlik yig'ilishi sababi: tuberkulyoz, revmatizm, plevra varaqasi yallig'lanishi, biriktiruvchi to'qimani sistemali kasalliklari, buyrak yetishmovchiligi og'ir garajalari (glomerulonefrit), yurak yetishmovchiligi, miokard infarkti (**Dressler sindromi**-perikarditni plevrit va kam holatlarda pnevmoniya bilan birgalikda kelganda yuzaga keladi hamda eozinofiliya bilan kechish xarakterli. Bu miokard infarkti rivojlanishidan 3-4 hafta o'tgandan keyin rivojlanadi. Bunga sabab miokard mushaklarida destruktiv o'zgarishga uchragan oqsillarga organizmning sensibilizatsiyasidir), plevra kartsinomatozi (o'sma), o'pka infarkti, plevra empiyemasi kabi sabablardir.

Shikoyati. Plevra bo'shlig'iga suyuqlik yig'ilishining boshlang'ich davrida yonboshda sanchiqli pastga yo'naluvchan og'riq, og'riqning sog' tomonda yotganda kamayishi va aksincha kasal tomonda yotsa kuchayishi kuzatiladi, quruq yo'tal, harorat ko'tarilishi, varaja qilish bezovta qiladi. Suyuqlik to'planishi ortib borgan sari og'riq va yo'tal kamayib borib, xastalikning barqarorlashish davrida mutloq yo'qoladi. Bu vaqtda bemor tez tez nafas olib hansiraydi va yonboshda og'irlik hissi seziladi, hansirash kuchayib boradi, ba'zi bemorlarda umumiy zaharlanishning ifodalangan belgilari yuzaga kelib, bosh og'rig'i, ko'ngil aynishi, qayt qilish behollik loqaydlik ishtahaning pasayishi kuzatiladi.

Ko'zdan kechirish. Ko'krak qafasi asimetric suyuqlik yig'ilgan tomon hajmi pastki yonbosh sohada birmuncha kattalashgan, Jarohatlangan tomon nafas olish aktida orqada qoladi. Qovurg'alar aro bo'shliq kengaygan va tekislashgan. Nafas olganda qovurg'alar orasi

mushaklari tashqariga bo'rtib chiqadi va nafas chiqarganda o'z o'rniga qaytadi. Nafas olishi yuzaki, kalta kalta nafas oladi.

Palpatsiyada tovush titrashi suyuqlik yig'ilgan joyda juda susaygan, gohida umuman aniqlanmaydi. Atelektazga uchragan o'pka yuzasida ovoz drillashi biroz kuchaygan bo'ladi.

Perkussiya. Eksudat ustida bo'g'iq tovush aniqlanadi. Bo'g'iq tovushning yuqori chegarasi umurtqa pog'onasi bo'ylab yuqoriga ko'tariladi. Bo'g'iq tovushning yuqori chegarasi Damuazo egri chizig'ida hosil bo'ladi. Suyuqlik plevra bo'shlig'ining yon qismida to'planadi. Keyinchalik u plevra yorig'idan yuqori va yon tomonga yoysimon qiyshiq chiziq hosil qilib tarqaladi.

Ko'ks oralig'i a'zolarini suyuqlik sog'lom tomonda siljitadi. Perkussiyada bo'g'iq tovush maydoni - Rauxfus - Grokk uchburchagi paydo bo'ladi.

Shikastlangan tomonda suyuqlik yuqorisida umurtqa pog'onasi va Damuazo chizig'i orasida eksudat bilan siqilgan (atelektazga uchragan) o'pka sohasida bo'g'iqlashgan timpanik tovush Garlend uchburchagi aniqlanadi.

Auskultatsiya Eksudat ustida nafas shovqinlari susaygan, agar suyuqlik ko'p bo'lsa mutlaqo eshitilmaydi.

Eksudat chegarasidan yuqorida siqilgan o'pka o'rniga bronxial nafas eshitiladi.

Sog'lom tomonda siljigan ko'ks a'zolari sohasida nafas shovqinlari eshitilmaydi.

Rentgen tekshirishlarida o'pkaning quyi sohalarida ustki chegarasi qiyshiq joylashgan va ko'ks oralig'ining sog'lom tomonda siljishi bilan kuzatiladigan katta qora dog'ni ko'rish mumkin; bemor holatini o'zgarishi soya konfiguratsiyasini o'zgartiradi. Kichik hajmda (300 ml dan kam) suyuqlikda rentgenogramma patologiyani aniqlay olmasligi mumkin.

Ultratovush (UT) tekshiruvi suyuqlik joylanishini va hajmini aniq ko'rsatadi.

Qonda deyarli ko'p bo'lmagan leykotsitoz, ba'zida eozinofiliya, EChT oshishi kuzatiladi.

Maxsus diagnostika muolajalari.

Plevra bo'shlig'ida suyuqlik borligi aniqlangach plevrage igna sanchish (punktsiya) tavsiya qilinadi. **Punktsiya texnikasi:** Bemor qulay holda stulga tibbiy xodimga orqasini qaratib o'tiradi. Perkussiya

yo'li bilan L. axillaris posteriordan maksimal bo'g'iqlik aniqlanadi. Punktsiya sohasi yani 7-8 qovurg'a orasi anesteziya qilinadi. Igna sekin sekin 8 qovurg'a ustidan sanchilib sekin asta ichkariga kiritiladi, toki boshliq sezilguncha va suyuqlik tortib ko'riladi. Suyuqlikni chiqarish va hajmini o'lchash lozim va bir qismini laboratoriya tekshiruviga yuboriladi. Shuni esda tutish kerakki bazan bemorlardan suyuqlikni olish jarayonida ularning ahvollari qon qayta taqsimlanishi hisobiga biroz yomonlashishi mumkin. Shuning uchun juda ehtiyot bo'lib sekin-sekin suyuqlikni tortish kerak bo'ladi.

Laboratoriya tekshiruvi: umumiy oqsil miqdorini, laktatdegitrogenaza (LDG) faolligini, tsentrifugalangandan so'ng cho'kmani tsitologik va bakteriologik tekshirish, glyukoza va amilazani miqdorini aniqlash.

Plevra punktsiyasini boshlang'ich davrida biopsiya tekshiruvini o'tkazish.

Tashxisi. Sub'ektiv va ob'ektiv, laborator, rengen ma'lumotlari asosida aniqlanadi.

Davosi. Mazkur patologik jarayoni vujudga keltiruvchi kasalliklarga faol ta'sir qiluvchi omillarni o'z ichiga oladi.

Parhez taomlar vitaminlarga va oqsillarga boy bo'lishi kerak.

Chekishni keskin cheklash kerak.

Infeksion-allergiyali plevritda antibakterial (antibiotiklar, sulfanilamidlar), desensibilizatsiyalovchi (suprastin, tavegil, loratal, tiosulfat - natriy).

Saraton etiologiyali plevritda ximyoterapiya.

Sil etiologiyali plevritda silga qarshi vositalar tavsiya qilinadi.

Plevra bo'shlig'iga ko'p suyuqlik yig'ilsa va u ko'ks oralig'i a'zolarini sog'lom tomonga siljitib, nafas va qon aylanishi buzilishini vujudga keltirsa, hamda eksudat so'rilishi kuzatilmasa plevra punktsiya qilinadi, eksudat olib tashlanadi, so'ngra bo'shliq antiseptik aralashma bilan yuvilib tozalangach, plevralar orasiga antibiotik yuborildi.

Zaharlanishda (intoksikatsiyada), ifodalangan hansirashda, yurak faoliyati buzilishida tomir ichiga plazma o'rinbosari eritmalari (reopoliglyukin), kislorod (oksigen) ingalyatsiyasi, yurak glikozidlari qo'llaniladi.

Og'riqni kamaytirish maqsadida ko'krak qafasiga banka, xantal varaqasi, isituvchi kompresslar, yod to'ridan foydalaniladi.

Fizioterapiya vositalari - sollyuks, mahalliy isitgich lampalar vannasi, UVCh, ultratovush, hamda kaltsiy, yod, pankreatin elektrofarezi, induktotermiya.

Sanatoriya va kurort davolari mahalliy moslashgan sanatoriyalarda yilning issiq oylarida qo'llaniladi.

Bashorati (Prognoz) xastalikni vujudga keltirgan asosiy patologik jarayonga, hamda nafas va qon aylanish tizimi holatiga bog'liq.

Profilaktikasi – plevritni sodir qiluvchi kassaliklarni oldini olish, o'z vaqtida tashxis qo'yish va sifatli davolashdan iborat.

O'pka absessi va gangrenasi

O'pka absessi va gangrenasi bu-o'pkaning og'ir yiringlash va o'pka to'qimasida nekroz va yemirilish hamda bo'shliqlar hosil bo'lishi bilan kechadi. O'pka absessi o'pka gangrenasidan yiringlash o'chog'ini chegaralanganligi bilan farq qilinadi. Kasallik ko'pincha o'rta yoshdagi erkaklar orasida uchraydi. **Etilogiyasi.** O'pka absessi va gangrenasining kelib chiqishida keyinga o'n yillikda antibiotik dorilar ta'siriga chidamli bo'lgan mikroorganizmlarning paydo bo'lishi muhim o'rin tutadi. Ko'pincha o'pka absessi streptokokklar, stafilokokklar, Fridlender tayoqchasi, ichak tayoqchasi, viruslar, zamburug'lar va bakteriyalar assotsiatsiyasi keltirib chiqargan o'choqli zotiljamdan keyin rivojlanadi. O'pka gangrenasi esa, anaerob flora: spirallar, anaerob streptokokklar tufayli rivojlanadi.

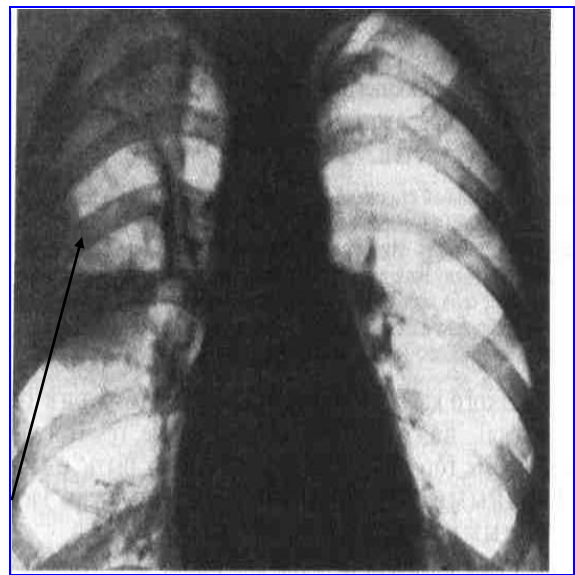
Sovuq qotish, tamaki chekish, spirtli ichimliklarni iste'mol qilish kasallik rivojlanish foizini oshiradi.

Patogenezi. O'pkada yiringlash jarayonining rivojlanishi, bronxlar drenaj funksiyasining buzilishi, o'pka to'qimalarida qon aylanishi yomonlashuvi, alteratsiya jarayonining kuchayishi (lizasomalar shikastlangandan so'ng ulardan fermentlar chiqib, yemirilish jarayonlarini kuchaytiradi) va nekroz o'choqlarining hosil bo'lishi, mahalliy immun tizim susayishi, reinfeksiya, o'tkir zotiljam, o'pka aspiratsiyasidan so'ng o'pka absessi rivojlanadi. Ko'pincha o'pka absessi o'pka tomirlari tromboemboliyasidan keyin kelib chiqadi. Bazanda boshqa azolar kasalligi tufayli ham kelib chiqadi, bularga chuqur venalar tromboflebiti, osteomielit, bakterial endokardit kasalliklarida o'pkaga gematogen yo'l bilan infeksiya tushishidan kelib chiqadi. O'pkaga o'tkir yiringlash jarayonining surunkali bo'lib qolishiga, bemor yo'talgan paytda o'pkada absess natijasida paydo

bo'lgan bo'shliqda bosim ortishi tufayli bronxlar drenaj faoliyatining buzilishi sabab bo'ladi.

Klinikasi. Bemor ahvolining to'satdan yomonlashuvi, tana haroratining juda baland - 40° S bo'lishi, bemor nafasidan yoqimsiz hid kelishi, yo'tal bilan birga kulrang - yashil rangdagi balg'am ajralishi (200-300 ml yoki 1-1,5 stakan), kuchli terlash, varaja qilish, ko'krak qafasida og'riq, adinamiya, artralgiya, taxikardiya kuzatiladi. O'tkir nafas yetishmovchiligi va qattiq zaharlanish belgilari esa o'pka gangrenasida kuzatiladi. Ko'krak qafasi paypaslab ko'rilganda tovush tebratishining kuchayishi, perkussiya qilinganda o'pka tovushining bo'g'iqlashganligi, auskultatsiyada susaygan vezikulyar nafas fonida bronxial nafas eshitiladi, quruq va mayda pufakchali nam xirrilashlar eshitiladi. Bo'shliqda yiring kamayganda bemor yotgan holatini o'zgartirsa tomchi tomish shovqinini eshitish mumkin. Bemorlarda bronxofoniya kuchaygan. Yallig'lanish plevra varaqasida tarqalgan bo'lsa plevra ishqalanish shovqinini eshitish mumkin. Rentgenologik tekshirganda tasvirda aylana shaklidagi soya yoki aylana shaklida yorug'lik (bo'shliq) va pastki qismida yuqori sathi tekis suyuqlikni ko'rishimiz mumkin (31-suratga qarang). Rentgenografiyada o'ng o'pka abtsessi tasvirlangan.

Qon tekshirilganda neytrofillarning metamielotsitlarga qadar so'rilishi natijasida leykotsitlar soni $15 \cdot 10^9/l$ gacha ortadi, EChT ortishi kuzatiladi. Qon bioximik laboratoriyada tekshirilganda α_2 - va γ -globulinlar, fibrinogen miqdori ortadi. Peshob (siydik)da oz miqdorda proteinuriya kuzatiladi. Balg'am ajralishining birdan ko'payishi (500-700-1000 ml gacha) ayniqsa bemor holati o'zgarganda,



31-surat

tana haroratining meyorga tushishi, ko'krak qafasida og'riq, hansirashning kamayishi, qonda leykotsitlar miqdorining kamayishi, yiringlash o'chog'ining bronx yo'liga yorilganligidan va bronxlar drenaj funksiyasining tiklanganligidan darak beradi. Bemor ajratayotgan balg'amning miqdoriga qarab patologik jarayonning xarakteri, hajmi, bronxlar drenaj funksiyasining holati haqida fikr yuritish mumkin.

Balg'am 2 yoki 3 qavatli bo'lib, 1-qavati ko'pikli, 2-qavati sariq yiringli, 3-qavati cho'kma har xil mayda elementlardan iborat bo'ladi. O'pka gangrenasida esa, bemor ajratgan balg'am kulrang, ko'pincha tarkibida o'pka to'qimasining mayda bo'lakchalari elastik tolalar, leykotsitlar, eritrotsitlar, xolesterin va yog' kislota kristallarini mikroskopik tekshirganda ko'rish mumkin bo'ladi.

Asoratlari; 1. O'pkadan qon oqishi. 2. Klapanli pnevmotoraks. 3. Septikopiemiya. 4. Ikkilamchi bronxoektazlar. 5. Amiloidoz

Davolash. O'pkadagi yiringli kasalliklarni davolash bronxlar drenaj xususiyatini tiklash va o'pkadagi yiringlash o'chog'ining yo'qotish, kasallik qo'zg'atgan mikroorganizmlarga qarshi antibakterial preparatlar, simptomlariga qarshi kurash, bemorning immun tizimini oshirish maqsadga muvofiq. Davolash bronxoskopiyasi, ko'krak qafasining punksiya qilish, bemorni balg'am ko'chishini yengillashtiradigan hollatda yotqizib qo'yish, aerezollar bilan davolash, davolash gimnastikasi kabi omillardan foydalanish yo'li bilan yo'qotiladi. Yuqori dozada antibiotiklar: penitsillin, ampitsilin, klaforan inektsiya qilish mushak orasiga, vena qon tomiriga, ingalayatsiya yo'li bilan traxeyaga yuborish tavsiya qilinadi. Antibakterial davodan oldin mikroorganizmlarning sezgirligini aniqlash lozim. Intoksikatsiya belgilariga qarshi kurashish uchun glyukoza, infezol, amminosol va b.q. 400 ml vena qon tomiriga yuboriladi. Agar abtsesni stafilakokklar keltirib chiqargan bo'lsa bu holda stafilakokka qarshi anatoksin, gamma-globulin va stafilakokka qarshi plazma bilan davolash zarur bo'ladi. O'tkir abtsessning piopnevmotoraks, o'pka empiyemasi va o'pkadan qon ketishi kabi asoratlari xirurgik yo'l bilan davolanadi.

Bronxoektaz va Zivert-Kortagener (sindromi) kasalligi

Bronxoektaziya (bronchoektasia) bronxlarning patologik kengayishidir. Bronxoektaziya surunkali kasallik bo'lib, uning o'ziga xos belgilaridan biri har xil shakldagi kengaygan bronxlarning paydo bo'lishidir.

Bronxoektaziyaning etiologiyasi og'ir bronxitlar, ko'k yo'tal kabi kasalliklardir va patogenezi yallig'lanish bronxlar shilliq osti va mushak qavatida tarqalib, mikroostirkulyatsiya buzilishi hisobiga bronx mushaklari atrofiyaga uchraydi va ingichkalashadi. Atrofiyaga uchragan bronxlar chuqur nafas olish aktlarida elastikligi yoqolganligi tufayli kengayib qoladi. Bronxlarning kengayishiga yana bir sabab shuki,

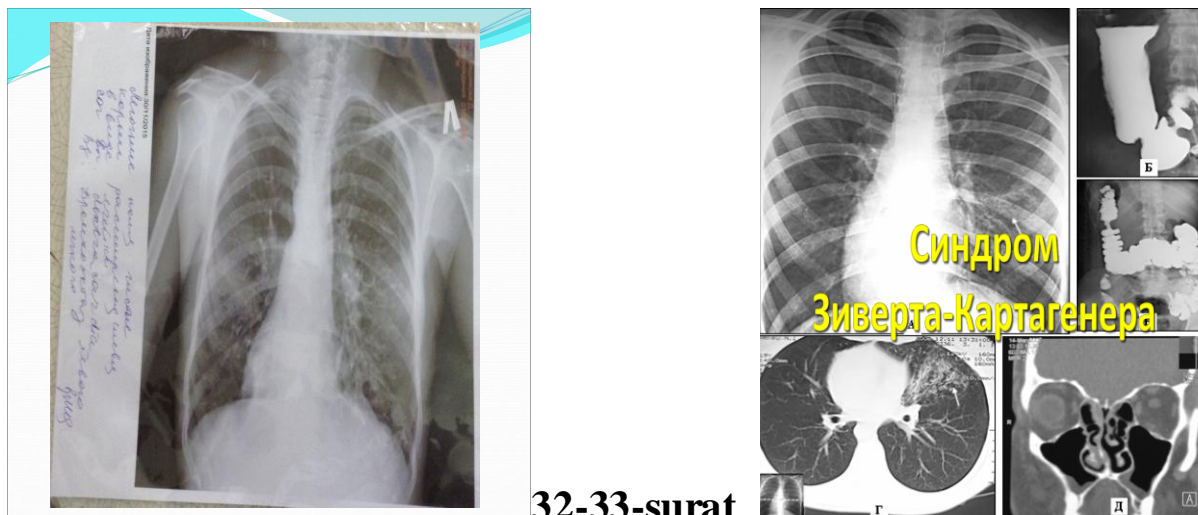
yallig'lanish natijasida ularda chandiqlar paydo bo'ladi, ular tortilib, egilib qoladi, shaklini o'zgartiradi. Bronxoektaziya ko'pincha uzoq davom etgan yallig'lanish jarayonining natijasi sifatida ham yuz beradi. Kasallikning kelib chiqishiga qattiq chandiqlar paydo qiladigan plevritlar ham yordam beradi. Bronxoektazning kuchayishida bronxlar devori tuzilishidagi tug'ma anomaliyalar, xususan, bronxlarning ikki tomondan kengayishiga olib keladigan muskul va elastik elementlarning zaifligi ham rol o'ynaydi, degan fikrlar bor. Ikki tomonlama bronxoektaziyaning paydo bo'lishiga bronxlar, o'pka yoki plevrada infeksiyon - yallig'lanish jarayonlari sabab bo'ladi, deb qarash kerak.

Kasallikning klinikasi; asosiy simptom yo'tal shilliq yoki qon aralash yiringli balg'am ajralishi bilan, balg'am hidlangan bo'ladi, yo'tal asosan ertalab bo'lib, ko'p miqdorda balg'am (500 mlgaca va ko'p) ajraladi. Kasallik xuruji davrida isitma ham bezovta qiladi. Bemorlarni bosh og'rig'i, holsizlik, terlash, ish qobiliyati pasayishi kabi astenonevrotik sindromlar bezovta qiladi, bu intoksikatsiya belgilaridir. Bazan birdan bir simptomi qon tuflash bo'ladi.

Ko'zdan kechirish. Bemorlar bolalikdan kasallansa jismoniy rivojlanishidan orqada qoladi, teri osti yog' qavati sust rivojlangan. Bemorlarda tsianoz va yuzlari biroz shishgan, ko'krak qafasi emfizematoz, barmoq uchlari baraban tayoqchasimon va tirnog'i soat shishasiga o'xshash bo'ladi. **Perkussiyada** bronxoektazga uchragan bronx yirik bo'lsa timpanik tovush eshitiladi. **Auskultatsiyada** remissiya davri quruq va xuruj davri kichik va o'rta kalibrli nam xrillashlar eshitiladi. **Rentgenografiyada** o'pka rasmi kuchaygan, yacheykali bo'ladi, kengaygan bronxlar proektsiyasi yorug' bo'ladi. Bronxografik tekshiruv yaxshi malumot beradi va bronxlarni har xil kengaygan qismlarini ko'rishimiz mumkin. Bronxoskopiyada ham kengaygan bronx daraxtlarini ko'rishimiz mumkin. **Asorati.** O'pkadan qon ketish, o'pka abtsesi va gangrenasi, plevra empiyemasi hamda buyrak va jigar alteratsiyasi va amiloidozi, nafas va yurak yetishmovchiligi.

Bronxoektazlar tug'ma ham bo'lishi mumkin. Autosom retsesiv yo'l orqali avloddan avlodga o'tadi va bu Zivert-Kortagener sindromida uchlik simptom bilan namoyon bo'ladi. Bular bronxoektazlar, surunkali sinusitlar polipozlar, rinoreyalar bilan va ichki organlarning teskari joylashivi (situs viscerum inversus) dir. 1902 yilda Kievlik shifokor A.K. Zivert 21 yoshli erkakda qorin ichki organlarning teskari

joylashuvi bronxoektaz bilan va yuqori nafas yo'llari nuqsonlari bilan (egarsimon tanglay, burun to'siqlari qiyshayishi, siqilgan hiqildoq) ushbu kasallik namoyon bo'lganligi to'g'risida malumot berdi. 1933 yil Shveysariyalik terapevt Kortagener shunday patologiyani oilaviy holatlar kuzatilganligi to'g'risida elon qildi. Kortagener bemorlarda 50-60% holatlarda kipriklar disfunktsiyasi borligini takidlagi.



32-33-surat

Rentgenografiya tasvirida Zivert-Kortagener sindromi tasvirlangan.

Kasallikning klinik ko'rinishi, avvalo, balg'amli yo'tal bilan xarakterlanadi. Yo'talni xarakterli tomoni shundaki, u asosan bemor yotgan holatini o'ng yoki chap tomonga o'zgartirishi yoki ertalablari bezovta qiladi. Chunki kechquruni bilan kengaygan bo'shliqqa balg'am to'planib ertalab turgandan so'ng balg'am bronxlarga harakat qilib, yo'tal chaqiradi. Balg'am ancha ko'p miqdorda ajraladi; u yiringli, suyuq bo'ladi va oson ko'chadi, "og'iz to'lib" chiqadi. Ba'zan balg'am bemor yonboshlab yotganda ayniqsa ko'proq ajraladi. Bunda bronxoektaz o'pkaning qaysi tomonida ekanligini aniqlash osonlashadi. Agar bemor chap yoni bilan yotganida yo'tal tutishi va balg'am ko'p ajralishidan shikoyat qilsa, bu narsa bo'shliq uning o'ng tomonida ekanini ko'rsatadi. Balg'am o'z og'irligiga ko'ra tashqariga olib chiquvchi bronxlarga oqadi. Ikki tomonlama, ko'p sonli bronxoektazlarda bu hodisa kuzatilmaydi. Bemorlar juda ko'p, ayniqsa hidli balg'am ajratganlari sababli, og'zi bekiladigan maxsus idish olib yuvishga majbur bo'ladilar. Kengaygan bronxlarda yaralar paydo bo'lganligi tufayli vaqt-vaqti bilan balg'amda qon aralashgan bo'ladi. Ba'zan qon tuflash tufayli kasallikning bunday turini ba'zan o'pka sili kasalligi deb o'yladilar.

O'pka perkussiya usulida tekshirilganda o'pkaning kengaygan bronxlar joylashgan qismi ustida timpanik tovush eshitiladi. Qopsimon va silliq devorli katta bo'shliqlar ustida jaranglama tovush eshitiladi. Ba'zi hollarda bo'shliqga xos gavda holatini o'zgartirish, og'izni ochish yoki yopish vaqtida paydo bo'ladigan boshqacha tovush fenomenlarni, shuningdek darz tuvak tovushini hosil qilish mumkin. Bronxoektazga uchragan joy auskultatsiya qilinsa, bronxial nafas yoki uning amforik nafas tipiga kiruvchi xili eshitiladi, odatda yirik va jarangli xirillashlar ham eshitiladi (tovushning balandligi katta bo'shliqdan chiqqan rezonans hamda bronx devorining qalinlashib zichlanganligiga bog'liq). Bronxoektaziya sohasi, tovush dirilashi va bronxofoniya kuchayadi. O'pka va plevrada chandiqli o'zgarishlar paydo bo'lishi tufayli, bronxlar kengaygan bo'lsa, bemor ko'zdan kechirilganda ko'krak qafasining kasallangan tomoni kichiklashgani seziladi, ko'krakning shu qismi bir oz cho'kkan bo'ladi, nafas olganda esa shu tomon yetarli ko'tarilmaydi. Perkussiya qilinganda o'pkaning shu tomondagi cheti kam siljiydi.

Shuni ham aytib o'tish kerakki, yuqorida ko'rsatib o'tilgan fizik alomatlar sodir bo'lmasligi va kasallik faqat yo'tal hamda balg'am ajralish bilangina kelishi mumkin. Bunday hollarda rentgenologik tekshirish muhim diagnostik ahamiyatga ega. Rentgenologik tekshirishda bronxoektatik kengaygan bo'shliqlar tuxumsimon yorug' joylar shaklida ko'rinadi: bular odatda yakka- yakka, yoki to'p-to'p bo'lib, o'pka ildiziga yaqin joyda, o'pkaning pastki qismida joylashadi; yorug' joy atrofida chandiqli va infiltratli, tasmalimon qorong'u tortmalar ko'zga tashlanadi, ular bronxlar bo'ylab tarqaladi, bo'shliqlarning o'ziga sekret yig'ilib qolgan bo'ladi, ularning kattalarida gorizontall joylashgan suyuqlik ko'rinadi, gavda holatining o'zgarishi bilan bu suyuqlik sathi ham o'zgaradi.

Haltasimon bronxoektazlar yuzaga kelsa manzara ana shunday bo'ladi. Tsilindrik bronxoektazlarda tortmalar dag'alroq, ular ko'proq o'pkaning pastki qismida joylashgan bo'lib, o'pka ildizidan chiqadi. Tsilindrik bronxoektazlar kengaygan va devorlari qalinlashgan bronxlarda paydo bo'ladi (bronxlar atrofiyaga uchrab devori yupqalashganda ular ko'rinmaydi: ular sekret bilan to'lgandagina ko'rinishi mumkin). Biroq bronxlar kengaygan bo'lishiga qaramay, ba'zan ularni rentgenoskopiyada aniqlab bo'lmaydi (juda mayda bronxoektazlar ko'p bo'lganligi sababli). Bunday hollarda bronxografiya qo'llaniladi. Tekshiriladigan bronx tarmoqlarining tegishli bo'limiga

kontrast modda kiritilgandan keyin uning rasmi olinsa tasvirlanganda o'xshash aniq va chiroyli manzara hosil bo'ladi: kontrast qorishma bilan to'lgan bronxoektazlar uzum boshi yoki mevali daraxt shoxida o'xshash shakllar hosil qiladi.

Bronxoektaziya uchraydigan boshqa alomatlardan biri bemor barmoqlarining uchlari nog'ora tayoqchalariga o'xshab to'mtoqlanib qolishidir. Bunday o'zgarishning sodir bo'lishi sababli hozirgacha aniqlangan emas. Bunda trofik buzilishlar rol o'ynasa kerak (ba'zi suyaklar, ayniqsa naysimon suyaklar to'qimalarining siyraklashib qolishi - ya'ni osteoporozning sababi ham shunda). Bemor yuzining kerkishi ham kishi diqqatini o'ziga jalb qiladi, bu hol bemorning doimiy yo'talishga bog'liq. Bemorning umumiy ahvoli uzoq vaqtlar davomida o'zgarmaydi. Tana harorati odatda normal bo'ladi, biroq harorat vaqti - vaqti bilan (balg'am ajralmay qolganda) qisqa vaqtda ko'tarilishi mumkin. Kasallik surunkali kechadi, u goh zo'rayib, goh pasayib turadi. Bemor tamomila sog'ayib ketmaydi. Bemorlar o'zlari uchun ham, boshqalar uchun ham ortiqcha yuk bo'lib qoladilar (ayniqsa balg'am badbo'y hidli bo'lganda).

Davolash yaxshi natija bermaydi balg'amni kamaytirish va uning hidini yo'qotish uchun bemorga terpingidrat va natriy benzoat ichiriladi. Sulfanilamidlar (sulfazol, sulfatiazol, sulfadiazin) bilan davolash bir oz foyda beradi, bular kuniga 6-8 g dan 3-5 kunlik kurs bilan tavsiya etiladi. Katta dozalarda antibiotik ham qo'llaniladi. O'pkaning har ikki bo'lagidagi bronxoektazni xirurgik usul bilan davolash mumkin emas. Bu kasallikning oldini olishda bronxit va uzoqqa cho'zilgan o'pka yallig'lanishini o'z vaqtida to'g'ri davolash muhim ahamiyatga egadir.

TEST

41. Krupoz pnevmoniya 2 bosqichi (razgar) uchun xos; 1). Perkutor bo'g'iqlik tovush, auskultativ xirillash. 2). Perkutor bo'g'iqlik va auskultativ krepitatsiya. 3). Bronxial nafas va perkutor timpanik tovush. 4). Perkutor bo'g'iqlik tovush. 5). Auskultativ bronxial nafas.

a) 1,4; b) 2,3; v) 3,4; g) 4,5.

42. Krupoz pnevmoniya 3 bosqichi (sog'ayish) uchun xos; 1). Auskultativ krepitatsiya (krepitatsio redux). 2). Auskultativ krepitatsiya, perkutor quticha tovush. 3). Perkutor bo'g'iqlik tovush kamayishi, timpanik tovush hosil bo'lishi. 4). Auskultatsiya xirillash va tovush tebranishi kuchayishi. 5). Bo'g'iqlik tovush kamayishi, quticha tovush hosil bo'lishi

a) 1,2; b) 1,3; v) 3,4; g) 4,5.

43. O'pka absessi uchun xos; 1). Leykotsitoz, EChT susayishi. 2). Leykotsitoz, EChT oshishi. 3). Perkutor to'mtoqroq tovush absess ustida. 4). Perkutor to'mtoq tovush leykopeniya. 5). EChT oshishi leykopeniya

a) 2,3; b) 2,4; v) 3,4; g) 4,5.

44. Quruq plevrit uchun xos; 1). Auskultativ plevra ishqalanish shovqini. 2). Rentgenologik diafragma harakati cheklanishi. 3). Krepitatsiya va rentgenologik soya. 4).

Plevra ishqalanish shovqini, rentgenologik soya. 5). Kasal tomonga (Plevrit) yotsa og'riqning susayishi.

- a) 2,4,5; b) 2,3,5; v) 3,4,1; g) 1,2;5.

45. Eksudativ plevritda suyuqlikni yuqori chegarasi uchun xos; 1). Linya Damuazo va Rauxfuss Grokk uchburchagi.2). Garlend uchburchagi.3). Rauxfuss Grokk uchburchagi.4). Linya Damuazo

5). Garlend va Rauxfuss Grokk uchburchagi.

- a) 1,5. b) 2,3; v) 1,4; g) 2,4;

Surunkali o'pkaning obstruktiv kasalligi mavzusi yuzasidan test savollari

1. Bemorda biroz yo'tal va balg'am ajralishi kabi simptomlar ba'zan bezovta qiladi, hansirash kuzatilmaydi.

$OFV_1 \geq 80\%$ kerakli miqdordan, $OFV_1/FJYL < 70\%$ bo'lganda.

Bemorda surunkali o'pkaning obstruktiv kasalligi nechanchi darajaligini ayting.

a) I yengil daraja.

b) II-o'rta og'ir daraja.

c) III-og'ir daraja.

d) IV-o'ta og'ir daraja.

2. Doimiy yo'tal, balg'am, hansirash bezovta qiladi. Bemor ko'zdan kechirilganda ko'krak qafasi emfizematoz tipda. $30\% < OFV_1 < 50\%$, $OFV_1/FJYL < 70\%$. Bemorda surunkali o'pkaning obstruktiv kasalligi nechanchi darajaligini ayting.

a) I-engil daraja.

b) II-o'rta og'ir daraja.

c) IV-o'ta og'ir daraja.

d) III-og'ir daraja.

3. Yo'tal doimiy va ertalablari rivojlangan, balg'am chiqishi qiyin, hansirash biroz jismoniy zo'riqishda yuzaga chiqadi. 27 yildan buyon tamaki chekadi.

$50\% = < OFV_1 < 80\%$, $OFV_1/FJYL < 70\%$.

Bemorda surunkali o'pkaning obstruktiv kasalligi nechanchi darajaligini ayting.

a) I-yengil daraja.

b) II-o'rta og'ir daraja.

c) III-og'ir daraja.

d) IV-o'ta og'ir daraja.

4. Doimiy yo'tal, balg'am, hansirash bezovta qiladi. Bemor ko'zdan kechirilganda ko'krak qafasi emfizematoz tipda. Teri ranglari sarg'ish tusda. Surunkali nafas yetishmovchiligi va o'ng qorincha yetishmovchiligi kuzatiladi.

$OFV_1/FJYL < 70\%$. $OFV_1 < 30\%$ yoki $OFV_1 < 50\%$

Bemorda surunkali o'pkaning obstruktiv kasalligi nechanchi darajaligini ayting.

- a) I-yengil daraja.
- b) II-o'rtta og'ir daraja.
- c) IV-o'ta og'ir daraja.
- d) III-og'ir daraja.

5. Bemor 53 yosh, 30 yildan buyon paxta tozalash zavodida ishlaydi hamda 18 yildan buyon tamaki chekadi. Bemorni 15 yildan buyon yo'tal, balg'am ajralishi bilan bezovta qiladi. Hansirash rivojlanmagan. Bemor obdon subektiv va obektiv tekshirilganda va surunkali o'pkaning obstruktiv kasalligi deb tashxis qo'yildi. Ushbu ko'rsatkichlar kasallikning qaysi turiga mansub.

- a) emfizematoz turi
- b) bronxitik turi
- c) aralash turi
- d) surunkali o'pkaning obstruktiv kasalligiga xos belgilar yo'q

6. Bemor 67 yosh, 15 yildan buyon paxta tozalash zavodida ishlaydi hamda 10 yildan buyon tamaki chekadi. Bemorni 5 yildan buyon biroz yo'tal, balg'am ajralishi bilan bezovta qiladi. Hansirash rivojlangan. Bemor obdon subektiv va obektiv tekshirilgandan so'ng surunkali o'pkaning obstruktiv kasalligi deb tashxis qo'yildi. Ushbu ko'rsatkichlar kasallikning qaysi turiga mansub.

- a) emfizematoz turi
- b) bronxitik turi
- c) aralash turi
- d) surunkali o'pkaning obstruktiv kasalligiga xos belgilar yo'q

7. Bemor 53 yosh, paxta tozalash zavodida ishlaydi hamda 18 yildan buyon tamaki chekadi. Bemor ko'zdan kechirilganda tanasida biroz shish va rangi ko'kimtiridir. Bemorni 10 yildan buyon yo'tal, balg'am ajralishi bilan bezovta qiladi. Hansirash rivojlanmagan. Bemor obdon subektiv va obektiv tekshirilgandan so'ng surunkali o'pkaning obstruktiv kasalligi deb tashxis qo'yildi. Ushbu ko'rsatkichlar kasallikning qaysi turiga mansub.

- a) emfizematoz turi
- b) surunkali bronxit
- c) bronxitik turi
- d) surunkali o'pkaning obstruktiv kasalligi aralash turi

8. Bemor 66 yosh, 18 yildan buyon paxta tozalash zavodida ishlaydi hamda 22 yildan buyon tamaki chekadi. Bemor ko'zdan kechirilganda ozg'in va rangi sarg'ish tusda. Bemorda 10 yildan buyon yo'tal, biroz balg'am ajralishi bilan kuzatiladi. Kuchayib boruvchi hansirash bezovta qiladi. Bemor obdon subektiv va obektiv tekshirilganda va surunkali o'pkaning obstruktiv kasalligi deb tashxis qo'yildi. Ushbu ko'rsatkichlar kasallikning qaysi turiga mansub.

- a) bronxitik turi
- b) surunkali o'pkaning obstruktiv kasalligi aralash turi

- c) surunkali bronxit
- d) emfizematoz turi

9. Bemor 48 yosh, qabulga kelganda yo'tal, balg'am ajralishi bilan juda kuchli jismoniy zo'riqishda hansirash bo'ladi. Auskultatsiya qilinganda susaygan nafas eshitiladi. Ushbu bemorda hansirashning nechanchi darajadiligini ayting.

- a) 0 daraja
- b) I daraja
- c) II daraja
- d) III daraja
- e) IV daraja

10. Bemor 50 yosh, tekshiruv vaqtida yo'tal balg'am ajralishi bilan hamda hansirash tekis yo'lda juda tez yurganda va balandlikka ko'tarilganda sodir bo'ladi. Auskultatsiya qilinganda susaygan nafas eshitiladi va biroz xryllashlar eshitildi. Ushbu bemorda hansirashning nechanchi darajadiligini ayting.

- a) 0 daraja
- b) I daraja
- c) II daraja
- d) III daraja
- e) IV daraja

11. Keksaygan bemor tekshiruv vaqtida yo'tal balg'am ajralishi bilan hamda tekis yo'lda sekin yursa ham hansirash bo'ladi va bemor to'xtashga majbur bo'ladi, dam olishini takidlaydi. Palpatsiyada ovoz dirillashi kuchaygan. Ushbu bemorda hansirashning nechanchi darajadiligini ayting.

- a) 0) daraja
- b) I daraja
- c) II daraja
- d) III daraja
- e) IV daraja

12. Bemor 62 yoshda tekshiruv vaqtida yo'tal balg'am ajralishi bilan hamda hansirash bezovta qiladi. 100 metr yursa hansirash bo'ladi va bemor dam olishga majbur bo'ladi. Perkussiyada bo'g'iqroq tovush bo'lishi mumkin. Ushbu bemorda hansirashning nechanchi darajadiligini ayting.

- a) III daraja
- b) I daraja
- c) II daraja
- d) 0 daraja
- e) IV daraja

15. Bemor 58 yoshda, tekshiruv vaqtida yo'tal balg'am ajralishi bilan tana harorati ko'tarilganligi bezovta qiladi. Kuchli jismoniy zo'riqishda hansirash bezovta qiladi. OFV1 80% dan past, OFV1/JYL 70% dan past. Perkussiyada bo'g'iqroq tovush bo'lishi mumkin.

- a) O'pkaning Surunkali Obstruktiv Kasalligi tashxisini inkor qilinadi.
- b) Bemorning bronxlarida obstruksiya borligidan dalolat beradi.
- c) Bemorda nafas yetishmovchiligi mavjud
- d) O'pkaning Surunkali Obstruktiv Kasalligi III daraja
- e) O'pkaning Surunkali Obstruktiv Kasalligi IV daraja

16. Bemor 60 yoshda onda sonda bir yo'tal xuruji (yil davomida IV martadan kam) bo'lgan, hamroh kasalliklar bo'lmagan, pikfloumetriya va 1 sekunda nafas chiqarish tezligi tekshiruvi o'tkazilganda kam miqdorda (yengil) bronx o'tkazuvchanligi buzilishi aniqlandi (Tezlashgan nafas chiqarish hajmi 1sek-OFV1>50% kerakli miqdordan.). Kasallik xurujini aniqlang.

- a) O'pkaning Surunkali Obstruktiv Kasalligi IV daraja
- b) O'SOK ning asoratlangan xuruj
- c) O'pkaning Surunkali Obstruktiv Kasalligi III daraja
- d) O'SOK ning oddiy asorotlanmagan xuruj

17. Bemorlarning yoshi 68 yoshda. Tekshirilganda o'pka ventillyatsion funksiyasini kuchli buzilishi (OFV1<50% kerakli miqdordan) kuzatildi. Hamroh kasalligi qandli diabet, asorati diabetik nefropatiya. Oxirgi yilda 5 marta yo'tal balg'am ajralishi bilan, hansirash xuruji bo'ldi va ikki marta shu kasallik tufayli xuruji bilan gospitalizatsiya qilingan. Davolanish davomida 40 mgdan prednizolon hamda seftriakson 1,0 mushak orasiga oxirgi uch oy davomida olgan. Kasallik xurujini aniqlang.

- a) O'pkaning Surunkali Obstruktiv Kasalligi IV daraja
- b) O'SOK ning asoratlangan xuruj
- c) O'pkaning surunkali obstruktiv kasalligi III daraja
- d) O'SOK ning oddiy asorotlanmagan xuruj

18. Bemorda o'pkaning surunkali obstruktiv kasalligining asoratlangan xuruji deb hisoblanadi qachonki...

A) Bemorlarning yoshi 65 yoshda yoki katta, o'pka ventillyatsion funksiyasini kuchli buzilishi (OFV1<50% kerakli miqdordan) kuzatilsa. Hamroh kasalligi qandli diabet, diabetik nefropatiya asorati va oxirgi yilda 4 martadan ko'p xuruj bo'lsa, va 2 marta shu kasallik tufayli xuruji bilan gospitalizatsiya qilinsa, glyukokortikosteroid, antibakterial preparat oxirgi 3 oyda qabul qilsa.

B) Onda sonda bir xuruj (yil davomida IV martadan kam) bo'lganda va 65 yoshgacha bo'lgan bemorlarda, hamroh kasalliklar bo'lmaganda, kam miqdorda (yengil) bronx o'tkazuvchanligi buzilishi bo'lgandagina hisoblanadi (obyom forsirovannogo vidoxa za 1sek-OFV1>50% kerakli miqdordan.).

C) Onda sonda bir xuruj (yil davomida IV martadan kam) bo'lganda va 65 yoshgacha bo'lgan bemorlarda, hamroh kasalliklar bo'lganda, 2 marta shu kasallik tufayli xuruji bilan gospitalizatsiya qilinsa, glyukokortikosteroid, antibakterial preparat oxirgi 3 oyda qabul qilsa.

D) Bemorlarning yoshi 65 yoshda yoki katta, o'pka ventillyatsion funksiyasini kuchli buzilishi (OFV1<50% kerakli miqdordan) kuzatilsa, onda

sonda bir xuruj (yil davomida IV martadan kam) bo'lganda va 65 yoshgacha bo'lgan bemorlarda .

19. O'pkaning surunkali obstruktiv kasalligi bor bemorning bronxlarida obstruksiya borligidan dalolat beradi.

- a) OFV1 80% dan past, OFV1/JYL 70% dan past bo'lsa
- b) OFV1 80% dan yuqori, OFV1/JYL 70% dan past bo'lsa
- c) OFV1 80% dan past, OFV1/JYL 70% dan yuqori bo'lsa
- d) OFV1 80% dan yuqori, OFV1/JYL 70% dan yuqori bo'lsa

Nafas olish tizimiga oid masalalar

20 masala

Bemor A. 57 yoshda, jinsi ayol, ko'krak qafasida sanchiluvchan og'riq borligi tufayli, kasalxonaga kelgunga qadar rentgenga tushib, ko'krak qafasi rentgenografiyasini olib shifokor qabuliga murojoat qildi. Rentgenografiya ko'rilganda plevra bo'shlig'ida suyuqlik borligi aniqlandi va kasalxonada suyuqlik olinib analiz qilinganda xilyoz xarakterda ega ekanligi aniqlandi.

Sizning taxminiy diagnoz?

Bu bemorda diagnozni asoslash uchun qanday tekshiruv olib borish kerak?

Perkutor va auskultativ o'zgarishlar qanday?

21 masala

Bemor 35 yoshda, jinsi erkak, kasalxona qabul bo'limiga kelganda ish jarayonida ko'krak qafasining o'ng tomonida travma olganligi haqida ma'lumot berdi, sub'ektiv so'rab surishtirilganda yo'tal, nafas yetishmovchiligi va ko'krak qafasida kuchli og'riq bezovta qilishini ta'kidladi, auskultatsiya qilinganda ko'krak qafasining o'ng tomonida metalik tipidagi nafas eshitildi.

Bu bemorda qanday patologik jarayon kechayapti?

Diagnoz tasdiqlanishi uchun qanday tekshiruv o'tkazilishi ma'qul?

Perkutor o'zgarishlarni ayting?

23 masala

Bemor 56 yoshda, jinsi erkak, shifokor qabuliga kelganda yo'tal, tana harorati ko'tarilishiga shikoyat qildi, nafas olish chastotasi tezlashgan, yuzaki nafas oladi. Bemorni perkussiya qilib ko'rilganda o'ng tomonda tovush IV qovurg'a oraliqigacha bo'g'iq perkutor va punktsiya qilib ko'rilganda yiring borligi aniqlandi. Rentgenografiyada IV qovurg'a oralig'igacha gamogen soya borligi aniqlandi.

Bemorda qanday taxminiy diagnoz qo'yish mumkin?

Bu bemordagi auskultativ o'zgarishlarni aytib bering?

Sizning davo taktikangiz?

24 masala

Bemor 35 yoshda, jinsi ayol, kasalxonaga tushganda bemor so'rab surishtirildi va yo'tal, yo'tal bilan zangsimon balg'am ajralishi, isitma hansirash bezovta qilishi aniqlandi, so'ng bemor ko'zdan kechirildi va o'ng ko'krak qafasi nafas olish aktida orqada qolishi, lablarida, burun atrofida uchuqlar borligi, o'ng

yonoq sohalari qizarganligi aniqlandi. Bronxofoniya kuchaygan. Krupoz pnevmoniya deb tashxis qo'yildi.

Bu bemorda qanday patologo - anotomik o'zgarishlar bo'ladi?

Perkutor, auskultativ o'zgarishlarning ayting?

Rengonologik o'zgarishlarni ayting?

25 masala

Bemor 43 yoshda, jinsi erkak. Kasalxonaga quyidagi muammolar bilan keldi. Quruq yo'tal, o'ng ko'krak qafasida sanchiluvchan og'riq borligi, og'riqning nafas olganda kuchayishi va pastga yo'nalishi, tana harorati ko'tarilishiga shikoyat qiladi, anamnez yig'ilganida o'zini 1 oydan buyon kasal deb hisoblaydi. Bemorga taxminiy o'ng tomonlama eksudativ pleurit deb diagnoz qo'yildi.

Bu bemorda qanday instrumental tekshiruv olib boriladi?

Ko'krak qafasini ko'zdan kechirganda qanday o'zgarish ko'ramiz?

Bu bemordagi perkutor, auskultativ o'zgarishlarni aytib bering?

Qaysi laborator tekshiruvlar olib borish ma'qul va o'zgarishlarni aytib bering?

26 masala

Bemor kasalxonada kelganda hansirash, nafas siqilishi, yo'tal va yo'talganda qiyinchilik bilan shilliq aralash ko'piksimon balam ajralishiga shikoyat qildi va auskultatsiya qilinganda quruq hushtaksimon xirillashlar eshitildi va nafas chiqarilishi uzaygan. Bronxofoniya susaygan. Bemor ko'zdan kechirilganida lablarida tsianoz borligini hisobga olib taxminiy bronxial astma deb diagnoz qo'yildi.

Bemorlarni ko'krak qafasini ko'zdan kechirganda qanday o'zgarishlarni ko'ramiz?

Palpator va perkutor o'zgarishlari qanday?

Bu bemorimizda qanday funktsional tekshiruv olib boriladi va o'zgarishlarini ayting?

27 masala

Bemor 40 yoshda, jinsi erkak, uzoq yillardan buyon o'zini kasal deb biladi. Kasalxonaga shifokor qabuliga kelganda ko'ngil aynishi, jig'ildon qaynashi, ko'krak qafasida achishish, kuyish, yo'tal, hansirashga shikoyat qildi. Palpatsiyada ovoz drillashlari ikkala o'pkada bir xil va perkussiyada o'pka tovushi eshitildi. Bemorni auskultatsiya qilinganda ko'krak qafasini ikkala tomonida ham quruq xirillashlar eshitildi.

Bu bemorda taxminiy diagnoz qo'ying?

Tekshiruv rejasini qanday bo'lishi ma'qul?

Davo taktikangiz qanday?

28 masala

Bemor S. 52 yoshda, jinsi erkak, o'zini 30 yildan buyon kasal deb hisoblaydi. Shifokor qabuliga kelganda hansirash, nafas siqilishi, nafas yetishmovchiligi, zarda qaynashi, ko'ngil aynishiga shikoyat qilib keldi va bemorni ob'ektiv tekshirganda ko'krak qafasi bochkasimon, laborator tekshirilib leykotsitoz, eozinofilyoz, EChT oshganligi aniqlandi. Bronxofoniya susaygan.

Rentgenografiyada o'pka rasmi kuchaygan, o'zaklari kengaygan, o'pka maydoni yorug'.

Bemordagi ob'ektiv o'zgarishlarni ayting?

Bemordagi auskultativ o'zgarishlar qanday?

Instrumental va funktsional tekshirganda qanday o'zgarish ko'ramiz?

29 masala

Bemor 47 yoshda, jinsi erkak, 27 yildan buyon dispanser nazoratida turadi, shifokor qabuliga kelganda nafas siqilishi, yo'tal, holsizlikka, hansirashga shikoyat qilib keldi va anamnez yig'ganimizda tez tez zarda qaynashi bo'lib turishi aniqlandi. Bemorni perkussiya qilganda quticha tovush eshitildi.

Bemorga qanday taxminiy diagnoz qo'yish mumkin?

Tekshiruv rejasini qanday bo'lishi ma'qul?

Davo taktikangiz qanday?

30 masala

Bemor 43 yoshda, jinsi ayol, bir necha yildan buyon bronxial astma bilan turar joy poliklinikasida dispanser nazoratida turadi. Bemorning muammolari hansirash, nafas siqilishi, nafas yetishmovchiligi bezovta qiladi. Obektiv ko'zdan kechirilganda ko'krak qafasi bochkasimon yordamchi mushaklar nafas olish aktida ishtirok etadi.

Bu bemorda perkutor, auskultativ o'zgarishlarni ayting?

Rentgenologik o'zgarishlarni ayting?

Qondagi va balg'amdagi o'zgarishlar qanday?

31- masala

Bemor 24 yoshda. Jinsi erkak, Poliklinikada shifokor qabuliga kelganda bemorning muammolari yo'tal va yo'talganda yiringli balg'am ajralishi, tana harorati ko'tarilishi. Ko'zdan kechirilganda chap yuzi qizarganligi aniqlandi, burun atrofida uchuqlar bor. Auskultatsiyada chap o'pkaning o'rta bo'lagida krepatatsiya eshitiladi.

Sizning diagnozingiz va tekshirish rejalarangiz?

Palpator va perkutor o'zgarishlarni aytib bering?

Rentgenologik tekshirganda qanday o'zgarishlar ko'rishimiz mumkin?

32- masala

Bemor 29 yoshda, jinsi erkak, Turar joy poliklinikasida murojaat qildi. Bemorni so'rab surishtirganda yo'tal va ko'p miqdorda yiringli balg'am ajralishi hamda perkussiya qilganda o'ng o'pkaning o'rta bo'lagida timpanik tovush eshitildi. Auskultatsiyada o'sha joyda amforik nafas eshitildi.

Taxminiy tashxisingizni ayting?

Palpator o'zgarishlarni aytib bering?

Rentgenologik tekshirganda qanday o'zgarish ko'rishimiz mumkin?

33- masala

Bemor 67 yoshda, jinsi erkak, pensioner. Shifokor qabuliga kelganda ko'krak qafasining o'ng tomonida nafas olganda sanchiluvchan og'riq borligiga shikoyat qildi va ko'zdan kechirilganda shu tomoni nafas olish aktida orqada qolishi,

ko'krak qafasi asimetriyasi, qovurg'a oraliqlari kengayganligi, nafas olganda qovurg'a oralig'i mushaklari tashqariga bo'rtib chiqishi kuzatildi.

Sizning taxminiy diagnozingiz qanday?

Auskultativ o'zgarishlarni ayting?

Qanday insirumental tekshiruvlar olib borilishi maqul va bu tekshiruvlar natijalari qanday bo'lishi mumkin?

34- masala

Bemor 36 yoshda. Jinsi ayol. 18 yildan buyon turar joy poliklinikasida dispanser nazoratida turishi aniqlandi. Shifokor qabuliga kelganda auskultatsiya qilindi va susaygan vezikulyar nafas eshitildi. Bemorda perkussiyada quticha tovush, Krenig maydoni yuqoriga siljigan va o'pka ekskursiyasi chegaralangan, yurak absolyut to'mtoqlik chegarasi kamayganligi aniqlandi.

Sizning taxminiy diagnozingiz?

Bemor shikoyatlarini aytib bering?

Rentgenologik o'zgarishlarni aytib bering?

Balg'amdagi o'zgarishlar qanday bo'lishi mumkin?

35- masala

Bemor S. 43 yoshda, jinsi erkak, ishida zararli omil paxta changi va ko'p miqdorda chekadi. Bemor shifokor qabuliga kelganda shikoyatlari ko'krak sohasida sanchiluvchan og'riq va quruq yo'tal borligini inobatga olib rentgenografiya tavsiya etildi. Bemorning rentgenografiyasida ko'ks oraliqi a'zolari chapga siljigan, o'ng tomonda 4 qovurg'a orasigacha gomogen soya bor.

Sizning taxminiy diagnozingiz qanday?

Perkutor o'zgarishlarni aytib bering?

Auskultatsiyada nafas shovqinlarini o'zgarishini aytib bering?

Qon tahlilida qanday o'zgarishlar ko'rish mumkin?

36- masala

Bemor 44 yoshda, jinsi erkak. Shifokor qabuliga kelganda ertalablari yo'talning kuchayishi va ko'p miqdorda qon aralash va ko'pincha yiringli balg'am ajralishiga shikoyat qiladi. Anamnezida ko'k yo'tal o'tkazganligi va so'rab surishtirishda bemor chap biqinga yotsa balg'am ajralishi engillashishi aniqlandi. Perkussiya qilinganida o'ng o'pkasida 4 - 5 qovurg'a oraliqida timpanik tovush eshitildi.

Bemorga qanday patologiya borligini ayting?

Bemorga qanday auskultativ o'zgarishlar bo'lishi mumkin?

Rentgenologik o'zgarishlarni aytib bering.

Bemor balg'amidagi o'zgarishlarni aytib bering?

37- masala

Bemor 19 yoshda, qiz bola, shifokor qabuliga kelganda bolaligidan buyon kasalligini takidladi. Bemorni perkussiya o'tkazilganda quticha tovushi, auskultatsiyasida susaygan vezikulyar nafas eshitildi. Shifokor bemorga balg'am tahlili topshirishni tavsiya etdi. Shifokor laborant balg'amida Kurshman spirallari va Sharko - Leyden kristallari topilganligi to'g'risida ma'lumot berdi.

Qanday patologiya borligini ayting?

Rentgenologik o'zgarishlarini aytib bering?

Spirografiya tekshiruvi o'tkazilganda qanday o'zgarish kutilishi mumkin?

Bemor qonida qanday o'zgarishlar bo'lishini aytib bering?

38- masala

Bemor 45 yoshda, jinsi erkak, bolaligida revmatizm kasalligini o'tkazgan, shifokor qabuliga kelganda tez – tez yuzaki nafas olishi aniqlandi, nafas olish qiyinlashgan, bemorni sovuq ter bosgan, yo'tal va yo'talganda ko'piksimon balg'am chiqishi va hansirash, nafas yetishmovchiligi bezovta qiladi. Bemor ko'zdan kechirilganda tsianoz borligi aniqlandi. Balg'amni mikroskopik tekshirganda yurak parok hujayralari topildi.

Sizning taxminiy tashxisingiz va taktikangiz?

Palpator va perkutor o'zgarishlarni aytib bering?

Bemordagi auskultativ o'zgarishlarni aytib bering?

39- masala

Bemor 64 yoshda, rentgenologik tekshiruvlardan so'ng plevra bo'shlig'ida suyuqlik borligi aniqlanib, bemorda punktsiya qilindi va olingan plevra suyuqligi laborator tekshiruvga yuborildi va tahlil natijasi quyidagicha: loyqa, cho'kma hosil qilgan, oqsil 33 g/l, leykotsitlar, eritrotsitlar mavjud.

Bemorning taxminiy diagnozini ayting?

Perkutor o'zgarishlarini aytib bering?

Bemordagi rentgenologik o'zgarishlarini aytib bering?

Suyuqlik qanday xarakterga ega?

40- masala

Bemor 33 yoshda, ayol, ko'zdan kechirganda majburiy holatda turibdi (ikkala qo'li tizzasiga tayangan, og'zi ochiq holda nafas olayapti, burunlari kengaygan, ko'krak qafasi bochkasimon). Bemorning qon tahlilida leykotsitoz (10,5 ming), eozinofiliya (7%), EChT (17 mm/s), balg'amida Sharko - Leyden kristallari va ko'p miqdorda eozinofillar topilgan.

Sizning taxminiy diagnoz va shoshilinch yordam?

Palpator va perkutor o'zgarishlarni aytib bering?

Spirografiya qanday o'zgarishlar kutilishi mumkin?

Surunkali o'pkaning obstruktiv kasalligi mavzusi yuzasidan masalalar

1 masala

Bemor 60 yosh, 35 yildan buyon paxta tozalash zavodida ishlaydi hamda 20 yildan buyon tamaki chekadi. Bemorda 15 yildan buyon yo'tal, balg'am ajralishi bilan va kuchayib boruvchi hansirash, nafas yetishmovchiligi bezovta qiladi. Bemor ko'zdan kechirilganda ko'krak qafasi emfizematoz tipda, qovurg'alar orasi biroz kengaygan, teri osti yog' qatlami sust rivojlangan. Rentgenografiya tekshiruvda fibrozli sklerotik o'zgarishlar kuzatiladi. Laborator tekshirish-qonda kompensator eritrotsitoz, leykotsitoz, EChT biroz oshganligi aniqlandi. Balg'am shilliqli-yiringlidir. Tarkibida neytrofillar, makrofaglar bor.

Bemorning tashxisini ayting

Bemordagi palpator o'zgarishlarni ayting
Bemordagi perkutor o'zgarishlarni ayting
Bemordagi auskultativ o'zgarishlarni ayting

2 masala

Bemor 58 yoshda, 35 yildan buyon chekadi. O'zini 12 yildan buyon kasal deb hisoblaydi. Bemorning ozg'inligi ko'rinib turibdi. Kasallik boshlanishi biroz yo'tal bilan boshlandi, keyinchalik balg'am ajralishi va oxirgi yillarda hansirash ham bezovta qilayapti. Boshlanishida hansirash jismoniy zo'riqishda bezovta qilar edi, hozirda tinch holatda ham kuchayapti. Bemorni ko'zdan kechirganda bemor ozg'in, teri qoplami sarg'ish, ko'krak qafasi bochkasimon, o'mrov usti chuqurchasi tekislangan. Laborator tekshirish-qonda kompensator eritrotsitoz, leykotsitoz, EChT biroz oshganligi aniqlandi. Balg'am shilliqli-yiringlidir. Tarkibida neytrofillar, makrofaglar bo'ladi.

Bemorning taxminiy diagnozini ayting.

Diagnozni aniqlash uchun qanday tekshiruvlar olib borgan maqul.

Auskultativ o'zgarishlarni ayting.

Rentgenologik o'zgarishlarni ayting.

3 masala

Bemor 63 yoshda, 27 yildan buyon spirtli ichimliklar istemol qiladi va chekadi. Tanasida biroz shish kuzatiladi. O'zini 10 yildan buyon kasal deb hisoblaydi. Bemorni ko'zdan kechirganda bemorda shish kuzatiladi, teri qoplamlari va shilliq qavatlarda tsianoz kuzatiladi. Kasallik boshlanishi biroz yo'tal bilan boshlandi, keyinchalik balg'am ajralishi va oxirgi yillarda asosan 50 yoshdan so'ng hansirash bezovta qilayapti. Bemorda yo'tal barvaqt boshlanib ko'p miqdorda balg'am ajralishi kuzatiladi. Palpatsiyada ovoz dirillashi kuchaygan va perkussiyada bo'g'iqroq tovush. Bemorlar auskultatsiya qilinganda dag'al nafas va xirillashlar eshitiladi. Rentgenografiya da fibrozli sklerotik o'zgarishlar kuzatiladi. O'ng qorinchali yurak yetishmovchiligi rivojlangan.

Bemorning taxminiy diagnozini ayting.

Diagnozni aniqlash uchun qanday tekshiruvlar olib borgan maqul.

Auskultativ o'zgarishlarni ayting

Laborator o'zgarishlarni ayting.

5 masala

Bemor 60 yoshda onda sonda yo'tal biroz balg'am alralishi bilan bezovta qilib turadi (xuruj yil davomida IV martadan kam bo'lgan), anamnezida hamroh kasalliklar bo'lmagan, perkussiyada bo'g'iqroq tovush eshitiladi, auskultatsiyada susaygan vezikulyar nafas eshitiladi, pikfloumetriya va 1 sekundda nafas chiqarish tezligi tekshiruvi o'tkazilganda kam miqdorda (yengil) bronx o'tkazuvchanligi buzilishi aniqlandi (Tezlashgan nafas chiqarish hajmi 1sek-OFV₁>50% kerakli miqdordan.).

Bemorning taxminiy diagnozini ayting.

Qanday palpator o'zgarishlar bo'lishi mumkin bu bemorda.

Ushbu kasallikni keltirib chiqaruvchi omillarni ayting.

AccecmehT 1

<p>Test</p> <p>39. O'pka to'qimasi zichlashish sindromi uchun xos; 1). Perkutor bo'g'iq tovush, rentgenda soya borligi. 2). Bronxial nafas va bronxofoniya susaygan. 3). Perkutor bo'g'iq tovush, auskultativ vezikulyar nafas. 4). Auskultativ bronxial nafas, bronxofoniya kuchaygan. 5). Perkutor bo'g'iq tovush, amforik nafas.</p> <p>a) 1,2; b) 2,3; v) 1,4; g) 4,5.</p> <p>40. Krupoz pnevmoniya boshlang'ich bosqichi uchun xos;1). Auskultativ xirillash. 2). Kuchaygan vezikulyar nafas.3). Boshlang'ich krepitatsiya (krepitatsio indux).4). Perkutor quticha tovush.5). Susaygan vezikulyar nafas</p> <p>a) 1,3; b) 2,3; v) 3,4; g) 2,5.</p>	<p style="text-align: center;">Vaziyatli masala</p> <p style="text-align: center;">1 masala</p> <p>Bemor M. 23 yoshda, jinsi ayol, qabulda kelganda terlab sovuq qotganligi to'g'risida malumot berdi. So'rab surishtirilganda quyidagi muammolar bezovta qilishi aniqlandi va tana harorati ko'tarilishi, yo'tal, ko'krak qafasida og'riq borligi aniqlandi. Bemorni ko'zdan kechirganda burun atroflarida uchuqli toshmalar toshganligi, chap ko'krak qafasi nafas olish aktida orqada qolishi aniqlandi. Palpatsiyada chap ko'krak qafasida ovoz drillashi kuchaygan. Bemorda auskultatsiya o'tkazilganida crepitatio indux eshitildi.</p> <p>Sizning taxminiy diagnozingiz qanday?</p> <p>Bu bemorda perkutor o'zgarishlar qanday bo'lishi mumkin?</p> <p>Qaysi instrumental tekshirish ko'proq ma'lumot beradi?</p>
<p>Tushuncha tahlil: Auskultatsiya tekshirish usuli tarixi</p>	<p style="text-align: center;">Amaliy ko'nikma</p> <p>O'pkaning perkussiya qilish texnikasi</p>

AccecmehT 2

<p>Test</p> <p>37. Pnevmotoraks uchun xos;1). Ko'krak asimetriyasi, auskultatsiyada nafas kuchaygan. 2). Auskultatsiyada nafas va bronxofoniya susaygan.3). Asimetriya ko'krak qafasida, va tovush tebranishi shu tomonda past, perkutor timpanik tovush.4). Bronxofoniya susaygan, perkussiyada quticha tovush.5). Timpanik tovush, auskultativ nafas kuchaygan</p> <p>a) 1,2; b) 2,3; v) 3,4;</p>	<p style="text-align: center;">Vaziyatli masala</p> <p style="text-align: center;">2 masala</p> <p>Bemor 38 yoshda, jinsi ayol. qabulxonaga kelganda 3 kundan buyon kasalligi buyicha malumot berdi va quyidagi muammolar bezovta qilardi va yo'tal ko'proq, tana harorati ko'tarilishi, o'ng ko'krak qafasida og'riq borligiga shikoyat qildi. Bemorni ko'zdan kechirganda o'ng yonoqlari qizargan, lablari, burun atroflarida</p>
---	---

<p>g) 4,5.</p> <p>38. O'pkada bo'shliq hosil bo'lish sindromi uchun xos;1). Tovush tebranishi susayishi, rentgenda bo'shliq sindrom.2). Auskultatsiyada amforik tovush, rentgenologik bo'shliq sindrom.3). Kasal tomonini nafas olishda orqada qolishi, tovush tebranishini kuchayishi.4). Auskultativ amforik tovush, tovush tebranishi susaygan.5). Tovush tebranishi kuchaygan, auskultativ bronxial nafas</p> <p>a) 3,4; b) 1,2; v) 2,3; g) 4, 5.</p>	<p>uchuqli toshmalar toshgan. Palpatsiyada o'ng ko'krak qafasida ovoz drillashi kuchaygan. Bemorni auskultatsiya qilinganida crepitatio redux eshitiladi. Sizning taxminiy diagnozingiz qanday?</p> <p>Bu bemorda perkutor o'zgarishlar qanday bo'lishi mumkin?</p> <p>Rentgenologik tekshiruv o'tkazilganda qanday o'zgarish ko'rishimiz mumkin?</p>
<p>Tushuncha tahlil: Perkussiya tekshirish usuli tarixi</p>	<p>Amaliy ko'nikma O'pkaning palpatsiya qilish texnikasi</p>

AccecmehT 3

<p>Test</p> <p>35. Eksudat uchun xos;1). Oqsil 3% dan ko'p, loyqa, nisbiy zichligi 1,015 katta. 2). Tiniq oqsil 3% dan kam, nisbiy zichligi 1,015 katta.3). Tiniq, oqsil 3% dan ko'p, nisbiy zichligi 1,015 katta. 4). Cho'kma hosil qilish, infeksiya borligi.5). Cho'kma hosil qiladi nisbiy zichligi 1,015 kichik.</p> <p>a) 3,5. b) 1,3; v) 3,4; g) 1,4;</p> <p>36. Transudat uchun xos;1). Nisbiy zichligi 1,012 kichik loyqa.2). Nisbiy zichligi 1,012 va undan kichik.3). Tiniq oqsil 3% ko'p.4). Tiniq nisbiy zichligi 1,015 katta.5). Tiniq oqsil 3% kam</p> <p>a) 2,5; b) 1,3; v) 2,3; g) 4,5.</p>	<p>Vaziyatli masala</p> <p>3 masala</p> <p>Bemor J. 19 yoshda, ayol. Poliklinikada shifokor qabuliga kelganda o'zini bemor deb ikki haftadan buyon hisoblashini va shamollash bilan bog'lashini aytdi. Bemorning bezovta qiladigan muammolari quyidagilardan iborat edi. Bemor yo'tal, hansirash, terlash, holsizlikka, tez charchashga shikoyat qildi. Palpatsiyada ikala ko'krak qafasi pastki sohalarida ovoz drillashi kuchaygan. Bemorni auskultatsiya qilinganida ikala o'pkaning pastki qismida krepatatsiya eshitildi. Sizning taxminiy diagnozingiz qanday?</p> <p>Bemordagi perkutor o'zgarishlarni ayting?</p>
---	---

	Rentgenologik qanday o'zgarish bo'ladi?
Tushuncha tahlil: Vezikulyar nafasni izohlab bering	Amaliy ko'nikma O'pkaning qiyosiy perkussiya qilish texnikasi

AccecmehT 4

<p>Test</p> <p>33. Transudat xarakterga ega bo'lgan plevra suyuqligi hosil bo'ladi;1). O'pka yallig'lanishi, revmatizm, rak. 2). O'pkada limfa aylanishining buzilishi.3). O'pka yallig'lanishiga.4). O'pka tuberkulyozida.5). Qon aylanishining buzilishiga.</p> <p>a) 3,4; b) 2,3; v) 2,5; g) 4,5.</p> <p>34. Eksudat xarakterga ega bo'lgan plevra suyuqligi xos;1). O'pka yallig'lanishi, tuberkulyoz.2). Limfogramulemoz, qon aylanishining buzilishi.3). Tuberkulyoz, limfa aylanishining buzilishi.4). Revmatizm qon aylanishining buzilishi.5). Revmatizm, rak, limfogramulemoz.</p> <p>a) 3,4; b) 2,3; v) 1,5; g) 4, 5.</p>	<p>Vaziyatli masala</p> <p>4 masala</p> <p>Bemor 35 yoshda, jinsi erkak. Kasalxonaga shifokor qabuliga kelganda o'zini bir haftadan buyon kasal ekanligi takidladi va kasalini shamollash bilan bog'laydi. Muammolari quyidagilardan iborat. Yo'tal, isitma, nafas yetishmovchiligiga, hansirashga shikoyat qilib keldi. Ko'zdan kechirganda o'ng ko'krak qafasi nafas olish aktida orqada qolishi aniqlandi va lablarida, burun atroflarida uchuqli toshmalar toshganligi, o'ng yuzi qizarganligi aniqlandi. Palpatsiyada o'ng ko'krak qafasida ovoz drillashi kuchaygan. Bronxofoniya o'ng ko'krak qafasida kuchaygan. Bu bemorda qanday patologo-anatomik o'zgarishlar bo'ladi. Perkutor va auskultativ o'zgarishlar qanday? Rentgenologik o'zgarishlarni ayting?</p>
Tushuncha tahlil: Bronxial nafasni izohlab bering	Amaliy ko'nikma O'pkaning topografik perkussiyasi texnikasi

AccecmehT 5

<p>Test</p> <p>31. Astma statusida bemorlarni ko'zdan kechirishda kuzatiladi;1). Ko'krak qafasi bochkasimon (emfizematoz) bo'yin venalari nafas chiqarishda kengayadi, burun</p>	<p>Vaziyatli masala</p> <p>5 masala</p> <p>Bemor 25 yoshda, jinsi ayol, shifokor qabuliga kelganda o'zini bir necha yildan buyon kasalligi to'g'risida ma'lumot berdi. Bemor so'rab</p>
--	---

<p>shishgan.2). Emfizematoz ko'krak tipi, yurak turtkisi chapga siljiydi.3). Nafas olishda yordamchi mushaklar ishtirok etadi.4). Bo'yin venasi kengaygan, ko'krak toraygan shovqinli nafas.5). Emfizematoz ko'krak tipi va yurak chapga siljigan, o'pka pastga siljigan.</p> <p>a) 4,5. b) 2,3; v) 3,4; g) 1,3;</p> <p>32. Plevra punksiyasi o'tkazish joyini ko'rsating;1). Qo'ltiq osti linyasi 8 qovurg'a ustidan.2). 7 yoki 8 qovurg'a oralig'i, pastki qovurg'a usti.3). Kurak linyasi, 7-8 qovurg'a oralig'i.4). Qo'ltiq osti orqa linyasi. 5). Qo'ltiq osti orqa linyasi 7 qovurg'a usti.</p> <p>a) 2,4; b) 2,3; v) 3,4; g) 4,5.</p>	<p>surishtirilganda yo'tal qiyin balg'am ajralishi bilan, nafas siqilishi, hansirash bezovta qilishi aniqlandi. Bemorda perkussiya o'tkazilganda o'pka yuzasida quticha tovush eshitildi va o'pka ekskursiyasi o'zgargan, o'pkaning pastki chegarasi pastga va Krenig maydoni yuqoriga siljigan. Bronxofoniya ko'krak qafasida susaygan.</p> <p>Sizning taxminiy diagnozingiz qanday? Bemorda qanday ob'ektiv o'zgarish ko'ramiz?</p> <p>Bu bemorda qanday auskultativ o'zgarishlar eshitish mumkin?</p> <p>Balg'amidagi o'zgarishlarini ayting?</p>
<p>Tushuncha tahlil: Xrillashlar haqida tushuncha</p>	<p>Amaliy ko'nikma O'pkaning ekskursiyasini aniqlash texnikasi</p>

Ассесмент 6

<p>TEST</p> <p>29. Bronxial astmada statusida auskultativ o'zgarishlarni ko'rsating;</p> <p>1). Vezikulyar nafas susayadi, quruq xirillashlar eshitiladi.2). Hushtaklovchi xrillashlar eshitiladi, vezikulyar nafas susayadi.3). Vezikulyar nafas kuchayadi, hushtaklovchi xrillash eshitiladi.4). Bronxial nafas kuchayadi, krepitatsiya eshitiladi.5). Vezikulyar nafas susayadi, krepitatsiya eshitiladi</p> <p>a) 1,2; b) 2,3; v) 3,4; g) 4,5.</p>	<p>Vaziyatli masala</p> <p>6 masala</p> <p>Bemor 44 yoshda, jinsi erkak. Tez yordam mashinasida shoshilinch tibbiy yordam ilmiy markaziga olib kelindi va bemor ishi chang bilan bog'liqligi to'g'risida ma'lumot olindi. Bemorda ekspirator hansirash borligi va ko'zdan kechirilganda lablari ko'kargan, ko'krak qafasi bochkasimon, yordamchi mushaklar nafas olish aktida ishtirok etadi. Bemorni auskultatsiya qilinganida susaygan vezikulyar nafas va quruq</p>
--	--

<p>30. Bronxial astma uchun xarakterli laborator ko'r satkichlarni ko'rsating;1). Kurshman spirallari, Sharko – Leyden kristallari, leykopeniya.2). Eozinofiliya, Kurshman spirallari.3). Limfotsitoz, Sharko – Leyden kristallari.4). Limfotsitoz Eozinofiliya, gipoxroniya.5). Kurshman spirallari, Sharko – Leyden kristallari, Eozinofiliya, ECHT pasayishi.</p> <p>a) 2, 1; b) 2,3; v) 3,4; g) 4, 5.</p>	<p>tarqalgan hushtaksim on xriillashlar eshitiladi hamda nafas chiqarilishi qiyinligi (uzayganligi) aniqlandi. Bronxofoniya ko'krak qafasida susaygan.</p> <p>Bemorga taxminiy tashxis qo`ying? Tovush tebranishi qanday? Bu bemorda qanday perkutor o`zgarishlar bo`lishi mumkin? Qanday funktsional tekshiruvlar olib boriladi va qanday o`zgarishlar bo`lishi mumkin?</p>
<p>Tushuncha tahlil: Krepitatsiya haqida tushuncha</p>	<p>Amaliy ko`nikma O`pkani yuqori chegarasini aniqlash texnikasi</p>

Ассесмент 7

<p>Test</p> <p>27. Plevra ishqalanish shovqini eshitiladi;1). Nafas olganda, chiqarganda, plevra yallig'lanishi.2). Plevrada fibrin to'plansa, plevra varaqasi spaykasida.3). Nafas olganda, chiqarganda, perikarditda. 5). Plevra varaqasida fibrin to'plansa, perikarditda.5). Faqat nafas olganda.</p> <p>a) 1,2; b) 2,3; v) 3,4; g) 4,5.</p> <p>28. Astma statusidagi perkutor o`zgarishlar;1). O`pkaning pastki chegarasi pastga, yuqori chegarasi yuqoriga siljiydi.2). O`pka ekskursiyasi pastga siljiydi, krenig maydoni pastga siljiydi.3). O`pka ekskursiyasi pastga siljiydi, yurak mutloq to'mtoqlik chegarasi kamayadi.4). Krenik maydoni kengayadi, yurak mutloq chegarasi kengayadi.5). O`pka ekskursiyasi cheklanadi, quticha tovush eshitiladi, o`pka pastki chegarasi yuqoriga siljiydi.</p> <p>a) 3,4; b) 1, 2;</p>	<p>Vaziyatli masala</p> <p>7 masala</p> <p>Bemorni quruq yo'tal, nafas yetishmovchiligi, tana harorati oshishi munosabati bilan rentgenografik tekshiruvdan o'tib, rentgen plyonkasini shifokorga olib keldi. Shifokor rentgen plyonkani ko'zdan kechirganda o'ng tomonda IV qovurg'a oralig'igacha gomogen soya borligi aniqlandi, soyaning yuqori sathi tekis, o'pka yuqoriga siljigan va ko'ks oralig'i organlari chapga siljiganligini aniqladi. Bu bemorga qanday taxminiy diaqnoz qo'yish mumkin? Bu bemorda qanday perkutor o`zgarishlar bo`lishi mumkin? Bemor o`pkasidagi auskultativ o`zgarishlarini aytib bering?</p>
---	--

v) 1, 3; g) 4,5.	
Tushuncha tahlil: Plevraning ishqalanish shovqini haqida tushuncha	Amaliy ko'nikma O'pkaning auskultatsiya qilish texnikasi

Accecmнт 8

<p>Test</p> <p>25. Xrillashlar eshitiladi: 1). Nafas olganda, chiqarganda. 2). Nafas olganda, o'pka to'qimasi yallig'lansa. 3). Bronx toraysa, balg'am yig'lsa. 4). Nafas chiqarganda, o'pka to'qimasi yallig'lansa. 5). Bronx toraysa, krupoz pnevmoniyada III bosqich.</p> <p>a) 2,1; b) 1, 3; v) 3,4; g) 4,5.</p> <p>26. Krepitatsiya eshitiladi: 1). Nafas olganda, bronxial astmada. 2). Nafas olganda, chiqarganda, o'pka yalig'lansa. 3). Alveolada kam suyuqlik to'plansa, alveola ochilish vaqtida. 4). Faqat nafas olganda, o'pka to'qimasi yallig'langanda. 5). Nafas olganda, o'pka atelektazida</p> <p>a) 4,5 b) 2,3; v) 1,2; g) 3,4;</p>	<p>Vaziyatli masala</p> <p>8 masala</p> <p>Bemor M. 30 yoshda, erkak.</p> <p>Anamnez yigilganida o'zini bolalikdan buyon kasalligi hamda bolaligida ko'k yo'tal o'tkazganligi aniqlandi. Bemorni so'rab surishtirganda muammolari quyidagilardan iborat edi; yo'tal, asosan ertalab lari va kechqurun chap biqinda yotganda ko'proq va ko'p miqdorda og'zi to'lib balg'am ajralishiga shikoyat qiladi, balg'am karakteri yiringli, holsizlik, terlash, tez charchash, bosh og'rig'i bezovta qiladi. Auskultatsiya qilinganida bemorning ko'krak qafasining chap qismida xrillashlar eshitildi, anamnez yig'ilganida yoshligida ko'k yo'tal (koklyush) o'tkazganligi aniqlandi. Sizning taxminiy diaqnoz ingiz qanday? Bemordagi perkutor o'zgarishlarni ayting? Bronxoskopik o'zgarishlar qanday bo'lishi mumkin? Bemor balg'amida qanday o'zgarish ko'rishimiz mumkin?</p>
Tushuncha tahlil: Vezikulyar nafasni kuchayishini izohlang	Amaliy ko'nikma Bronxofoniya o'tkazish texnikasi

Acceмент 9

<p>Test</p> <p>23. Bronxial nafasning potologik turiga kiradi:1). Amforik, metalik nafas.2). Stenotik, pueril.3). Amforik, sakkadirlangan.4). Stenotik, amforik. 5). Metalik, amforik, pueril, sakkadirlangan</p> <p>a) 1, 4; b) 2,3; v) 3,2; g) 4,5.</p> <p>24. Xrillashlar hosil bo'ladi:1). Bronxlar devori qalinlashsa, o'pka to'qimasi yallig'lansa.2). Bronxda fibroz to'qima hosil bo'lsa, Bronx devor qalinlashsa.3). Bronx hajmi toraysa, bronxda suyuqlik yig'ilsa (balg'am).4). Bronxda balg'am to'plansa, krupoz pnevmoniyada.5). Bronxospazmda, o'pka atelektazida, bronxda balg'am yig'ilsa.</p> <p>a) 2,3; b) 1,2; v) 3,4; g) 4,5.</p>	<p style="text-align: center;">Vaziyatli masala</p> <p style="text-align: center;">9 masala</p> <p>Bemor 45 yoshda, jinsi ayol, ko'p yillardan buyon dispanser nazoratida turishi to'g'risida ma'lumot berdi. Shifokor bemorni ob'ektiv tekshirganda ko'krak qafasi bochkasimon, qovurg'alar orasi kengaygan, o'mrov usti va umrov osti chuqurchalari tekislashgan yordamchi mushaklar nafas olish aktida ishtirok etadi. Bemorni palpator tekshirilganda ovoz dirillashi susaygan. Bemorni auskultatsiya qilinganida o'pkaning hamma yuzasida susaygan vezikulyar nafas eshitiladi va bronxofoniya susaygan.</p> <p>Bemorda qanday taxminiy diagnoz qo'yish mumkin?</p> <p>Bu bemorimizda qanday perkutor o'zgarishlar bo'ladi?</p> <p>Qanday instrumental tekshiruv olib borilishi ma'qul va undagi o'zgarishlar qanday?</p> <p>Qanday funktsional tekshiruvlar o'tkazilishi ma'qul va undagi o'zgarishlar?</p>
<p>Tushuncha tahlil: Vezikulyar nafasni susayishi</p>	<p>Amaliy ko'nikma Spirografiya o'tkazish texnikasi</p>

Acceмент 10

<p>Test</p> <p>21. Fiziologik holatda bronxial nafas eshitiladi:1). Bronx bo'lingan joyga, kurak osti, qo'ltiq ostida.2). Bronx lar bifurkkatsiya joyida, xanjarsimon o'simta asosida.3). Kurak ostida, qo'ltiq ostida, traxeyada.4). O'pka asosida, hiqildoq sohasida.5). Hiqildoq sohasida traxeya ustida, kurak orasida III-IV ko'krak umurtqasi sohasida.</p> <p>a) 2,3; b) 2,5;</p>	<p style="text-align: center;">Vaziyatli masala</p> <p style="text-align: center;">10 masala</p> <p>Bemor K. 36 yoshda, jinsi erkak. Ishchilar sog'likni saqlash Vazirligining 300 buyrug'i asosida ishxonada tibbiy ko'rik o'tkazilayotgan bir vaqtda bemorni so'rab surishtirish vaqtida o'zini ko'pdan buyon kasal deb hisoblashi va yo'tal borligi hamda yo'talganda yiringli balg'am ajralishi,</p>
--	--

<p>v) 3,4; g) 4, 1.</p> <p>22. Patologik holatda ko'krak sohasida bronxial nafas eshitiladi.</p> <p>1). Tuberkulyozda, bronxial astmada, bronxitda. 2). O'pkani krupoz yallig'lanishida II bosqichda, tuberkulyozda compression atelektozda. 3). O'pka emfize masi, krupoz yallig'lanishida. 4). O'pka to'qimasi qalin lashsa, alveola eksudat bilan to'lsa. 5). O'pka o'smasi, surunkali abstruktiv bronxitda.</p> <p>a) 2,4; b) 2,3; v) 3, 1; g) 4, 5.</p>	<p>shu davrda tana harorati oshganligi aniqlandi. Fizikal tekshiruv vaqtida bemorning o'ng ko'krak qafasi 4-5-6 qovurralar orasida perkutor timpanik tovush borligi aniqlandi va auskultatsiyada amforik nafas eshitildi. Sizing taxminiy diagnozingiz qanday? Bu bemor rentgenida qanday o'zgarish bo'ladi? Bemor qonidagi o'zgarishlar qanday? Balg`amdagi o'zgarishlar qanday bo'lishi mumkin</p>
<p>Tushuncha tahlil: O'pkaning rentgenologik tekshiruvi</p>	<p>Amaliy ko'nikma O'pkani old tomondan auskultatsiyasi</p>

AccecmehT 11

<p>TecT</p> <p>19. Vezikulyar nafasning patologik susayishi: 1). Aste nik tipdagi odamlarda, bolalarda. 2). O'pka atelektazida, nafas olishda ishtirok etuvchi mushaklar yallig'lanishida. 3). Bronxitda, o'pka emfizemasida. 4). O'pka emfizemasida, krupoz pnevmoniyada boshlang'ich davri (I bosqichda). 5). Bolalarda, o'pka emfizemasi.</p> <p>a) 1,2; b) 2,3; v) 2,4; g) 4,5.</p> <p>20. Sakkadirlangan nafas paydo bo'ladi: 1). Nafas olishda ishtirok etuvchi mushaklarning noteks qisqarishida. 2). Emfizemada, krupoz pnevmoniyada. 3). O'pka emfizemasi va nevralsiyalarda. 4). Sovuqda va bronxial astmada. 5). Sovuqda nafas mushaklari noteks qisqarishida hamda nervlari shikastlanishida.</p> <p>a) 1, 5;</p>	<p>Vaziyatli masala</p> <p>11 masala</p> <p>Bemor 33 yoshda, jinsi ayol, 6 ta bolasi bor, teri osti yog' qatlami sust rivojlangan. Poliklinikada shifokor qabuliga kelganda ba'zan-ba'zan yo'talga va ozishga va kechqurunlari biroz tana harorati oshishiga shikoyat qildi va bemorga tahlil uchun balg`am topshirish tavsiya etildi. Laboratoriyada balg`am tekshirilganida tarkibida leykotsitlar, eritrotsitlar borligi aniqlandi, shu bilan birgalikda KOX tayoqchalari hamda boshqa mikroorga nizmlar, epiteliy hujayralar topildi.</p> <p>Qaysi kasallik to'g'risida o'ylash mumkin?</p> <p>Qanday tekshiruvlar olib borish shart?</p>
--	---

b) 2,3; v) 3,4; g) 4, 2.	Shifokorning davo taktikasi?
Tushuncha tahlil: Ko'krak qafasini baholang	Amaliy ko'nikma O'pkani orqa tomondan auskultatsiyasi

AccecmehT 12

<p>Test</p> <p>17.Vezikulyar nafas yaxshi eshitiladi:1). Old tomondan II qovurg'a pastida tashqarisida, qo'ltiq ostidan.2). Kurakning pastida, qo'ltiq ostidan.3). O'pkaning o'ng cho'qqisidan,II qovurg'a ichida.4).To'sh suyagi atrofida, qo'ltiq ostida.5). To'sh suyagi atrofida, kurak ostida.</p> <p>a) 2,3; b) 1,2; v) 3,4; g) 4,5.</p> <p>18.Vezikulyar nafasning fiziologik susayishi:1). O'pka emfizemasida, bolalarda.2). Teri ostida yog' to'planishida ko'krak sohasida.3). Ko'krak nafasining qalinlashishida. 4). Ko'krak qafasi mushaklari rivojlansa va emfizemada.5). Astenik tipdagi odamlarda, bronxial astmada.</p> <p>a) 2,3; b) 1,2; v) 3,4; g) 4,5.</p>	<p>Vaziyatli masala</p> <p>12 masala</p> <p>Bemor S. 45 yoshda, jinsi ayol, ish staji 20 yil, ish joyi tekshirilganda zararli omil chang borligi aniqlandi. Shifokor qabuliga kelganda aniqlangan muammolar yo'tal qiyin balg'am ajralishi bilan, hansirash, nafas yetishmovchiligiga shikoyat qildi. Bemorni ko'krak qafasini obdon ko'zdan kechirganda bochkasimon tipdaligi aniqlandi. Bemorni topografik perkussiya o'tkazilganida o'pkaning pastki chegarasi pastga va Krenig maydoni yuqoriga siljiganligi aniqlandi. Sizing taxminiy diagnozingiz qanday? Bemordagi auskultativ o'zgarishlarini ayting? Spirografiya dagi o'zgarishlarini ayting?</p>
Tushuncha tahlil: Bemorning stupor holatini izohlang	Amaliy ko'nikma Pikfloumetriya o'tkazish texnikasi

AccecmehT 13

<p>Test</p> <p>15.Bir o'pkaning pastki chegarasining pastga siljishi kuzatiladi: 1). Bir o'pkaning emfizemasida, (eksudativ plevritda) gidrotoraksda. 2). Bronxial astmada, gidrotoraksda. 3). Astsitda, gidrotoraksda. 4). Diafragmaning bir tomonlama paralichiga. 5).</p>	<p>Vaziyatli masala</p> <p>13 masala</p> <p>Bemor V. 43 yoshda, ayol, ish joyida zararli omillardan changli muhitligi aniqlandi. O'zini bemor deb 18 yildan buyon hisoblaydi.</p>
--	---

<p>Obstruktiv bronxitda, eksudativ plevritda.</p> <p>a) 1,2; b) 1,3; v) 1,4; g) 1,5.</p> <p>16.O'pkaning pastki chegarasining faol harakati cheklanadi: 1). O'pka elastiklik xususiyati pasayishida (emfizemada), plevra bo'shlig'ida suyuqlik yig'ilsa. 2). O'pka emfizemasida, astsitda, bronxoektazda.3). O'pka to'qimasining to'laqonligida, o'pkaning yalig'lanishli infiltratida. 4). O'pka to'qimasi to'laqonligi, abstruktiv bronxitda. 5). O'pka to'qimasi elastikligining pasayishida bronxoektazda.</p> <p>a) 1,2; b) 1,3; v) 1,4; g) 1,5.</p>	<p>Shifokor qabuliga kelganda aniqlangan muammolar yo'tal va yo'talganda qiyinchilik bilan shilliqsimon balg'am ajralishiga, holsizlik, ish qobiliyatining pasayishiga shikoyat qildi. Bemorda perkussiya o'tkazilganda o'pka tovushi va auskultatsiya qilganda ko'krak qafasining ikala tomonida mayda pufakchali nam xrillashlar eshitiladi.</p> <p>Bemor bronx daraxtining qaysi qismida patologik jarayon joylashgan?</p> <p>Bu bemorda ob'ektiv tekshirish usullarini ayting?</p> <p>Bemorni aniq diagnostika qilish uchun qanday tekshiruvlar zarur?</p>
<p>Tushuncha tahlil: Bemorning sopor holatini izohlang</p>	<p>Amaliy ko'nikma Vezikulyar nafasni eshitish nuqtalari</p>

Accecmнт 14

<p>Test</p> <p>13.Krenig maydoni qisqaradi: 1). Bronxial astmada.2). Pnevmosklerozda. 3). Tuberkulyozda. 4). Eksudativ plevritda. 5). Obstruktiv bronxitda.</p> <p>a) 2,3; b) 1,3; v) 1,4; g) 1,5.</p> <p>14.O'pkaning pastki chegarasining yuqoriga siljishi sabablari: 1). O'pka bujmayishi, atelektazida. 2). Jigar exinekokkida taloq katalashsa (leykozda), o'pka emfizemasida.3). Bronxial astmada pnevmosklerozda, plevra bo'shlig'ida suyuqlik, havo to'plansa. 4). Atelektazda bronxial astmada, plevra bo'shlig'ida suyuqlik to'plansa. 5). Plevra bo'shlig'ida suyuqlik</p>	<p>Vaziyatli masala</p> <p>14 masala</p> <p>Bemor I. 28 yoshda, jinsi erkak. 2 hafta oldin gripp o'tkazgan va davolanishga qaramay ahvoli o'zgarishsiz qoldi. Qabulxonada shifokor qabuliga kelganda aniqlangan muammolar yo'tal, tana harorati ko'tarilishi, nafas yetishmovchiligi va hansirashga shikoyat qildi va bemorni perkussiya qilib ko'rganda bo'g'iqlik perkutor tovush va auskultatsiya qilinganida o'ng tomonda o'pkaning o'rta qismida bronxial nafas eshitildi. Bemorda bronxofoniya</p>
---	--

<p>to'plansa, jigar exinekokkida.</p> <p>a) 1,2; b) 1,3; v) 1,4; g) 1,5.</p>	<p>o'tkazilganida uni kuchayganligi aniqlandi.</p> <p>Sizning taxminiy diaagnozingiz qanday?</p> <p>Bemordagi palpator o'zgarishlarni aytib bering?</p> <p>Rentgenoskopik o'zgarishlar qanday?</p>
<p>Tushuncha tahlil: Bemorning komatoz holatini izohlang</p>	<p>Amaliy ko'nikma Bronxial nafasni eshitish nuqtalari</p>

AccecmehT 15

<p>Test</p> <p>11. Timpanik perkutor tovush eshitiladi: 1). O'pka emfizemasida. 2). O'pka absessi bo'shalsa. 3). Krenig maydonida. 4). Travbe bo'shlig'ida. 5). Bronxial astmada.</p> <p>a) 1,2; b) 1,3; v) 2,4; g) 1,5.</p> <p>12. Travbe maydonida perkutor tovush: 1). Baraban tovushi. 2). Timpanik tovush. 3). Quticha tovush. 4). Bo'g'iq tovush. 5). O'pka tovushi.</p> <p>a) 1,2; b) 1,3; v) 1,4; g) 1,5.</p>	<p>Vaziyatli masala</p> <p>5 masala</p> <p>Bemor M. 31 yoshda, jinsi erkak, shifokor qabuliga kelganda aniqlangan muammolar quruq yo'tal 2 haftadan buyon bezovta qilishi, tana harorati ko'tarilishiga, ko'krak qafasining o'ng tomonida o'g'riq borligi aniqlandi. Shifokor bemorni so'rab surishtirganda og'riq o'ng tomonda yotsa susayadi va aksincha teskari tomonda yotsa og'riq kuchayadi. Fizikal tekshiruvlar o'tkazilganda perkutor o'pka tovushi eshitildi. Bronxofoniya o'zgarmagan. Bu bemorda qanday taxminiy diaгноз qo'yish mumkin? Auskultativ o'zgarishlar qanday? Qanday instrumental tekshiruvlar o'tkazish zarur?</p>
<p>Tushuncha tahlil: Ko'krak qafasini patologik turlarini</p>	<p>Amaliy ko'nikma Ko'krak qafasini palpatsiya qilish</p>

AccecmehT 16

<p>Test</p> <p>9. Ko'krak qafasida perkussiyasida patologik perkutor tovushlarini aniqlang: 1). Bo'g'iq, quticha tovush. 2). Timpanik, bo'g'iqroq. 3). Bo'g'iq, aniq o'pka tovushi. 4). Aniq o'pka tovushi, quticha . 5). Timpanik, o'pka tovushi.</p> <p>a) 1,4; b) 1,3; v) 1,2; g) 1,5.</p> <p>10.Bo'g'iq perkutor tovush eshitiladi: 1). O'pka o'smasi ustida, Travbe bo'shlig'ida. 2). O'pka o'smasi ustida, krupoz pnevmoniya II davrida. 3). Eksudativ plevritda, o'pka emfizemasida. 4). o'pka absessi ustida, krupoz pnevmoniya III davrida. 5). Eksudativ plevritda, o'pka absessi ustida</p> <p>a) 1,2; b) 1,3; v) 1,4; g) 2,5.</p>	<p>Vaziyatli masala</p> <p>16 masala</p> <p>Bemor Sh. 68 yoshda, shoshilinch yordam ilmiy markaziga tez yordam mashinasida olib kelindi. Bemorda aniqlangan muammolar isitma (41 S), ko'krak qafasida o'ng tomonida og'riq borligi, hansirash, nafas yetishmovchiligi va so'rab surishtirganda uning nafas olganda pastga yo'naluvchi sanchiluvchi og'riq borligi aniqlandi va bu og'riq kasallangan tomonga yotganda biroz kuchayishi aniqlandi. Bemorni ob'ektiv tekshirib ko'rilganda ko'krak qafasida assimetriya kuzatildi, qovurg'alar aro mushaklar nafas olganda tashqariga va nafas chiqarganda ichkariga botadi. Sizning taxminiy diagnozingiz qanday? Ko'krak qafasi perkussiyasida qanday o'zgarish bo'ladi? Bu bemorda qanday rentgenologik o'zgarish ko'rish mumkin?</p>
<p>Tushuncha tahlil: Ko'krak qafasini baholang</p>	<p>Amaliy ko'nikma Bronxografiya o'tkazish texnikasi</p>

AccecmehT 17

<p>Test</p> <p>7. Tovush tebranishi kuchayadi:1).</p> <p>O'pka to'qimas i qalinlashsa, infiltratli tuberkulyozda. 2). O'pka infarktida, o'pkaning plevra bo'shlig'idagi suyuqlik bilan siqilishida. 3). Semizlikda, tuberkulyozda. 4). O'pka infarktida, bronxning balg'am bilan yopilishida. 5). O'pka infarktida, kavernoza tuberkulyozda, ko'krak qafasi qalinlashsa.</p> <p>a) 1,2; b) 1,3;</p>	<p>Vaziyatli masala</p> <p>17 masala</p> <p>Bemor V. 55 yoshda, erkak. O'zini bemor deb 20 kundan buyon hisoblaydi. Bemor so'rab surishtirilganda tana haroratini 40° gacha ko'tarilishi, hansirash, chap ko'krak qafasida og'riq borligi aniqlandi. Bemorda perkutor chap tomonda bo'g'iq tovush va yuqorida Garlend hamda sog' tomonda</p>
---	--

<p>v) 1,4; g) 1,5.</p> <p>8. Ko'krak qafasi perkussiyasida aniqlanadi: 1). Ikki o'pka taqqoslanadi, topografik perkussiya o'tkaziladi. 2). O'pka ekskursiyasi aniqlanadi, yurak chegarasi aniqlanadi. 3). Topografik perkussiya, qiyosiy perkussiya qilinadi, krenik maydoni yuqori chegarasi aniqlanadi. 4). Qiyosiy perkussiya, o'pka ekskursiyasi aniqlanadi, jigarning yuqori chegarasi aniqlanadi. 5). Topografik perkussiya, qiyosiy perkussiya va medaning yuqori chegarasi aniqlanadi.</p> <p>a) 1,2; 3, b) 1,2, 4; v) 2,3;5, g) 1,4,5.</p>	<p>Rauxfus Grokk uchbur chaklari aniqlanadi, auskultativ tekshirganda chap tomonda ko'krak qafasining pastki qismida nafas shovqinlari eshitilmaydi, yuqorida susaygan vezikulyar nafas eshitiladi.</p> <p>Sizning taxminiy diaqnozingiz qanday?</p> <p>Bemorni ko'krak qafasini ko'zdan kechirganda qanday o'zgarish ko'rish mumkin?</p> <p>Rentgenologik o'zgarishlarini ayting?</p>
<p>Tushuncha tahlil: Plevra suyuqligini xarakteristikasi</p>	<p>Amaliy ko'nikma Qalqonsimon bezini palpatsiya qilish texnikasi</p>

AccecmehT 18

<p>Test</p> <p>5. Ko'krak qafasi palpatsiyasida aniqlanadi? 1). Tovush tebranishi; 2). Krepitatsiya, plevra isqalanish shovqini, 3). Tovush tebranishi, krepitatsiya; 4). Mushuk xirillash simptomi; 5). Mushuk xirillash simptomi Krepitatsiya;</p> <p>a) 1,3; b) 2,4; v) 1,5; g) 1,4;.</p> <p>6. Tovush tebranishi susayadi: 1). Plevra bo'shlig'ida suyuqlik, gaz yig'lsa, ko'krak qafasi qalinlashsa; 2). Bronxning o'sma bilan yopilishi, holsiz bemorda tovush pasayishida. 3). O'pka to'qimasi havosiz bo'lsa, ko'krak qafasi qalinlashsa; 4). O'pka to'qimasi qalinlashsa, plevra bo'shlig'ida gaz to'plansa. 5). O'pkaning krupoz yalig'lanishida, semizlikda.</p> <p>a) 1,2;</p>	<p>Vaziyatli masala</p> <p>18 masala</p> <p>Bemor R. 63 yoshda, erkak. Shifokor qabuliga kelganda aniqlangan muammolar quruq yo'tal, hansi rash, tana harorati ko'tarilishi bezovta qilishini aytdi. Anamnez yig'ilganida o'zini bemor deb 2 oydan buyon hisoblaydi. Bemorni perkussiya qilinganda o'ng tomonda V-VI qovurg'adan pastga bo'g'iq tovush eshitiladi. Bemorda o'ng tomonda eksudat borligi aniqlanib, punktsiya qilinganda 1,5 litr sariq somon rangli eksudat olindi.</p> <p>Bu bemorda auskultativ o'zgarishlarni ayting?</p> <p>Eksudatni mikroskopik tekshirganda</p>
---	--

b) 1,3; v) 1,4; g) 1,5.	qanday o'zgarish ko'ramiz? Bemor diaqnozini aniqlash uchun qanday tekshiruvlar o'tkazilishi shart?
Tushuncha tahlil: Balg'amni yig'ish va tekshirish	Amaliy ko'nikma Limfa tugunlarini palpatsiya qilish texnikasi

AccecmehT 19

Test 3. Normal nafas tipini aniqlang? 1). Ko'krak, aralash, Grokk; 2). Qorin, aralash, Kussmaull; 3). Ko'krak, aralash; 4). Ko'krak, Cheyn-Stoks, aralash; 5). Qorin, aralash; a) 1,2; b) 3,4; v) 3,5; g) 1,5. 4. Patologik nafas tipini aniqlang? 1). Grokk, Cheyn-Stoks, Biot, aralash; 2). Kussmaull, Biot, Grokk; 3). Grokk, Cheyn-Stoks, qorin; 4). Cheyn-Stoks, Kussmaull, Ko'krak; 5). Cheyn-Stoks, Biot, Grokk; a) 1,2; b) 2,5; v) 2,3; g) 2,4;	Vaziyatli masala 19 masala Bemor Z. 69 yoshda, erkak, toksik moddalar, radiatsiya bilan muloqotda (kontakt) bo'lib 35 yil ishlagan, juda ozg'in. Shifokor qabuliga kelganda bir necha oydan buyon ozishga, ishtaha yo'qligi, yo'tal qon aralash balg'am bilan, holsizlik, bezovta qilishi aniqlandi. Bemorni perkussiya qilib ko'rganda o'pka ning chap tomonida o'rta segmentida 5X6 smlarda bo'g'iq tovush eshitildi. Sizning taxminiy diaqnozingiz qanday? Bu bemorda auskultativ o'zgarish qanday bo'lishi mumkin? Diaqnoz tasdiqlanishi uchun qanday tekshiruv o'tkazilishi maqul?
Tushuncha tahlil: Amforik nafas shovqinini izohlang	Amaliy ko'nikma Antropometriya o'tkazish texnikasi

AccecmehT 20

Test 1. Normada ko'krak qafasini tiplarini ko'rsating? 1). Normastenik, astenik, paralitik, raxitik; 2). Giperstenik, voronkobraz (qadoqsimon), astenik; 3). Giperstenik, normastenik; 4). Astenik, emfizematoz, paralitik; 5). Astenik, giperstenik; a) 1,3; b) 2,3; v) 3,5; g) 4,5.	Vaziyatli masala 22 masala Bemor 38 yoshda, jinsi ayol, ishlamaydi, shifokor qabuliga kelganda yo'tal, nafas siqilishi, hansirash bezovta qilishini aytdi va ko'krak qafasi ko'zdan kechirildi va ko'krak qafasi bochkasimon hamda nafas olish aktida yordamchi mushaklar ishtiroki aniqlandi.
--	--

<p>2. Patologik tipdagi ko'krak qafasini aniqlang? 1). Astenik, paralitik, voronkobraz (qadoqsimon); 2). Raxitik, Astenik, emfizematoz, paralitik; 3). Raxitik, qayiqsumon, Normastenik; 4). Emfizematoz, raxitik, paralitik; 5). voronkobraz (qadoqsimon), lotkasimon, tovuqsimon;</p> <p>a) 1,3; b) 3,4; v) 2,4; g) 4,5.</p>	<p>Bemorda bronxofoniya susaygan. Bemor balg`ami tekshirilganda Kurshman spirallari hamda Sharko-Leyden kristallari, eozinofillar namoyon bo`ldi.</p> <p>Sizing taxminiy diagnozingiz? Perkutor, auskultativ o`zgarishlarni ayting?</p> <p>Rengenografiyada va qonda qanday o`zgarishlar bo`ladi?</p>
<p>Tushuncha tahlil: Bronxografiyani izohlang</p>	<p>Amaliy ko'nikma Perkussiya tekshiruvu o'tkazish texnikasi</p>

AccecmehT 21

<p>Test</p> <p>13. Bemor 69 yoshda tekshiruv vaqtida yo'tal balg'am ajralishi bilan hamda hansirash bezovta qilishini takidladi. Tinch holatda hansirash bezovta qiladi, bemorda jismoniy harakat cheklangan, hansirash tufayli yurmaydi va uydan chiqmaydi. Perkussiyada bo'g'iqroq tovush. Ushbu bemorda hansirashning nechanchi darajadiligini ayting.</p> <p>a) 0) daraja b) I daraja c) II daraja d) III daraja e) IV daraja</p> <p>14. Bemor 53 yoshda, tekshiruv vaqtida yo'tal balg'am ajralishi bilan hamda tana harorati ko'tarilganligi bezovta qilishini aytdi. Kuchli jismoniy zo'riqishda hansirash bezovta qiladi, bemorda jismoniy harakat cheklanmagan. Perkussiyada bo'g'iqroq tovush. Bemorda OFV1-80% dan ko'p.</p> <p>a) O'pkaning surunkali obstruktiv kasalligi tashxisi qo'yiladi. b) O'pkaning surunkali obstruktiv kasalligi tashxisini inkor qilinadi.</p>	<p>Vaziyatli masala</p> <p>Bemor 68 yoshda. Bemorning bezovta qiladigan muammolari yo'tal balg'am ajralishi bilan hamda hansirashdir. Tekshirilganda o'pka ventillyatsion funksiyasini kuchli buzilishi (OFV1<50% kerakli miqdordan) kuzatildi, hamroh kasalligi qandli diabet, diabetik nefropatiya asorati va yurak yetishmovchiligi. Oxirgi yilda 4 martadan ko'p xuruji bo'ldi va ikki marta shu kasallik tufayli gospitalizatsiya qilingan. Oxirgi uch oy davomida prednizolon hamda antibakterial preparatlari qabul qilgan.</p> <p>Bemorning taxminiy diagnozini ayting.</p> <p>Auskultativ o'zgarishlarni ayting</p> <p>Rentgenologik o'zgarishlarni ayting.</p> <p>Laborator o'zgarishlarni ayting.</p>
--	--

c) Bemorda nafas yetishmovchiligi mavjud d) O'pkaning surunkali obstruktiv kasalligi engil daraja e) O'pkaning surunkali obstruktiv kasalligi II daraja	
Tushuncha tahlil: O'SOK bu	Amaliy ko'nikma O'SOK palpator o'zgarishlarni aniqlang

Test savollari javoblari

A	1) V	7) A	13) A	19) B	25) B	31) G	37) B	43)
	2) G	8) B	14) G	20) A	26) G	32) A	38) V	44) G
	3) V	9) V	15) V	21) B	27) A	33) V	39) V	45) G
	4) B	10) G	16) B	22) A	28) V	34) V	40) V	
	5) G	11) V	17) B	23) A	29) A	35) G	41) G	
	6) A	12) A	18) A	24) A	30) B	36) A	42) B	

Surunkali o'pkaning obstruktiv kasalligi mavzusi test savollarining javob variantlari

1.a	6. a	11. c	16. d
2.d	7. c	12. a	17. b
3. b	8. d	13. e	18. a
4. c	9. a	14. b	19. a
5.b	10. b	15. b	

Nazorat savollari va topshiriqlar.

Test savollarini yechish;

O'tkir zotiljam haqida tushuncha va uning etiologiyasi, patogenezini o'rganish.

O'tkir zotiljam kasalligida kuzatiladigan patomorfologik o'zgarishlarni o'rganish.

O'tkir zotiljam kasalligida palpatsiya, perkussiya, auskultatsiya qilish texnikalarini o'rganish.

O'tkir zotiljam kasalligida instrumental tekshiruvlarga tayorlash va tekshiruvlar o'tkazishni o'rganish.

O'pka to'qimasining o'choqli qattiqlanish (O'TO'Q) sindromini o'qib o'rganish.

O'TO'Q sindromida alveolalarning yallig'lanish suyuqligi va fibrin bilan to'lishi (zotiljamda), qon bilan to'lishi (o'pka infartida) ni o'rganish.

O'pka to'qimasi (bo'lagi) da biriktiruvchi to'qima o'sib borishi (pnevmoskleroz, karnifikasiya) to'g'risidagi tushunchaga ega bo'lish.

Bronxial astma to'g'risida tushuncha, etiologiyasi, patogenezi, klinikasini o'rganish.

Bronxial astma kasalligida palpatsiya, perkussiya, auskultatsiya tekshirishlarni o'rganish.

Bronxial astma kasalligida instrumental va funktsional tekshiruvlar.

O'pka to'qimasida havo ortish sindromi to'g'risida tushunchaga ega bo'lish.

Bronxoobstruktiv sindromlari, ushbu holatlarda fizikal tekshirishlar to'g'risida tushunchaga ega bo'lish.

Mustaqil ish topshiriqlari.

O'tkir zotiljam uning etiologiyasi, patogenezi o'rganish.

O'tkir zotiljam kasalligi bilan kasallanganlarda palpatsiya, perkussiya, auskultatsiya o'tkazish texnikasini o'rganish.

O'tkir zotiljam kasalligi bilan kasallanganlarni ko'zdan kechirishni o'rganish.

O'tkir zotiljam kasalligida rentgenologik tekshiruvlarni o'rganish.

Bronxial astma to'g'risida tushuncha, etiologiyasi, patogenezi, klinikasini o'rganish.

Bronxial astma kasalligi bilan kasallanganlarni ko'zdan kechirishni o'rganish.

Bronxial astma kasalligida palpatsiya, perkussiya, auskultatsiya o'tkazish texnikasi.

Bronxial astma kasalligida instrumental va funktsional tekshiruvlar, o'qishni o'rganish.

II BOB Yurak qon-tomir kasalliklari

Yurak, qon-tomir kasalliklari bilan kasallangan bemorlarni tekshirish usullari

Maruzaning maqsadi: Yurak qon-tomir tizimi kasalliklari bilan kasallangan bemorlarni so'rab surishtirishni, ko'zdan kechirishni va kasalliklarning etiologiyasi, patogenezi, klinikasi tekshirish usullari to'g'risida tushuncha berish.

Tayanch atamalar: yurak tonlari, tonlarni kuchayishi, susayishi, shovqinlar, intrakardial va ekstrakardial shovqinlar, qopqoqlar stenozi va yetishmovchiligi, hansirash, shish, yurak urishi, yurak tepishi, taxikardiya, mayatniksimon ritm (embriokardiya), bradikardiya, ekstrastoliya, mitral nanizm, halqasimon eritema.

Mavzu bayoni

Yurak qon tomir kasalliklari har yili dunyo bo'yicha o'sib bormoqda va yosh o'tgan sayin kasallanish darajasi ko'payib boradi. Bemorlar orasida 45-54 yoshlarda ayollarda 1% va erkaklarda 2-5% uchraydi. Bu ko'rsatkich 65-74 yoshlilar orasida 10-15 % va 10-20 % ni tashkil qiladi. O'lim ko'rsatkichi bo'yicha yurak ishemik kasalligi (YIK) 50% dan ortig'ini va gipertoniya 18 % dan ortig'ini yurak qon tomir kasalliklari ichida tashkil qiladi (O'z.Res. SSV ning 2013 yilgi malumoti).

Bemorlarni tekshirish quyidagicha olib boriladi;

1. Bemorlarni **sub'ektiv tekshirish** usullari: bemorning asosiy va qo'shimcha shikoyatlari, kasallikning rivojlanish tarixi (Anamneziz morbi), bemorning hayot anamnezi (Anamneziz vitae) ga xos bo'lgan ma'lumotlarni yig'ishni o'z ichiga qamrab oladi. Subektiv tekshirishda asosan anamnez yig'ishga etibor berilishi lozim.

2. Obektiv tekshirish metodlari; Bemorlarni umumiy ko'zdan kechirish, palpatsiya, perkussiya, auskultatsiyani qamrab oladi.

3. Instrumental tekshirish usullari (rentgenografiya, EKG, ExoKG, FKG, yurak kateterizatsiyasi, koronarografiya, miokardni perfuzion radioizotop stsintigrafiya va sutkalik monitoringi h.k.).

4. Laborator tekshirish usullari (qonda xolesterin-kichik va yuqori zichlikdagi lipoproteidlar, triglitseridlar, qonda qand miqdori, ALT, AsT, gemoglobin). Ushbu usullarni aniq bajarish, bemorlarga aniq tashxis qo'yishda muhim hisoblanadi.

So'rab-surushtirish-biroz murakkab bo'lib, tibbiy deontologiya qoidalariga rioya qilishni talab qiladi. **Shikoyatlar:** yurak-qon tomir kasalliklarida bemorlarning asosiy shikoyatlari yurak sohasida og'riqning bo'lishi, hansirash, bo'g'ilish xuruji, yo'tal, qon tupurish, shishlar, yurak to'xtaganday bo'lishi, yurak urishi, yurak tepishi, bosh og'rishi, bosh aylanishi, ko'gil aynishi, qusish, qulog'ida shovqin, xotiraning susayishi kabi simptomlar kuzatiladi.

Og'riq (dolor). Og'riqlar turli xil kasalliklarda turli xil bo'ladi. Shuning uchun og'riqlarni joylashgan joyi, sababi, yuzaga kelish holati (fizik va emotsional zo'riqishda, tinch holatda va uyquda), og'riqlarning xarakteri (o'tkir, simillovchi, og'irlik hissi, qisilish, ezilish, kesuvchi, sanchiluvchi) va tarqaluvchi og'riqlar farqlanadi. Stenokardiyada og'riqlar odatda to'sh ortida va birmuncha chaproqda joylashib asosan chap kurak ostiga, bo'yinning chap qismiga, chap yelkaga va qo'lga tarqaladi. Ular odatda fizik zo'riqish yoki emotsional holatlar bilan bog'liq bo'lib, zo'riqish to'xtatilsa, nitroglitserin qabul qilgandan keyin o'tib ketadi. Miokard infarktida esa og'riqlar nihoyatda kuchli, stenokardiyaning farqi yanada davomliroq bir soatdan bir necha kungacha davom etishi mumkin. Tomir kengaytiruvchi vositalar ta'sirida og'riqlar o'tmaydi. Bemorlarni o'lim vahimasi bosadi. Aorta anevrizmasida esa og'riqlar huddi miokard infarktidagidek o'tkir bo'ladi, lekin undan farq qilib, umurtqa pog'onasi bo'ylab va aorta bo'ylab tarqaladi. Miokardidagi og'riqlar unchalik o'tkir emas, intensivligi sustroq va doimiy emas, jismoniy zo'riqishda kuchayadi. Perikardidagi og'riqlar to'sh suyagi o'rtasida yoki butun yurak sohasida joylashib sanchuvchi, otuvchi (stelyayushiy) o'tkir xarakterda bo'lib, yo'talganda, harakatlenganda yoki stetoskop bilan tekshirganda kuchayadi. Og'riqlar bir necha kunlab, oylab yoki yillar davomida xuruji kechishi mumkin. Aortit (aortalgiya) dagi og'riqlar to'sh suyagi dastagi ortida joylashib harakatlenganda va emotsional holatlarga bog'liq emas, yurak sohasidagi simillovchi og'riqlar yuzaga kelib, harakatlanish, jismoniy zo'riqishga bog'liq bo'lmaydi, balki, bu turdagi og'riqlar kardionevrozlarda kuzatiladi. Yurak sohasidagi og'riqlar muskullar, nervlar, qovurg'alar va qo'shni a'zolarga tegishli bo'lishi mumkin (diafragmal churralar, xolesistitlar, oshqozon raki, va yaralari) bu turdagi og'riqlar kelib chiqishi, xarakteri, og'riq jadalligini o'zgarishi bilan yurak og'riqlaridan farq qiladi.

Hansirash (dyspnoe) - yurak faoliyati yetishmasligi yani organizmni qon bilan taminlanish darajasini yetishmovchiligi, organizm ehtiyoj darajasini qondira olmasligi natijasida yuzaga keladi va kichik qon aylanish doirasida qon dimlanishi havo yetishmasligi holatini keltirib chiqaradi. Qonda kislorod va karbonat angidrid nisbati buziladi yani karbonat angidrid ko'payadi. Bunday hansirash aksariyat holatlarda inspirator xarakterga ega. Hansirashning darajasiga qarab qon aylanish yetishmovchiligi darajasi to'g'risida xulosa qilish mumkin. Agar kuchli fizik zo'riqishda hansirash yuzaga kelsa, qon aylanish yetishmasligining 1-darajasi hisoblanadi. Yengil fizik zo'riqish natijasida yuzaga kelsa 2-daraja hisoblanadi. Tinch holatda yuzaga kelsa 3-darajasi to'g'risida oylash mumkin.

Bo'g'ilish xuruji asosan kechasi uyqu holatida birdaniga yuzaga keladi. Bemorlar havo yetishmasligi, nafas qisishi, havoga to'yimaslik, ko'pikli qon aralash yo'tal bilan balg'am ajralishiga shikoyat qiladilar (yurak astmasi, o'pka shishi). Qon tuflash holati kichik qon aylanish doirasida qonning dimlanishi bilan kechadigan yurak xastaliklarida (yurak mitral stenoz va yetishmovchiligida) shuningdek, o'pka arteriyasi tromboemboiyasida kuzatiladi. Bemorlarda yurak tez urishi ko'pgina yurak kasalıklarida: miokarditlarda, yurak poroklarida kuzatiladi. Yurak tepishi ko'pincha revmatizm uchun xosdir. Yurak ritmi buzulish holatlarida bemorlarda "yurak to'xtaganday" kabi holatlar kuzatiladi. Yurakning notekis, tez urishi yurakni innervatsiya qiluvchi nerv faoliyati va distrofik o'zgarishlar bilan bog'liq.

Shish. 34-35surat. Bemorlar oyoqlarida kechqurunga qarab shishlarning paydo bo'lishi, ertalabga yaqin yo'qolishidan shikoyat qiladi va bu qonni oyoqlarda dimlanishi bilan bog'liq. Keyinchalik bu



34-35 surat



shishlar boldir sohasida, keyinroq qorin bo'shlig'ida va boshqa serroz bo'shliqlarda yig'ilishi mumkin. Bazanda shishlar mahalliy bo'ladi-oyoq

venalari tromboflebitida shu oyoqda shish kuzatiladi, yuqori kovak vena qizilganda (aorta anevrizmi, o'smalar) stoks yoqasini yani tananing yuqori qismini (bo'yin, yelka) shishi kuzatiladi.

Yurak qon tomir tizimi bilan kasallangan bemorlarni ko'ngil aynishi, tez charchash, qusish, qorin dam bo'lishi, ishtahaning buzilishidan shikoyat qiladi (yurak yetishmovchiliklarida). Bosh og'rishi, yuz va yonoq sohasi giperemiyasi (qon bosimi ko'tarilganda), bosh aylanishi, uyqusizlik, kuzatiladi. Miokardid, endokardit, miokard infarkti kabi kasalliklarda tana harorati subfebril ko'tariladi. So'rab surishtirishda isitma varaja va terlash bilan kechadimi yo'qmi, sutkaning qaysi vaqtida ko'tariladi buni aniqlash lozim bo'ladi.

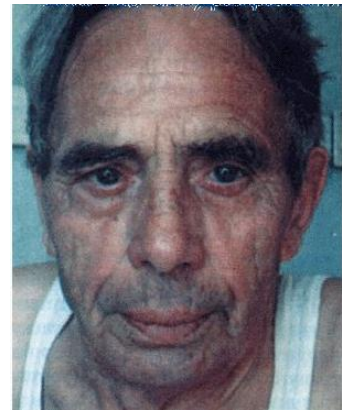
Anamnezis morbi-so'rab surishtirishda kasalliklarga xos simptomlarni yuzaga kelish vaqti, nimadan keyin sodir bo'lganligi, simptomlarning davomiyligi, ularning xarakteri, intensivligi, biror bir jismoniy zo'riqish, ovqatlanish yoki boshqa sabab bilan bog'liqligi, qanday vaziyatlarda og'riq pasayishi, kuchayishi, qanday davo muolajalari qabul qilinganligi, ularning samaradorligi surishtiriladi.

Anamnezis vitae-kasallikning kelib chiqishiga ta'sir etuvchi omillar o'rganiladi. Bemorlarning boshidan kechirgan kasalliklari va boshqa omillar: difteriya, revmatizm, ateroskleroz, angina, sifilis, qandli diabet, gipertoniya kasalligi, sistemali kasalliklar, semizlik, giperlipedemiya, tushkunlik, chekish, ichish, gipodinamiya, irsiyat, stress, yosh, jins, giperkoagulyatsiya va boshqalar. Bemor hayotdagi va ish joyidagi sharoitlar o'rganiladi. Bemorning zararli odatlari va kasbga aloqador holatlari, uning xolesteringa boy maxsulatlar istemol qilishi, kam harakatchanligi, aqliy mehnat bilan shug'ullanishi, bemorning vazni o'rganiladi. Bemorning avlodida yurak qon tomir kasalliklari qayd qilinganligi, irsiy anamnezi, ayollarda esa homiladorlik va tug'ruqlarning kechishi hamda klimakterik davri o'rganiladi va boshqalar so'raladi. Qanday davo muolajalar olganligi, uning samaradorligi so'raladi. Allergik va epidemiologik anamnez yig'iladi.

Yurak –qon tomir kasalligi bilan kasallangan bemorlarni ob'yektiv tekshirish.

Ko'zdan kechirish (Inspeksio). Yurak kasalliklari bilan bemorlarni ko'zdan kechirganda ular terisida, barmoqlar uchida, lablarida ko'karishni (tsianozi), yoki butun tanada ko'karish (akrotsianozi) ni, jismoniy rivojlanishdan orqada qolganligini ko'rishimiz

mumkin. **Tsianoz markaziy bo'ladi** (36 surat) -nafas olish tizimi kasalliklarida, asosan nafas yetishmovchiligi bilan kasallangan bemorlarda kuzatiladi, bunda qonni kislorodga to'yinishi (oksigenatsiya jarayoni) buziladi. Tsianoz butun tana bo'yicha tarqaladi (yuz, tana, qo'llar, oyoqlar va h.k.).



36 surat

Tsianoz periferik bo'ladi (37 surat) -bu holat o'ng qorincha yetishmovchiligi bor bemorlarda kuzatiladi. Bunda vena qon aylanishi sekinlashib, venoz qon dimlanadi va kislorodni to'qimalarga ekstraksiyasi (sarflanishi) kuchayadi. Qonda qaytarilgan gemoglobin miqdori 40-50 gr/l dan ko'payadi, asosan distal sohalarida (qo'l uchlari, oyoqda, lablarda, burun uchlari, quloqlarida va h.k.).



37 surat

Gipertoniya kasalligi bilan kasallangan bemorlarni ko'zlarida, yonoq sohalarida qizarish ko'rishimiz mumkin. Mitral stenozda lunjlarni qizarishi, lablar, burun uchi, qo'l va oyoqlarida tsianoz ko'rish mumkin. Aortal paroklarda teri va ko'rinib turgan shilliq qavatlar oqimtir rangda bo'ladi. O'pka sitvoli stenoz va o'pka arteriyasi trombozida tsianoz va teri rangparligi birgalikda keladi.

Yurak sohasini ko'zdan kechirganda mitral nanizm, kapalak simptomi, yurak bukriligi kabi uchlik symptom ko'zga tashlanadi (tug'ma va hayotda ortirilgan yurak poroklarida) kuzatiladi. Yurak cho'qqisi sohasida yurak faoliyatiga sinxron ravishda yuzaga keladigan

ritmik pulsatsiya yurak turtki zarbi deyiladi. Yurak turtki zarbi diastola vaqtida yurak cho'qqisini ko'krak qafasiga ritmik ta'siri natijasida yuzaga keladi. **Agar yurak cho'qqi sohasidagi ritmik bo'rtib chiqish aksincha ichkariga tortilsa manfiy yurak zarbi deb ataladi.** Bu holat yopishqoq perikarditda, perikard va qo'shni a'zolar bilan bitishmalar yuzaga kelganda kuzatiladi. Agar ozg'in kishilarda tirtki zarbi qovurg'alar ortiga tog'ri kelsa, u ko'zga tashlanmaydi, faqatgina sistola vaqtida ozgina tortilishi mumkin (turtki zarbi odatdagi joyidan birmuncha o'ngroqda va yuqoriroqda kuzatiladi). **Yurak zarbi** -yurak pulsatsiyasi, o'ng qorincha gipertrofiyasi natijasida yuzaga keladi va epigastral sohada ko'zga tashlanadi (epigastral pulsatsiya). Aorta anevrizmasida to'sh suyagi dastasi ortida pulsatsiya ko'zga tashlanadi (retrosternal pulsatsiya). Yurak sohasida IV qovurg'a sohasida tarqoq yurak pulsatsiyasi cho'qqi turtki zarbidan biroz ichkarida chap qorincha anevrizmasi hisobidan transmural infarkt holatlarida kuzatiladi. II qovurg'a orasida o'ngdagi pulsatsiya chiquvchi aortal qismi va aorta yoyi kengayishida kuzatiladi. II-III qovurg'a orasida chapdagi pulsatsiya o'pka sitvoli kengayishida kuzatiladi (mitral stenozda).

Tomirlarni ko'zdan kechirish. Chakka arteriyalarining bo'rtib chiqishi va ularning pulsatsiyasini ko'zga tashlanishi ateroskleroz va gipertoniya kasalliklari uchun xos. Aortal klapan yetishmovchiligida bo'yin sohasida uyqu arteriyasining sistolik kengayishi va diastolik puchayishi kuzatiladi (karatid raqsi) va ba'zida shunga mos ravishda bemor boshini chayqalishi simptomi (Myusse simptomi) kuzatilishi mumkin . Karotid raqsi ba'zida o'mrov osti, yelka, bilak arteriyalari va hatto arteriolalarning, kapillyarlarning pulsatsiyasi (bazan tireotoksikozda) bilan davom etadi (pulsatsiyali inson) .

Kvinke simptomi – tirnoqqa yengil bosib ko'rilganda sistola vaqtida qizarish, diastola vaqtida oqarish kabi o'zgarish aortal nuqsonlarda kuzatiladi.

Stoks yoqasi-yuqori kavak venaning qisilishi tufayli bo'yin venalarining kengayishi va bo'yin, yuz sohasida shish kuzatilishi. Bu eksudativ perikardid va aorta yoyi anevrizmida kuzatiladi.

Venalarni kengayishi ham diagnostik ahamiyatga egadir. Venalarning mahalliy kengayishi ko'pincha o'smalar kattalashgan limfa tugunlari (leykoz va limfagranulematozda) tomirni qisib qoyishi natijasida yuzaga keladi. Yurakning o'ng qismi yetishmovchiliklarida, ko'krak ichida bosim ortganda venalarda umumiy dimlanish yuzaga

keladi. Bunda bo'yin venalarini kengayishini ham ko'rish mumkin. Yuqori kovak venasida qon oqishi kiyinlashuvi hisobiga bo'yin, bosh, qo'llar, ko'krak qafasi oldingi qismi venalari kengayadi. Bunda kollaterallar orqali qon pastki kovak venaga tushadi. Pastki kovak venada dimlanish bo'lsa, oyoq venalari va qorin yon tomon venalari kengayadi. Oyoqlarda, qorinda shish kuzatiladi.

Boyin sohasida bo'yin venalarini pulsatsiyasini ko'rish mumkin. O'ng qorincha sistolasi vaqtida qon bo'yin venalarida dimlanadi va venalar kengayadi, bo'lmacha diastolasida bo'yin venasidan qon bo'lmachaga tushadi, venalar bo'shaladi. Meyorda arteriyalar sistolik kengayishida bo'yin venalar bo'shaladi bu manfiy vena pulsidir. Sog'lom insonlarda vena pulsi yaxshi ko'rinmaydi ammo yotgan holatda yaxshi ko'rinadi. Katta qon aylanish venalarida bosim oshsa bo'yin venalari kengayadi va pulsatsiyasi yaxshi korinadi, bu o'ngda o'ng yelka venasi kaltaligi tufayli yaxshi ko'rinadi. Garchi vena pulsatsiyasi arteriya pulsatsiyasi bilan birga kelganda musbat vena pulsi hisoblanadi. Vena pulsi uch tabaqali klapan yetishmivchiligida ko'proq uchraydi, chunki venada dimlanish bo'ladi. Vena pulsatsiyasi chin va yolg'on bo'lishi mumkin. Yolg'on vena pulsatsiyasi vena pulsini uyqu arteriyasidan beriladigan pulsatsiya bilan bazan almashtirish mumkin. Uyqu arteriyasi pulsatsiyasi undan ichkariga bo'ladi. Qo'l bilan bosilganda chin vena pulsatsiyasi shu joyda sezilmaydi. Yolg'on vena pulsatsiyasida qo'l bilan bosilganda yaxshiroq ko'rinadi.

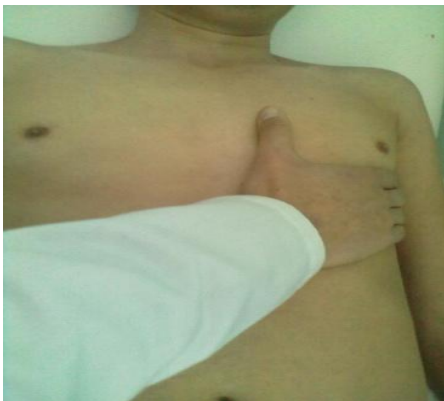
Qo'l barmoqlarini baraban tayoqchasimon shaklga o'tishi aortal parok uchun xosdir. Lipidlar almashinuvi buzilishiga xos simptomlar ksantelazma, ksantoma ko'rinadi.

Palpatsiya

Yurak sohasini palpatsiya qilish, yurak cho'qqi turtki zarbini, yurak zarbini aniqlash, ko'krak qafasidagi titrash (mushuk xirillashi), og'riqli sohalarni aniqlash imkoniyatini beradi. Yurak cho'qqi turtki zarbi joylashgan joyi, balandligi, amplitudasi, rezistentligi, maydoni, tarqalishi aniqlanadi. Normada yurak cho'qqi turtki zarbi chap o'rta o'mrov chizig'idan 1-1,5 sm ichkarida 5- qovurg'a oralig'ida joylashgan, maydoni 2 sm², agar undan yuqori bo'lsa, kengaygan, kichik bo'lsa, chegaralangan deb qaraladi. Yurak cho'qqi turtki zarbi maydoni kichrayishi va kengayishi mumkin. Kichrayishi o'pka emfizemasida kuzatiladi. Balandligi, amplitudasi, rezistentligi o'rtacha

chegaralangan turtki zarbi o'pka emfizemasida, diafragma pastga tushganda kuzatiladi. Bunda yurakni ko'krak qafasiga kelib uriladigan qismi kamayadi. Kengaygan turtki zarbida (chap qorincha gipertrofiyasida, mitral va aortal paroklarda, gipertoniya kasalliklarida) chap qorinchaning ko'proq qismi ko'krak qafasiga kelib uriladi. Kengaygan turtki zarbi yurakka bog'liq bo'lmagan hollarda ya'ni o'pkalar bujmayganda, diafragma yuqori turganda, ko'ks oralig'ining orqa o'smalarida kuzatiladi. Turtki zarbining balandligi uni ko'krak qafasiga berayotgan tebranishlar amplitudasi bilan bog'liq. Baland va past turtki zarbi farqlanadi. Bu holat ko'krak qafasining qalinligi va yurakgacha bo'lgan masofaga teskari proportsional. Turtki zarbining balandligi yurak qisqarishlarining kuchi va tezligiga to'g'ri proportsional (emotsional holatlarda, fizik zo'riqishlarda, lixaratka, tireotoksikozda ortadi). Turtki zarbining rezistentligi yurak muskulining kuchi, qalinligi va zichligiga bog'liq. Rezistentlikning yuqori bo'lishi chap qorincha gipertrofiyasi bilan izohlanadi. Turtki zarbining rezistentligi tekshiruvchi kishining barmoqlariga ko'rsatilayotgan bosim va uni yengish uchun sarflanadigan qarshi kuch bilan ifodalanadi. Rezistentligi baland, kengaygan bo'ladi.

Yurak cho'qqi turtki zarbi (38-39 surat) - o'ng qo'l kafti bilan yurakning absolyut to'mtoqligi sohasida (to'sh suyagidan chapda 4-5 qovurg'a orasida) paypaslanadi.



38-39 surat



Yurak turtki zarbini aniqlash texnikasi

Yaqqol ko'zga tashlanadigan **yurak zarbi** o'ng qorincha gipertrofiyasidan darak beradi va epigastral sohada paypaslab ko'rsa bo'ladi. Yurak turtki zarbi maydoni kengayishi yurakda gipertrofiya yuzaga kelishidan dalolat beradi, chap qorincha gipertrofiyasida zarb maydoni kengayib chapga siljiydi. Chap bo'lmacha gipertrofiyalansa yuqoriga siljiydi. **Palpatsiyada sistolik va diastolik mushuk xirillash**

simptomini aniqlash mumkin. Mushuk xirillashi-palpator simptom bo'lib, toraygan qopqoqlar teshigidan qonni girdobsimon harakat qilib o'tishi natijasida va qon toraygan teshikdan o'tishga qarshilikka uchrashi tufayli yuzaga keladi. Natijada ko'krak qafasi muskullari chegaralangan sohada titrash aniqlanadi. Uni aniqlash uchun o'ng qo'l kafti auskultativ nuqtaga qo'yiladi. Diastola fazasida aniqlanadigan mushuk xirillashi mitral stenozda va sistola vaqtida aniqlanishi aortal stenozda uchraydi va tegishli qopqoq ustidan paypaslanadi.

Epigastral pulsatsiya-o'ng qorincha gipertrofiyasida paypaslash mumkin.

Nesterovning ikki to'qmoqcha simptomini paypaslash orqali aniqlash mumkin. Ushbu simptom mitral stenozda mitral klapan proektsiyasida kuchaygan I va o'pka stvoli klapan proektsiyasida kuchaygan II ton hisobiga yuzaga keladi va palpatsiyada qo'lga seziladi.

III tabaqali klapan yetishmovchiligida jigar pulsatsiyasini aniqlash mumkin. Yurak qisqargan vaqtda u bilan birga jigarda pulsatsiya palpatsiyada seziladi. **Pulsga paypaslab** xarakteristika berish mumkin.

Yurak perkussiyasi

Perkussiya usuli bilan yurakning absolyut (mutloq) va nisbiy to'ntoqlik chegaralari aniqlanadi. Yurak mushak va qondan iborat havosiz a'zo bo'lgani uchun uni to'qillatib ko'rganda bo'g'iqlik tovush beradi. Lekin u qisman o'pka bilan qoplanib turganligi sababli bo'g'iqlik tovush nisbiy va mutloq bo'ladi. Yurakning nisbiy bo'g'iqlik chegarasi uning haqiqiy yani o'pka bilan qoplangan chegaralariga, mutloq bo'g'iqlik chegarasi esa o'pka bilan qoplanmagan yuzasining kengligiga mos keladi. Bu yerda o'ng qorinchaning oldingi devori joylashgan bo'ladi. Bemorlarda perkussiya tik turgan, o'tirgan va yotgan holatida bajarish mumkin. Yurakning nisbiy bo'g'iqlik chegaralarini aniqlashda o'rtacha perkutor zarbdan, absolyut bo'g'iqlik chegaralarini aniqlashda esa kuchsiz zarbdan foydalaniladi. Barmoq plessimetr tanaga zich tegib turishi va aniqlanayotgan chegara chizig'iga parallel ravishda qovurg'a oralig'iga qo'yilishi kerak. Perkussiya aniq perkutor o'pka tovushdan bo'g'iqlik tovushga tomon olib boriladi va chegara barmoq plessimetrning tashqi tomonidan belgilanadi. **Yurakning nisbiy bo'g'iqlik chegaralari** ma'lum ketma-ketlikda, avval o'ng, keyin yuqori va chap tomonlardan aniqlanadi. Yurakning nisbiy bo'g'iqlik chegarasini o'ng tomondan aniqlash uchun avval o'rta o'mrov chizig'i bo'yicha yuqoridan pastga

qarab jigarning yuqori bo'g'iqlik chegarasigacha perkussiya qilib boriladi. So'ngra barmoq plessimetrni bir qovurg'a oralig'i yuqoriga ko'tariladi va qovurg'alar yo'nalishiga perpendikulyar va to'sh suyagining chetiga parallel ravishda o'ngdan chapga qarab perkussiya qilib boriladi. So'g'lom odamda yurakning o'ng nisbiy bo'g'iqlik chegarasi to'sh suyagining o'ng chekkasidan 1 sm tashqarida bo'ladi. Yuqori tomondan chap to'sh oldi chizig'i bo'ylab yuqoridan pastga qarab perkussiya qilib boriladi. U sog'lom odamda 3-qovurg'a orasida joylashadi. Yurakning chap nisbiy bo'g'iqlik chegarasini aniqlash uchun avval palpatsiya yo'li bilan yurak cho'qqisining turtkisi aniqlanadi, so'ng qo'litiq osti old chizig'idan boshlab qovurg'a oralig'i bo'ylab cho'qqi turtkisi tomon bo'g'iqlashgan tovushgacha perkussiya qilib boriladi. Normada yurakning chap bo'g'iqlik chegarasi chap o'rta o'mrov chizig'idan 1-1,5 sm ichkarida joylashadi. Shundan keyin tananing o'rta chizig'idan yurakning chap va o'ng nisbiy bo'g'iqlik chegaralarigacha bo'lgan masofa o'lchanadi. U chapdan 8-9 sm, o'ngdan 3-4 sm, hammasi bo'lib 11-13 sm ni tashkil qiladi va bu umumiy masofa **yurakning ko'ndalang o'lchami** deyiladi. **Yurakning absolyut bo'g'iqlik** chegaralarini aniqlash uchun uning nisbiy bo'g'iqlik chegarasidan ichkariga qarab bo'g'iqlashgan perkutor tovushdan absolyut bo'g'iq tovush paydo bo'lguncha past kuchsiz perkussiya qilib boriladi. Sog'lom odamda o'ngdan yurakning absolyut bo'g'iqlik chegarasi to'sh suyagining chap qirrasida sohasida, yuqoridan to'sh oldi chizig'i bo'ylab 4-qovurg'a oralig'ida va chapdan nisbiy bo'g'iqlik chegarasidan 1-1.5 sm ichkarida joylashadi. Yurakning bo'g'iqlik chegaralarini o'zgarishi o'pkaning holatiga ham bog'liq, emfizemada absolyut bo'g'iqlik chegara kamayib, bujmayishida ushbu bo'g'iqlik chegara kengayadi. Yurakning bo'g'iqlik chegaralari yurakning hajmiga ham bog'liq. Yurakning nisbiy bo'g'iqlik chegaralarining o'zgarishi turli omillarga bog'liqdir. Uning kichiklashib ketishi asteniklarda, ichki a'zolar pastga tushganda, yurakning vertikal joylashishi tufayli kuzatiladi, aksincha, bu chegaralarning kattalashib ketishi gipersteniklarda, qorinda ko'p miqdorda havo, suyuqlik yig'ilganda, diafragmaning baland joylashganligi tufayli yuzaga keladi. Bunda yurak ancha gorizontal joylashadi. Yuqoridagi hollarda yurakning chegaralari uning o'zini emas, balki holatining o'zgarishi bilan bog'liq bo'ladi. Yurak kasalliklarida uning mushaklari gipertrofiyaga uchrashi hamda uning ayrim qismlarining kengayib

ketishi (dilyatatsiya) natijasida ham u yoki bu tomondagi chegaralarining o'zgarishi qayd etiladi. Ko'pincha chegaralarning kattalashib ketishi o'ng, chap, yuqori va orqa tomonda aniqlanadi, chunki oldinda ko'krak qafasining qarshiligi, pastda esa diafragma yurakning bir tomonlama kengayishiga to'sqinlik qiladi. Yurakning nisbiy bo'g'qlik chegaralarining o'ng tomonga kattalashishi o'ng bo'lma va o'ng qorinchaning kattalashishi natijasida yuzaga keladi. Bu hol uch tavaqali klapan yetishmovchiligida va o'pka arteriyasining og'zi torayib qolganda, mitral stenozda kuzatiladi. Mitral stenozda esa yurak chegaralari faqat o'ngga emas, balki yuqoriga ham kattalashadi. Yurakning nisbiy bo'g'qlik chegarasining faqat chap tomonga kattalashishi ko'pincha gipertoniya kasalligida, chap qorincha kuchli gipertrofiyaga uchraganda qayd etiladi. Chapga hamda pastga 6-7 qovurg'a oralig'igacha kattalashuvi aortal poroklarda, chapga va yuqoriga kattalashuvi mitral klapan yetishmovchiligida uchraydi. Yurak nisbiy bo'g'qlik chegarasining yuqoriga kattalashuvi mitral teshik torayishida kuzatiladi. Yurak kasalliklari uzoq vaqt davom etganda, ayniqsa qo'shma nuqsonlar kuchli dekompensatsiyaga uchraganda yurakning nisbiy bo'g'qlik chegarasi hamma tomonga kengayib ketadi. Bunday yurakni "buqa yuragi" (cor bovinum) deb ataladi. Yurakning mutloq bo'g'qlik chegarasi uning o'pka bilan qoplanmagan va ko'krak qafasining old devoriga tegib turuvchi qismidir. Bu yerdagi mutloq bo'g'qlik o'ng qorincha hisobiga yuzaga keladi. Mutloq bo'g'qlik chegarasi ham patologik hollarda o'zgarishi mumkin. Uning kengayib ketishi diafragma juda baland joylashganda, o'pka to'qimasi chetlari burishib qolganda, orqa ko'ks oralig'ining katta o'smalarida, eksudativ plevrit hamda perikarditlarda kuzatilishi mumkin. Aksincha mutloq bo'g'qlik chegarasining torayib ketishi diafragma juda past joylashgan hollarda, o'pka emfizemasida, pnevmosklerozda, yurak atrofida yoki teri ostida havo yig'ilganda qayd etilishi mumkin. Bundan tashqari yurakning o'zining kengayib ketishi ham mutloq bo'g'qlik chegaralarining kengayishiga olib keladi. Masalan, o'ng qorincha gipertrofiyasi bilan kechadigan paroklarda shunday bo'ladi.

Tomirlar tutamini o'ng tomondan yuqori kavak vena va aorta yoyi, chapdan o'pka arteriyasi hosil qiladi. Ba'zi kasalliklarda aorta anevrizmasi, o'pka arteriyasining kengayishi, ko'ks oralig'i o'smalari va boshqalarda tomirlar tutami kengayib ketadi (40 a va b suratga qarang).

Uni aniqlash uchun 2-qovurg'a oralig'ida chap va o'ng tomonda o'rta o'mrov chizig'i sohasidan boshlab tashqaridan ichkarigacha bo'g'iq tovushgacha perkussiya qilib boriladi va barmoq plessimetrning tashqarisidan belgilanadi. Sog'lom odamda bu tutamning kengligi 5-6 sm ga teng.

Yurak konfiguratsiyasini aniqlash

Yurak konfiguratsiyasi yoki shaklini aniqlash tashxis uchun katta ahamiyatga ega. Yurak nuqsonlarida yurakning shakli ancha o'zgaradi. Masalan, mitral klapan yetishmovchiligida va stenozida yurakning o'ng qorinchasi va chap qismlari kengayib ketganligi sababli chap tomon tekislanib, chegara yoyi yo'qolib, ba'zan aksincha bo'rtib chiqadi. Bunday shaklni "mitral konfiguratsiya" deyiladi. Aorta klapani nuqsonlarida, gipertoniya kasalligida yurakning faqat chap qorinchasi kengayganligi sababli, yurak chap chegarasining pastki qismlari kengayib ketadi va chegara yoyi ko'proq bilinadi. Bu shakl yurakning



a)



b)

40 surat

a) o'ng tomondan tomir tutamini aniqlash;

b) chap tomondan tomir tutamini aniqlash;

"aortal konfiguratsiyasi" deyiladi. Yurak konfiguratsiyasini perkussiya yo'li bilan aniqlash uchun avval tomirlar tutami va yurak cho'qqisi chegaralari belgilangandan keyin chap va o'ng tomondan 3-4 qovurg'a oralig'idan tashqaridan ichkariga qarab perkussiya qilib borib, u yerdagi nisbiy bo'g'iqlik chegaralarini odatdagidek belgilanadi va shu belgilangan nuqtalarni yuqoridan tomirlar tutamining kengligini ko'rsatuvchi nuqtalar bilan, pastdan yurak cho'qqisi nuqtasi bilan tutashtiriladi.

Yurak auskultatsiyasi, yurak tonlarining xarakteristikasi, yurak tonlarini eshitish nuqtalari. Yurak tonlari kuchayishi va susayishi.

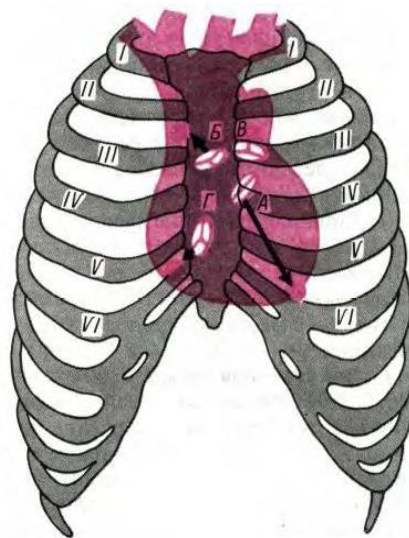
Yurakning auskultatsiya qilish texnikasi (41-42 surat). Yurakni 2 usulda auskultatsiya qilish mumkin; X-simon va Z-simon yurak auskultatsiyasi mavjud. Z simon auskultatsiya yurakning mitral va trikuspidal qopqoqlar eshitish nuqtasida I tonni va aortal hamda o'pka sitvoli qopqoqlarida II tonlarni kuchayganligini va susayganligini solishtirish uchun samaralidir.

Mitral klapan eshitish proektsiyasi o'rta o'mrov chizig'idan 1-2 sm ichkariga V qovurg'a oralig'i;

Uch tabaqali klapan eshitish nuqtasi xanjarsimon o'simta asosi o'ng yoki chap qirradi;

Pulmonal klapan eshitish nuqtasi II qovurg'a oralig'i to'sh suyagi chap qirradi;

Aortal klapan eshitish nuqtasi II qovurg'a oralig'i to'sh suyagi o'ng qirradi;



41 surat

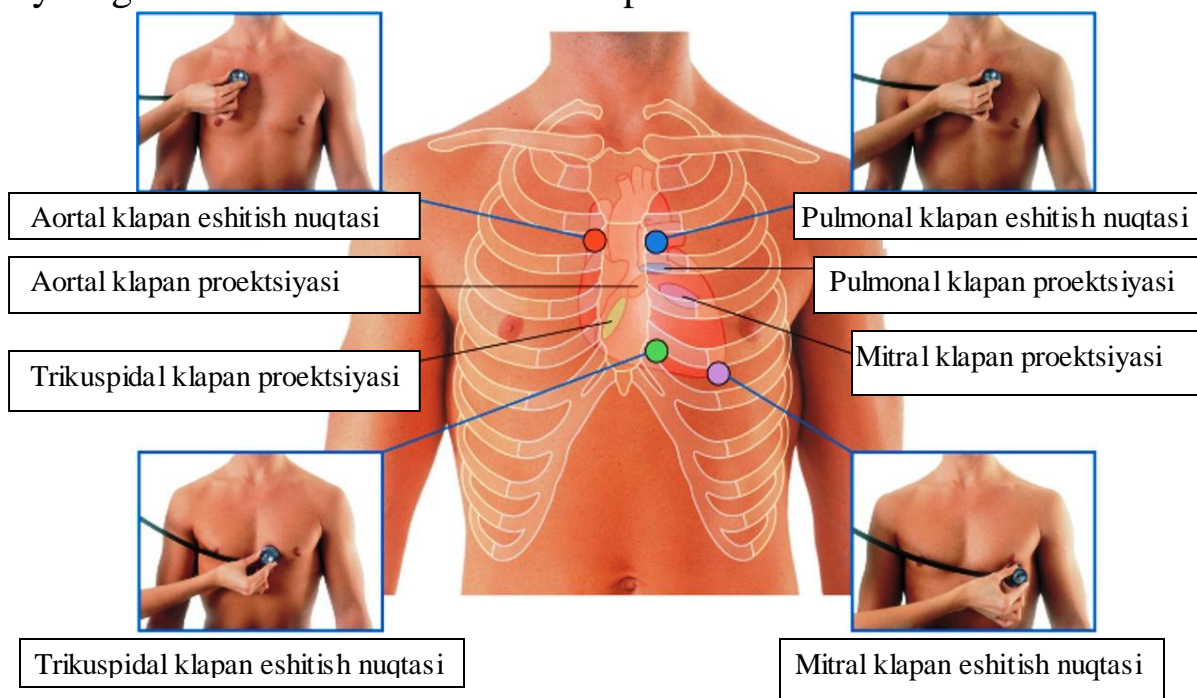
- A) mitral klapanlar joylashish o'rni.
- B) aortal klapanlar joylashish o'rni.
- V) pulmonal klapanlar joylashish o'rni.
- G) trikuspidal klapanlar joylashish o'rni.

Yurakni auskultatsiya qilganda bemorning vaziyatini ham ahamiyati bor. Mitral klapani auskultatsiya qilish vaqtida bemor biroz chap biqinga burilsa tonlar va u yerda hosil bo'ladigan shovqinlar yaxshiroq eshitiladi.

Aortal klapani auskultatsiya qilinganda bemor biroz oldinga enkaysa u yerda eshitiladigan tonlar va shovqinlar yaxshi eshitiladi. Yurak eshitish nuqtalarida auskultatsiya qilinganda sog'lom odamda 2 ta asosiy va 2 ta qo'shimcha tonni eshitish mumkin.

I ton qorinchalar sistolasi boshlanishi natijasida yuzaga keladi. (sistolik ton) va II-ton diastola boshlanishi vaqtida yuzaga keladi va diastolik ton deb qarash mumkin. Yurakda I-ton qorinchalar sistolasi boshlanish vaqtida, mitral klapan (2 tavaqali) va 3 tavaqali klapanlarning

yopilishi bir vaqtda qorinchalarning qisqarishi natijasida yuzaga keladi. I ton yuzaga kelish mexanizmi 4 ta komponentdan iborat.



42 surat

Mushaklari komponenti. Tomirlar komponenti. Klapan komponenti. Bo'lmachalar komponenti. I ton davomiyligi 0,09-0,12 sek; Yaxshi eshitish joyi yurak cho'qqisida; Eshitilishi kichik pauzadan so'ng; Puls bilan bog'liqligi bir vaqtda.

II ton diastola vaqtida aorta klapani va o'pka arteriyasida klapanlarning yopilishi natijasida hosil bo'ladi. Bu ton 2 komponentdan iborat bo'lib, tomirlar va qopqoqlar komponentidan tashkil topgan. II ton davomiyligi 0,05-0,07 sek; Yaxshi eshitish joyi yurak asosida; Eshitilishi katta pauzadan keyin; Puls bilan bir vaqtda emas.

Yurak tonlarining patologik o'zgarishlari:

Yurak tonlari tashqi va ichki omillar natijasida o'zgarishi mumkin. Tashqi ko'krak qafasining qalinlashishi (katta ko'krak muskuli hisobiga) perikard va plevraga suyuqlikning to'planishi, o'pka emfizemasida yurak tonlari pasayishi kuzatiladi.

Ichki omillar bular miokardning zararlanishi, qopqoqlarni zararlanishi, tomirlar holatining o'zgarishi, aortani torayishi kabi o'zgarishlardir, Bu holatlarda mitral klapan proektsiyasida I ton susayadi.

Yurak tonlarining kuchayishida ham tashqi va ichki omillar rol o'ynaydi. Bular tashqi ko'krak qafasi yupqa bo'lgan ozg'in odamlarda,

o'pkasi bujmaygan kishilarda kuzatiladi. Intrakardial omillardan yurak ritmi chastotasi katta bo'lgan hollarda, miokardda muddatidan oldin ektopik o'choq hosil bo'lganda, extrasistoliyada, aortaning torayishi (II ton kuchayadi). To'liq ko'ndalang qamalda qorinchalar va bo'lmachalar alohida alohida qisqaradi. **Agarda qorincha va bo'lmacha bir vaqtda qisqarsa Strajeskoning zambarak toni eshitiladi.**

I-ton kuchayishi va susayishi.

Yurak auskultatsiya qilinganda mitral klapan va trikuspidal klapan proektsiyasida I ton bir xil balandlikda bo'ladi va aortal klapan biroz chuqurroq joylashganligi tufayli unda va o'pka arteriyasi proektsiyasida II ton balandligi bir xildir. Buni bilish tonlar kuchayganligi va susayganligini aniqlash uchun zarurdir.

I-ton susayishi II va III tabaqali klapanlar jarohatida bu I -ton klapan komponenti kamayishiga olib keladi. I-ton, shunigdek aortal paroklarda, qorinchlar gipertrofiyasida, miokarditda, kardiosklerozda umuman olganda yurak mushaklarida distrofik o'zgarishlar yuzaga kelganda yurak yetishmovchiligida I ton susayadi. Aortal klapan o'zgarishlari mitral klapan proektsiyasida va o'pka arteriyasidagi o'zgarishlar trikuspidal klapan proektsiyasidagi o'zgarishlarga olib keladi (I ton susayishiga). Teri osti yog' qavati kuchli ifodalangan kishilarda I ton sust eshitiladi.

I-ton kuchayishi taxikardiya (jismoniy zo'riqishdagi) anemiya gipertireozda kuzatiladi. I-ton kuchayishi mitral teshik torayishi uchun xos. Xuddi shunday ekstrastoliya vaqtida ham kuchaygan ton eshitiladi. I tonni mitral va uch tabaqali klapan proektsiyasida kuchayishi shu teshiklar torayishida yuzaga keladi. I-ton intensivligining o'zgarishi hilpillovchi aritmiyada kuzatiladi, bunda diastola pauzasi o'zaradi.

II- ton susayishi aortal klapan yetishmovchiligi va yirik qon tomirllarda bosim past bo'lishi ular qon bilan to'lishining kamayishida vujudga keladi va o'pka sitvoli klapani yetishmovchiligida hamda chu yerda bosimni pasayishi o'pka sitvoli proektsiyasida II ton susayishiga olib keladi. O'pka arteriyasi va aorta klapanining jarohatlanishi, ularning yopilishi buzilishiga olib keladi. Bu II ton komponentini birini buzilishiga olib keladi va shuning uchun ham II ton susayadi. Aorta ustida II-ton susayishi aortal klapanlarga kaltsiy tuzlarining o'tirishi klapanlar harakatini susaytiradi.

II-ton kuchayishi aortal klapan proektsiyasida yoki o'pka arteriyasi klapani proektsiyasida II ton aktsenti deb yuritiladi. Aortal klapanda bosim ortsa uning proektsiyasida va o'pka arteriyasiga bosim ortsa uning proektsiyasida II ton aktsenti yuzaga keladi. Fizik va ruhiy zo'riqishda ham II ton kuchayishi mumkin. Aortal klapan sklerozida uning nuqtasida baland II ton eshitiladi, garchi gipertoniya bo'lmasa ham. Bundan tashqari aorta devori elastikligi kamayishida sklerotik o'zgarishlarda kuzatiladi. Mitral parogi bo'lgan bemorlarda o'pka arteriyasida II-ton aktsenti aniqlanadi.

Ko'krak qafasi mushaklari qalin bo'lganda shuningdek o'pka arteriyasi stnozida Ikkala tonning susayishi kuzatiladi. Yurak qorinchalarining diffuz jarohatlanishida, ularning qisqarish faoliyati pasayganda masalan, miokardit, miokardiodistrofiyalarda ham tonlar susayadi.

Tonlarning ikkilanishi. Bazi patologik holatlarda I va II ton ikkilanishi mumkin. Tonlarning ikkilanishi yurakning chap qismi va o'ng qismi baravariga qisqarmasligi tufayli sodir bo'ladi. Bunda mitral va trikuspidal qopqoqlar birga qisqarmasligi tufayli I tonni ikkilanishi vujudga keladi, aortal qopqoq hamda pulmonal qopqoqni bir vaqtda qisqarmasligi II tonni ikkilanishiga olib keladi. Ikkilangan tonlarni ikkala qismi ham qisqa interval bilan bo'lingan bo'lsa, 2 ta mustaqil ton sifatida qabul qilinmasa unda tonlarni bo'linishi deb hisoblanadi.

I tonning ikkilanishi fiziologik va patologik bo'lishi mumkin. **Fiziologik ikkilanishi** ko'krak qafasida bosim yuqori bo'lganda kuchli va chuqur nafas chiqarganda sodir bo'ladi. Bunda ko'p qon o'pkadan yurak chap bo'lmasiga tushadi va mitral klapani yopilishiga to'sqinlik qiladi. Uch tabaqali klapan oldin va mitral klapan keyin yopiladi, har biri alohida ton hosil qiladi. Bu birinchi tonni fiziologik ikkilanishidir. **I tonning patologik ikkilanishi** qorinchalar ichi o'tkazuvchanligi buzilishida yani Giss tutamlarida qamal bo'lganda o'tkazuvchanlik buziladi. Bunda chap qismida qamal bo'lsa shu qismi va o'ng qismida qamal bo'lsa ushbu qismi qisqarishdan orqada qoladi. Bunda qopqoqlar birga qisqarmay qoladi va I tonni bo'linishi yuzaga keladi.

II tonni ikkilanishi ko'proq kuzatilib, bu qorinchalarni haydaydigan qon miqdori bilan tomirlardagi bosimga bog'liq bo'ladi. Chap qorinchaga qon miqdori kam bo'lsa va aortada bosim past bo'lsa, chap qorincha tez va qisqa muddatda qisqaradi. Bunda aortal qopqoq

o'pka sitvoli qopqoqidan oldin yopiladi va II tonni ikkilanishiga olib keladi. II tonni ikkilanishi ham fiziologik va patologik bo'ladi. **II tonni fiziologik** bo'linishi nafas olish fazalari bilan bog'liq. Nafas olish fazasida yurakning chap qismiga qon o'pkadan kam keladi va chap qorincha kam qonni tez va qisqa muddat ichida haydaydi, o'ng qorinchadan oldin qisqaradi. Bunda aortal qopqoq oldin yopilib II tonni fiziologik ikkilanishiga olib keladi. Chunki o'pka sitvoli qopqoqi aortal qopqoqdan yopilishda orqada qoladi. **II tonni patologik ikkilanishi** aortal teshik stenozida, gipertoniya kasalligida aortal qopqoq pulmonal qopqoq yopilishidan orqada qoladi yoki kichik qon aylanish doirasida bosim yuqori bo'lganda, o'pka emfizemasida, mitral teshik stenozda pulmonal va aortal klapanlar bir vaqtda yopilmaydi. Xuddi shu holat Giss tutamlari qamalida ham kuzatiladi.

Tonlarni bo'linishidan yana yurak faoliyatida yuzaga keladiga qo'shimcha tonlarni ajratib bilish kerak.

Qo'shimcha tonlar yurak klapanlari ochilishi ovozsiz amalga oshiriladi, shu jumladan mitral klapan tonining ochilishi diastola boshida ovozsiz amalga oshiriladi. Mitral va uch tabaqali klapan tabaqalari burushib qolganda to'liq ochilmaydi va bo'lmachalar sistolasi vaqtida qon chala ochilgan klapanlarga uriladi va qo'shimcha ton hosil bo'ladi. Mitral teshik stenoz bilan kasallangan bemorlarda, diastolada klapan ochilishi cheklanganda, qon oqimi klapaniga birinchi tasir qiladi va tovush hosil qiladi, **bu mitral klapan ochilish tonidir** va II tondan so'ng yuzaga keladi. Ushbu ton uch ritmli qo'shimcha ton sifatida qabul qilinadi. I qarsillovchi ton bilan II ton va mitral klapan ochilish toni yani uch ritmli ton **bedona sayrash ritmini** hosil qiladi. Klapan chirqillab ochilganligi (shelchok) tufayli ton juda baland xarakterli bo'lishi III-tondan ajratishga yordam beradi. Faqatgina uni yurak cho'qqisida eshitish uchun optimal variant membranali stetoskopni qo'llash lozim. III tabaqali klapaning ochilishi to'shning pastki qismida kamdan kam holda eshitiladi. Sistolik tonning haydalishi I-tondan so'ng eshitiladi, ular aorta klapani yoki o'pka arteriyasi klapani harakati bilan bog'liq, shuning uchun o'ng tomondagi II-qovurg'a oralig'ida yoki to'sh qirradi o'ng tomonida eshitiladi. Aortal ton haydalishi bu ton aortaning eshitiladigan nuqtasida eng yaxshi eshitiladi. Aortal 2 tabaqali klapan bilan qo'shib kelishi mumkin.

Perikard o'sishida (srasheniya) qo'shimcha perikard ton diastola vaqtida hosil bo'ladi (0,08—0,14s) II tondan so'ng. Ushbu ton

perikardni tebranishi va tezda qorinchalar diastolasi yuzaga kelishi hisobiga diastola boshida yuzaga keladi. Bu qo'shimcha ton I va II ton orasida kelib qisqa baland ton sistolik chirqillash (shelchok) ni hosil qiladi. Sistolik chirqillash mitral klapan prolapsida ham yuzaga kelishi mumkin (prolaps-bu mitral klapani shishib yoki burishib chap bo'lmachaga kirishidir).

Meyorda asosiy I va II ton bilan birga III va IV tonlar ham hosil bo'ladi. III ton bo'lmachalarni faol sistolasida qon chap qorincha mushaklarini diastola boshida tebratishi hisobiga yuzaga keladi va II tondan so'ng 0,12-0,14s keyin hosil bo'ladi. IV ton diastola oxirida yuzaga keladi, bo'lmachalarni kuchli va tez qisqarishi qorinchalarni tez to'ldiradi, shuni hisobiga mushaklar tebranadi va ton hosil bo'ladi. III yoki IV tonni kuchayishi asosiy susaygan I yoki II ton orasida kelsa **uch ritmli ton ya'ni galop ritmi, ot dupuri ritmi** hosil bo'ladi. Galop ritmi hosil bo'lish vaqtiga qarab, presistolik, mezodiastolik, protodiastolik bo'ladi.

Patologik III-ton (fiziologik eshitiladi) u protodiastolik gallop ritmining hosil bo'lishida ishtirok etadi. 40 yoshdan oshgan odamlarda har doim patologik belgi bunga sabab miokard qisqarishi kamayishi (surunkali yurak yetishmovchiligida III- ton xarakterli), qorincha hajmining zo'riqishi masalan mitral klapan yoki III-tavaqali klapan yetishmovchiligida kuzatiladi.

I-ton hosil bo'lishidan oldin IV-ton vujudga keladi. Qorinchalar diastolasi va qorinchalarning qon bilan tezda to'lib qisqarishidan hosil bo'ladi va pastdan uni stetoskopda eshitish mumkin. Qari odamlarda yuragida o'zgarishlar bo'lmasa va jismonan sog'lom va rivojlangan shaxslarda eshitish mumkin. Patologik IV-ton gipertoniya kasalligi, aortal stenoz, kardiomiopatiyada kuzatiladi. Bo'lmachalardan qorinchalarga qo'zg'aluvchanlikning tormozlanishi natijasida IV-ton kuchli eshitiladi.

Qorinchadan bo'lmachaga qon o'tishi qiyinlashishi natijasida IV-ton sust eshitiladi. IV-ton asosan presistolik gallop ritmida eshitiladi. Galop ritmi-yurakning uchlangan ritmi taxikardiya fonida eshitiladi va ot dupurini eslatadi. Qo'shimcha ton sifatida galop ritmi quyidagi holatlarda eshitiladi:

- qo'shimcha ton I-tondan oldin presistolik gallop ritmi
- qo'shimcha ton diastola boshida II-tondan so'ng
- prediastolik gallop ritmi

Galop ritmi yurak cho'qqisida III-IV qovurg'alar orasida eshitiladi.

Galop ritmining kelib chiqish sababi-bu qorinchalar miokardining o'zgarishi, uning qisqaruvchanligining buzilishi dir.

Embriokardiya. Yurak juda tez qisqarishi natijasida diastolik pauza sistolik pazuga yaqin bo'lib qoladi va I ton orasidagi pauza bilan II ton orasidagi pauza deyarli bir xil bo'ladi, bularni bir biridan ajratib bo'lmaydi, mayatniksimonga oxshab qoladi. Bolalarda ayniqsa chaqaloqlarda ham yurak tez urishi tufayli pazani ajratib bo'lmaydi (embriokardiya). Bu kabi o'zgarishlar yurak tez qisqarishida, tireotoksikozda, tana harorati ko'tarilishida, gipertoniya, o'tkir yurak yetishmovchiligi, paroksizmal taxikardiya va boshqalarda kuzatiladi. Diastolik pauza kichrayishi hisobiga qorincha qonga yaxshi to'lmaydi va I ton kuchli eshitiladi.

Yurak shovqinlari –auskultatsiya qopqoqlar patologiyasini aniqlashning eng samarali usulidir va tonlardan tashqari yurak shovqinlari ham eshitiladi. Shovqinlar yurak ichida (intrakardial) va tashqarisida (ekstrakardial) bo'ladi. Intrakardial shovqinlar funktsional va organik shovqinlarga bo'linadi. Shovqinlar hosil bo'lishi ushun bir necha omil bo'lishi lozim. Bular:

-Tug'ma omillar – bo'lmachalar va qorinchalar aro to'siq nuqsoni, Batalov teshigi bitmasligi.

-Meyordagi yoki patologik holatdagi qopqoqdan qonning meyorga nisbatan tez oqishi.

-Qonning toraygan va notekis teshikdan kengaygan bo'limga yoki tomirga oqishi.

-Yetishmovchiligi bo'lgan yurak qopqog'idan qonning teskari tomonga qaytib oqishi tufayli shovqin hosil bo'ladi.

Yurak klapanining anatomik o'zgarishidan organik shovqinlarni hosil qiladi. Qon oqimining tezlashuvi yoki hajmi oshishi va uning qovushqoqligini pasayishi hisobiga funktsional shovqinlar hosil bo'ladi. Intrakardial shovqinlar mexanizmi quyidagicha: klapan paychalarining bir biri bilan mustahkam yopilmasligi va klapan teshigining (meyorda 4-6 sm²) torayishi yani stenozda klapan paychalari qisqarib qoladi hamda nisbiy yetishmovchiliklar ham sabab bo'ladi. Klapan iplari masofasining o'zgarishi yoki klapanlar tortilishi bo'lmacha qorincha o'rtasida to'liq yopilmasligi natijasida qonning ma'lum bir hajmi regurgitatsiyaga uchraydi va shovqin hosil bo'ladi. Shovqin hosil bo'lishiga ko'ra sistolik va diastolik shovqinlar bo'ladi. Sistolik shovqinlar hamma vaqt ham

yurak kasalligi tufayli sodir bo'lmaydi, balkim ko'pchilik hollarda qon oqimining tezlashganligi bilan bog'liqdir. Diastolik shovqinlar doimiy bo'lib, hamma vaqt patologik o'zgarishlar tufayli yuzaga keladi va yurakni davolashga yoki tasdiqlash uchun qoshimcha tekshiruvlar o'tkazishga to'g'ri keladi.

Shovqinlarning tasnifi

1. Sistolik shovqin

- a) Pansistolik (golosistolik) shovqin
- b) Mezosistolik (sistolik haydash) shovqin
- c) Barvaqt sistolik shovqinlar
- d) O'rta, kechki sistolik shovqinlar

2. Diastolik shovqinlar

- a) Barvaqt baland (proto) diastolik shovqin
- b) Mezodiastolik shovqin
- c) Presistolik shovqin

3. Doimiy shovqinlar

Pansistolik shovqin hosil bo'lishi uchun yurak kameralari orasida oqim (bir-biriga qon o'tishi) bo'lishi kerak, bunga kameralardan birida sistola vaqtidagi bosim farqi katta bo'lishi kerak (misol uchun chap qorincha va chap bo'lmacha yoki qorinchalar aro). Patologik holatda qaytadigan qon teshigi gradient bosimi va regurgitatsiya oqimi (patok) barvaqt qisqarish fazasida boshlanadi va mushaklar bo'shalishi tugaguncha davom etadi.

Mezodiastolik (sistolik haydash) shovqini konfiguratsiyasi **crescendo** (kuchayuvchi)-**decrescendo** (susayuvchi) bo'ladi va aortaga va o'pka sitvoliga qon haydalish vaqtida hosil bo'ladi. Shovqinlar qisqa vaqt orasida S_1 (sistola) dan so'ng, bu vaqtda bosim qorinchalarda oshadi yarim oysimon qopqoqlarni ochish uchun. Qon haydalishi kuchaysa shovqin kuchayadi, aksincha qon haydalishi kamaysa shovqin pasayadi. Yarim oysimon qopqoqlar meyorda bo'lganda bu shovqin qon tezligi oshganda hosil bo'ladi (kamqonlik, tireotoksikoz, homiladorlikda). Bazi bir kishilarda funktsional mitral (bazanda trikuspidal) regurgitatsiyada ham mezodiastolik shovqini hosil bo'ladi, buni aortal stenoz shovqinidan farqlay bilish kerak va EXOKG, FKG kerak bo'ladi.

Barvaqt sistolik shovqinlar kam uchraydi. Ular I ton bilan boshlanib, sistolaning o'rtasida tugaydi va ko'proq trikuspidal regurgitatsiyada pulmonal gipertenziyasiz uchraydi. O'tkir mitral

regurgitatsiyada qorinchalar aro to'siq defekti katta bo'lganda, pulmonal gipertenziya bilan va qorinchalar aro to'siq mushaklarida kichik defektida uchraydi hamda shovqin sistolani o'rtasida va oxirida kamayib boradi.

Kechki sistolik shovqinlar yumshoq yoki o'rta balandlikda bo'ladi. Baland shovqinlar chap qorincha uchida qon haydalgandan keyin boshlanadi va S2 dan oldin tugaydi. Ular halqa (koltso) va qorinchaning anatomik va funksional o'zgarishi tufayli mitral qopqoqni tortilishi yoki yopilmasligi sabab hosil bo'ladi.

Barvaqt baland (proto) diastolik shovqin diastola davrining boshlanishida eshitiladi.

Mezodiastolik shovqin diastola davrining o'rtasida eshitiladi.

Presistolik shovqin diastola davrining oxirida yani sistoladan oldin eshitiladi.

Shovqinlarning bir biridan farqi

Morfologik o'zgarishlar	Sistolik shovqin	Diastolik hovqin
Mitral klapan yetishmovchiligi	+	-
Mitral teshik stenozi	-	+
Uch tabaqali klapan yetishmovchiligi	+	-
Uch tabaqali teshik stenozi	-	+
Aortal klapan yetishmovchiligi	-	+
Aortal teshik stenozi	+	-
Pulmonal klapan yetishmovchiligi	-	+
Pulmonal teshik stenozi	+	-

Intrakardial shovqinlar qon yo'nalishi bo'ylab irradiatsiya qilinadi. Misol uchun aortal teshik stenozida hosil bo'ladigan shovqin o'mrov osti va tashqi uyqu arteriyalariga uzatiladi, aortal klapan

yetishmovchiligida hosil bo'ladigan shovqinlar Botkin –Erb nuqtasida yaxshi eshitiladi.

Funksional va organik shovqinlarni bir biridan farqi

Shovqin xususiyati	Funksional shovqin	Organik shovqin
Ko'pincha sistolik shovqin	+	Sistolik, diastolik
Shovqin doimiy emas, tana holati o'zgarsa yo'qolishi mumkin	Yo'qoladi	Kuchayadi
Ko'pincha o'pka sitvolida va kamroq yurak uchida eshitiladi	Eshitiladi	Eshitilmaydi
Shovqin qisqa, yumshoq,	+	-
Shovqinlar cheklangan sohada eshitiladi, qaerda hosil bo'lsa shu yerda eshitiladi, irradiatsiya yo'q	+	-
Miokardda o'zgarish olib keladi	Qipertrofiya yo'q	Gipertrofiya bor

Funksional shovqinlarni nisbiy shovqinlardan farqlash kerak. Nisbiy shovqinlar klapanlarda o'zgarish bo'lmay sodir bo'ladi yani qorinchalar gipertrofiyasida (hajmi kattalashsa) mitral klapan kengayadi, uning sistolasida qon bo'lmachaga o'tadi va sistolik shovqin hosil qiladi. Aorta va o'pka sitvoli teshigining kengayishida hosil bo'ladigan diastolik shovqinni ham shu toifadagi shovqinga kiritiladi. Bu shovqinni **Stillning diastolik shovqini deb ataladi.**

Auskultatsiyada quydagilar aniqlanadi:

1. Shovqinning yurak qaysi fazasiga to'g'ri kelishi.
2. Shovqin xarakteri, kuchi, davomiyligi
3. Shovqin lokalizatsiyasi va qaerda eshitilishi
4. Irradatsiyasi

Shovqinning konfiguratsiyasi bo'lishi mumkin;

Crescendo (kuchayib boruvchi)

Decrescendo (susayib, pasayib boruvchi, so'nuvchi)

Crescendo-decrescendo (romb shaklida)

Uch xil diastolik shovqin farqlanadi : **Protodiastolik**- diastoladan oldin II-tondan so'ng, **mezodiastolik**- II-tondan so'ng diastola o'rtasida, **presistolik**- diastola oxiri sistola boshida eshitiladi. Shovqin hosil bo'lishida boshqa faktorlar ham ishtirok etadi. Bular: qon qancha tez tushsa, shovqin kuchli yoki aksincha, bazi bir holatlarda yurak shovqinlari perikardga yoki plevrage tegishli dir-ekstrakardial shovqinlar. **Umumiy xarakteristika.** Hosil bo'lgan oddiy shovqinlar qon oqimi bo'ylab tarqaladi. Masalan aortal teshik stenozida hosil bo'ladigan sistolik shovqin, o'mrov osti arteriyasida, tashqi uyqu arteriyasiga eshitiladi. Yurak yetishmovchiligida, aorta klapanida hosil bo'lgan diastolik shovqin o'ng tomonda aorta proektsiyasidan tashqari (II-qovurg'a oralig'idan) tashqari chap tarafda III-qovurg'a sohasi (Botkin-Erb nuqtasi) da eshitiladi. **Ekstrakardial shovqinlar** - perikardning ishqalanish shovqini perikardni yallig'lanishlarida parietal va vistseral plevra varaqasida fibrin cho'ksa paydo bo'ladi. Bazanda miokard infarkti tufayli hosil bo'ladigan anevrizm natijasida ham diastola vaqtida bu shovqin eshitiladi. Plevraperikardial shovqin – bu shovqin qachonki perikard bilan birga shu sohadagi plevra varaqasining yallig'lanishi birgalikda kelsa yuzaga keladi.

Yurak qon tomir kasalliklarini qo'shimcha tekshirish usullari

EKG tekshirish usuli xuruj vaqtida qilinadi, xuruj bo'lmaganda kuchlanish berib qilinadi (miokard infarktidan tashqari);

a) Step-test (master probasi) 2 ta zinapoyadan foydalaniladi (zinapoya balandligi 22,5 sm bo'lishi kerak);

b) Veloergometriya-bosqichli fizik zo'riqish usuli qo'llanilib, paralel ravishda EKG qilinadi;

c) Tredmil probasi-yugurish yo'lagi, bunda qiyalik burchagi o'zgarib turadi;

d) Xalter bo'yicha EKG ni sutkalik monitorlash;

e) Qizilo'ngachni elektr stimullash;

f) EXOKG-stress test bilan birga;

g) Koronarografiya-oltin standart hisoblanadi;

Normal EKG

EKGni yozib olish texnikasi (43 a va b surat):

➤ Bemor beligacha yechinib, oyoq va qo'llarini tizza va tirsakgacha shimarib kushetkada yotadi.

➤ Elektrokardiografni yoqib, uning ishga yaroqli ekanligi va zaryadi yoki rozetkada tok borligi, shuningdek, yozishdan oldin EKG qog'oz tasmasi tekshiriladi. EKG apparati 5 minut davomida isitiladi.

➤ Elektrodlar qo'yiladigan joy toza qilib spirt bilan artiladi, maxsus EKG geli surtiladi yoki 0,9% osh tuzi eritmasi bilan namlangan marlili salfetka qo'yiladi.

➤ Muchaklarga elektrodlar quyidagi ketma-ketlikda o'rnatiladi: o'ng qo'lga qizil, chap qo'lga sariq, chap oyoqqa yashil va o'ng oyoqqa qora rangli elektrodlar ulanadi.

Ko'krak elektrodleri qo'yiladigan sohalarga gel surtiladi yoki 0,9% osh tuzi eritmasi bilan namlanadi va ko'krak elektrodleri o'rnatiladi.

V1- qizil rangli elektrod- to'sh suyagining o'ng qirrasi bo'ylab IV qovurg'a oralig'ida o'rnatiladi;

V2- sariq rangli elektrod- to'sh suyagining chap qirrasi bo'ylab IV qovurg'a oralig'ida o'rnatiladi.

V3- yashil rangli elektrod V2 va V4 elektrodlar o'rtasida o'rnatiladi;

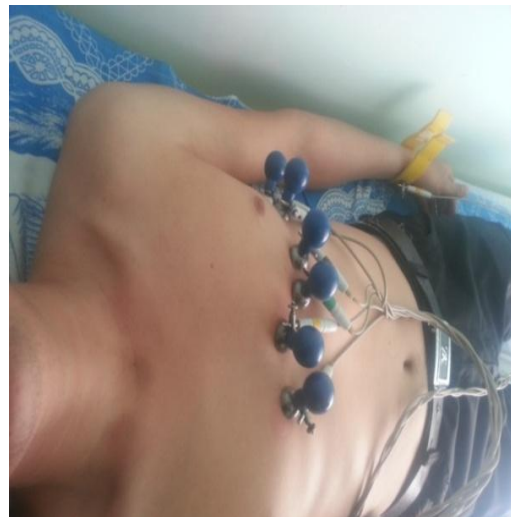
V4- jigarrang elektrod- chap o'rta o'mrov chizig'i bo'ylab V qovurg'a oralig'ida o'rnatiladi;

V5- qora rangli elektrod- chap tomondan oldingi qo'ltiq osti chizig'i bo'ylab V qovurg'a oralig'i o'rnatiladi;



a)

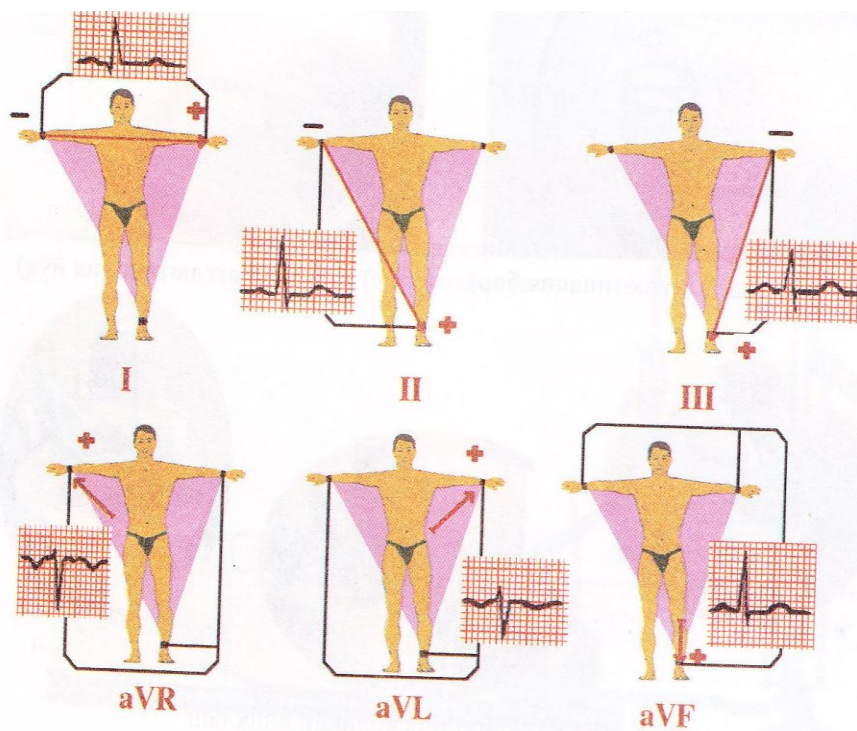
- a) standart ulanishlar;
b) ko'krak ulanishlari;



b)

43 surat

V6- binafsharang elektrod- chap tomondan o'rta qo'ltiq osti chizig'i bo'ylab V qovurg'a oralig'ida o'rnatiladi;



44 surat. Standart va bir tarmoqli kuchaytirilgan ulanishlar

EKG olishda qog'oz tasmani standart tezlik 25 mm/sek (1 mm/0.02sek) tezlikni tashkil qiladi, 50 mm/sek esa 1 mm 0.04sek tezlikni tashkil qiladi. EKGda yurak mushaklari qisqarishi natijalari qayd qilinib, meyorda 3 ta musbat va 2 ta manfiy tishcha qayd qilinadi, hamda bazan U musbat tish qayd qilinadi.

Sog'lom odam elektrokardiografiyasining o'lchov birliklari

EKGda qayd qilinadigan yurak qismlari	Yurakning qisqarish fazasi	EKG tishchalarining balandligi mm.da	Davomiyligi sek. da
P	Bo'lmachalar sistolasi	1.5 – 2.5 mm	0.06 – 0.1
P-Q kesma	-----	-----	0.06 - 0.08
P ning boshidan P-Q	Sinusdan Ashof-Tovar tugunigacha o'tkazu vchanlik	-----	0.12 – 0.18 (0,2)
Q	-----	O'zidan keyingi R ¼ qismi	0.03

R	O'ng va chap qorinchalar qisqarishi	5 – 15mm	0.03-0,04 0.06
S	-----	0 – 3	0.02 - 0.04
QRS	-----	-----	0.06 – 0.08
S-T kesma	-----	-----	0.1 – 0.16
T	-----	2 – 6	0.1 – 0.25
QRST	Qorinchalar sistolasi	-----	0.32 – 0.35
T-P	Yurak pauzasi	-----	0.27 – 0.32
T-Q	Qorinchalar diastolasi	-----	0.42 – 0.46

Qorinchalar sistolasining davomiyligi, yurak ritmining soniga bog'liq.

Ko'rsatilgan raqamlar yurakning o'rtacha tezligiga keltirilgan.

EKGdagi asosiy tishchalar EKG dagi uncha katta bo'lmagan P tishcha bo'lib

u bo'lmachalar depolyarizatsiyasi va qo'zg'alishni aks etadi. Balandligi 1,5-2,5 mm davomiyligi 0,06 – 0,1 sek, bu tishcha II standart ulanishda yaqqol ko'rinadi. P tishchaning ko'tariluvchi qismi o'ng va tushuvchi qismi chap bo'lmacha qisqarishidir.

***Meyorda P tishcha I, II, AVF, V₂-V₆ doimo musbat bo'ladi.**

***III. AVL va V₁ uzatkichlarda musbat, ikki fazali, III, AVL ga manfiy ham bo'ladi.**

***AVR uzatkichda P tishcha hamisha manfiy qayd qilinadi.**

***P tishchaning davomiyligi 0,1 s dan oshmaydi va amplitudasi 1,5-2.5 mmdan oshmaydi.**

PQ interval bo'lmacha-qorinchalar aro to'siq o'tkazuvchanligini aks ettiradi. Uni P tishchadan Q tishgacha bo'lgan oraliqda o'lchanadi. Davomiyligi 0.12-0.2 sek. Bu yurak qisqarish soniga (YQS) bog'liq bo'ladi. YQS qancha tez bo'lsa P-Q interval shuncha qisqa bo'ladi. Q

tishcha QRS kompleksdagi 1-manfiy tishcha bo'lib, qorinchalar aro to'siq depolyarizatsiyasi vaqtini bildiradi.

***Meyorda Q tishcha hamma standart ulanishlarda va kuchaytirilgan bir polyusli uzatkichlarda hamda ko'krak uzatkichlari V₄-V₆ da qayd qilinadi.**

***Meyorda Q tishsha amplitudasi AVR dan boshqa uzatkichlarda chuqurligi meyorda o'zidan keyingi R tishning ¼ qismidan yoki 3 mmdan oshmaydi.**

***Davomiyligi 0,03 sek AVR ulanishlarda Q tishcha juda chuqur va keng (8 mmgacha) bo'ladi, balki Q-S tish ham qayd qilinishi mumkin.**

R tishcha qorincha kompleksdagi asosiy musbat tishcha bo'lib, qorinchalar qisqarishi aks ettiriladi. R tishcha, AVR uzatkichda doimo manfiy bo'la. Yurakning normal elektr o'qida uning balandligi II-standart ulanishda eng yuqori bo'ladi (R_{II}>R_{III}>R_I). Uning amplitudasi meyorda 5-15 mm bo'ladi. Davomiyligi V₁-0,03s dan V₆- 0,06 s gacha. R tishchani ko'tariluvchi qismi o'ng va tushuvchi qismi chap qorincha qisqarishidir.

***Meyorda R tish hamma standart, kuchaytirilgan va ko'krak uzatkichlarda qayd qilinadi, AVR da yomon ko'rinishi yoki qayd qilinmasligi mumkin.**

***Ko'krak ulanishlarida R tishcha amplitudasi V₁ dan kattalashib boradi V₄ ulanishda yuqori, keyinchalik V₅, V₆ ulanishlarda R tishcha amplitudasi kamayib boradi. V₁ da R qayd qilinmasligi ham mumkin.**

***Tish R V₁ V₂ qorinchalar aro to'siqda qo'zg'alishi tarqalganligini bildiradi, R V₄V₅V₆ o'ng va chap qorincha qo'zg'alishi**

S tishcha manfiy tishcha bo'lib, R tishdan keyin keladi. Qorinchalar aro to'siq bazal sohalari qo'zg'alishini bildiradi. Barcha ulanishlarda uning bo'lishi ahamiyatsiz. Normada standart ulanishda uning chuqurligi 5mm dan ortmaydi. Ko'krak ulanishlarda S tishcha chuqurroq va ko'krak ulanishlarda 25 mmgacha bo'lishi mumkin.

***Yurakning meyorda joylashuvida standart va kuchaytirilgan ulanishlarda S amplitudasi kichik AVR dan tashqari.**

***Ko'krak uzatkichlarida V₁ dan V₄ gacha kichrayib boradi va V₅V₆ kichik va bo'lmasligi ham mumkin.**

***R va S tishlar V2-V3 uzatkichlarda teng bo'lishi mumkin va V5-V6 da ham bazanda teng bo'ladi.**

QRS kompleksi P tishchadan keyin kelib, qorinchalarning depolyarizatsiya va qo'zg'alishni aks ettiradi va qorincha kompleksi deyiladi. Kompleks davomiyligi 0,06-0,1 sek o'rtacha voltaj 5 mmdan 20 mmgacha. Agar hech qaysi ulanishlar va voltaj 5 mmdan oshmasa EKG ning past voltajli ekanligini bildiradi.

Kesma S-T miokardning to'liq depolyarizatsiyasi bo'lib, to'g'ri chiziq qayd qilinadi. Uning davomiyligi yurakning qisqarish soniga bog'liq bo'ladi. Meyorda izoliniyadan 0,5-1 mm yuqoriga yoki rastga siljishi mumkin. Ko'p siljishi patologiyadan dalolat beradi.

T-tishcha musbat tishlardan bo'lib, hisoblanadi va miokardning repolyarizatsiyasini oxiri hisoblanadi yani qo'zg'alishdan tinchlik holatiga o'tishni. Doimo musbat qayd qilinib, faqatgina hamisha AVR ulanishda manfiy qayd etiladi. T tishning amplitudasi 2,5-6 mmgacha bo'ladi va davomiyligi 0,12-0,16 s dir. III-AVF va V₁ da ulanishlarda manfiy bo'lishi mumkin.

***T tish I, II, AVF, V₂-V₆ larda musbat, T_I>T_{III}, T_{v6}>T_{v1}.**

***T tish III, AVL va V₁ da musbat, ikki fazali va manfiy bo'lishi mumkin hamda AVR da hamma vaqt manfiydir.**

T tishidan keyin bazan musbat U tishcha keladi. Q-T interval QRS kompleksdan Q tishgacha o'lchanadi. O'lchash qiyin, II standart ulanishlarda nisbatdan oson. QT interval davomiyligi yurak qisqarish soni (YQS) – bilan bog'liq. YQS yuqori bo'lsa QT interval qisqa ritm 60-80 minutiga bo'lganda QT davomiyligi erkaklarda 0,32-0,38 ayollarda 0,35-0,40 sekund ga teng. RR interval bir yurak tsiklini davomiyligini aks ettiradi. Davomiyligi ritm chastotasiga bog'liq. QRS komplekslari yurak qisqarishlari chastotasiga bog'liq. Yurak ritmi qancha ko'p bo'lsa interval shuncha qisqa. Yurak qisqarish sonini 1 minutda aniqlash uchun, EKG qog'oz tasmasini 1 minutdagi yozish tezligi (50 m/s) 60 sek. ko'paytirilib, R-R orasidagi kichik kataklar soniga bo'linadi (misol; R-R=40 va 1 min YQS kelib chiqadi.

$$YQS = \frac{50 \times 60}{40} = \frac{3000}{40} = 75.$$

Yurak elektr o'qidan og'ish sabablari

- yurak elektr o'qi joylashuvi ba'zan yurakga aloqador bo'lmagan sabablarga ham bog'liq bo'ladi;

- diafragmasi yuqori joylashgan kishilarda, gipersteniklarda, yurak elektr o'qi (YuEO') gorizontal holatda ba'zan chap yo'nalishda;
- ozg'in va baland bo'yli kishilarda YuEO' vertikal joylashadi ba'zan o'ng yo'nalishda;
- YuEO' potologik holatlar bilan ham bog'liq. Miokard massasi ortishi natijasida qorinchalar gipertrafiyasi YuEO' gipertrofiyaga uchragan qorincha tomonga siljiydi.

Yo'nalashlar miokard infarkti lokalizatsiyasida muhim:

aVL V4-V6 – chap qorincha yon devori.

aVL, V1-V3 yurakning old devori va yurak chegarasi

V4 yurak cho'qqisi

I, III, aVF, I, aVL, V4-V6 – chap qorinchaning pastki yonbosh devori.

Elektrokardiografiyaning klinik ahamiyati:

Bo'lmachalarning kattalashuvi P tishchada va qorinchalar miokardi gipertrofiyasida R tishcha amplitudasida kattalashadi. Chap qorincha gipertrofiyasi I, II standart ulanishda aks ettiriladi. Qorincha gipertrofiyasi EKG da quyidagi o'zgarishlarga olib keladi.

I. elektr o'qi yo'nalishi o'zgaradi: chap qorincha gipertrofiyasida chapga siljiydi, o'ng qorincha gipertrofiyasida -o'nga siljiydi .

II. qorinchalar qo'zg'alish vaqti ortadi.

III. Miokard qayta tiklanishi buziladi.

IV. Chap qorincha gipertrofiyasida S tishi amplitudasi V5-V6 da kattalashadi. O'ng yo'nalishda R tishi amplitudasi ortadi, chap yo'nalishda o'ng qorincha gipertrofiyasida baland R tish, chapda chuqur S tish paydo bo'ladi.

Revmatizm

O'tkir revmatik isitma yoki revmatizm – biriktiruvchi to'qimaning yallig'lanish bilan kechuvchi sistemali kasalliklardan hisoblanadi. To'qimalarning autoimmun kasalligi bo'lib, bo'g'imlar va asosan yurak shikastlanadi. Uni A guruhidagi β -gemolitik streptokokk chaqiradi va nasliy moyilligi bo'lgan kishilarda yurak qon-tomir tizimi hamda bo'g'imlarning shikastlanishi bilan namoyon bo'ladi. Ko'pincha 7 yoshdan 20 yoshgacha bo'lgan bolalar (ko'proq qizlar) va o'smirlar angina, faringit, skarlatina, gaymarit kabi surunkali infeksiyalardan so'ng 2-4 hafta o'tgandan keyin kasallanadilar. Irsiy moyillik ham ahamiyatga ega. Revmatizm so'zi grekcha so'zdan olingan bo'lib, rew-

oqaman, revmatismus-oqib o'taman degan manoni anglatadi. Kasallangan bemorlarda bosh miya ham zararlanadi. Buyo (1840 y) va Sokolskiy bo'g'imlar va yurak zararlanishi, Botkin ham bu kasallikda ishki azolar zararlanishi to'g'risida aytib o'tgan.

So'ngi yillarda «revmatizm» atamasini «o'tkir revmatik isitma» bilan almashtirilganligi, u o'tkir yallig'lanish jarayon ekanligi va streptokokk infeksiyasi (angina, faringit, qizilcha) yuqtirgandan keyin boshlanishi hamda asoratlari bilan kechishi orqali tushuntiriladi.

Etiologiyasi va patogenyezi.

1. Infeksiyalar tufayli kelib chiqishi (Nesterov A.I.).
2. Viruslar nazariyasi (Lyutembashi).
3. Infektsion allergik nazariya (Kling).

Revmatizmni rivojlanish mexanizmi asosida A guruhidagi β -gemolitik streptokokk yotadi. Streptokokk infeksiyasi yurakka to'g'ridan-to'g'ri toksik ta'sir ko'rsatib mavjud meyoriy autoimmun jarayonni buzadi va patologik mexanizmlarni vujudga keltiradi. Bunda avval biriktiruvchi to'qima hujayralari hamda yurakning xususiy to'qimalariga qarshi antitela ishlab chiqariladi. Bu jarayon aksariyat hollarda bemorning revmatik isitmaga irsiy jihatdan moyilligi bo'lganda kuzatiladi.

Omillar; 1. Jinsi (ayol);

2. Yoshi (7-15).

3. Genetik moyillik (Ota-ona o'tmishida kasallangan bo'lsa 100%);

4. Alimentar (tuxum istemol qiluvchilarda kam uchraydi) va sotsial omillar;

5. Geografik muhit (Puertorikansliklar kasallanmaydi).

Patomorfoloigiysi; 1. Mukoid bo'kish bosqichida biriktiruvchi to'qimaning yuzaki shikastlanishi yuzaga kelib, davolasa jarayon qaytardir. 2. Fibrinoid bo'kish bosqichida biriktiruvchi to'qimalarda chuqur o'zgarishlar yuzaga keladi va bu jarayon qaytmas hisoblanadi. 3. Granulematoz Ashof Talalaev granulyomalari, revmatik tugunchalar hosil bo'ladi, bularning tarkibi limfoid, bazal hujayralar, kardiogistiotsitlardan tashkil topgan. Revmatik granulyomalar ko'pincha miokardda, endokardda, bo'g'imlarda kuzatiladi. 4. Skleroz fazasida fibrinoidli o'zgarishlar o'rniga chandiqlar hosil bo'ladi. Har bir faza 2 oygacha davom etadi.

Klinik manzarasi. Kasallikning quyidagi klinik shakllari farqlanadi:

- Oʻtkir revmatik isitma; - Qaytalama revmatik isitma.

Kasallik quyidagi asosiy va qoʻshimcha klinik belgilar bilan namoyon boʻladi.

- Asosiy: kardit, artrit, xoreya, halqasimon eritema, revmatik tugunchalar;

- Qoʻshimcha: isitmalash, artralgiya, abdominal sindrom, serozitlar.

Oqibati: sogʻayib ketish yoki yurakning surunkali revmatik kasalligi.

Revmatizmning klinik koʻrinishi turli xil boʻlib, u aʼzolarida biriktiruvchi toʻqimada yalligʻlanish bilan kechuvchi oʻzgarishlarning joylashishiga va jarayonning oʻtkirlik darajasiga bogʻliq. Tipik hollarda revmatik isitmaning birlamchi xuruj streptokokk infeksiyasi yuqtirilgandan keyin 2-3 hafta oʻtgach boshlanadi. Toʻsatdan yoki asta-sekin umumiy darmonsizlik, tana haroratining 37° gacha oshishi yoki uning tezda $38-39^{\circ}$ gacha koʻtarilishi kuzatiladi. Revmatizmda haroratning koʻtarilishi odatda qaltirash va terlash bilan birga kechadi. Poliartrit (boʻgʻimlarning yalligʻlanishi) belgilari yuzaga keladi. Bunda boʻgʻimlarda shish, ularning qizarishi, tinch holatda va harakatda ogʻriq paydo boʻladi. Revmatizmda yirik – tizza, boldir, tovon, tirsak va yelka boʻgʻimlari zararlanadi. Revmatik poliartrit uchun boʻgʻimlar zararlanishining simmetrikligi (bir vaqtning oʻzida tizza yoki boldir, tovon boʻgʻimlari), ketma-ketlik va ogʻriqlarning koʻchib yuruvchi (yalligʻlanish tezda bir boʻgʻimdan ikkinchisiga oʻtishi) xarakteri xos. Odatda boʻgʻimlardagi yalligʻlanish jarayonlari bir necha kundan soʻng toʻliq orqaga qaytadi va deformatsiyalar kuzatilmaydi. Aksaryat hollarda revmatizmda harorat 2-5 kun davomida koʻtariladi va artrit belgilari yoʻqolgandan soʻng meyorlashadi. Baʼzan kasallikning ilk davrlarida tana qismlarida turgʻun boʻlmagan pushti rangli – halqasimon eritema shaklidagi toshmalar paydo boʻladi va ular maʼlum vaqtdan soʻng iz qoldirmasdan yoʻqoladi. Revmatizm uchun xos boʻlgan, ammo kam uchraydigan belgilardan biri teri osti revmatik tugunlari hisoblanadi. Uning oʻlchami bugʻdoydan noʻxat kattaligigacha boʻlib, qattiq hamda ogʻriqsiz, odatda zararlangan boʻgʻimlar yuzasida va ensa sohasida joylashadi.

Revmatizmning asosiy klinik namoyon boʻlishi yaʼni yurak shikastlanishi (kardit), kasallikning kechishi va revmatik isitmalashning

oqibatiga bog'liq. Yurak zararlanishining belgilari kasallik xurujidan keyin 1-3 hafta o'tgandan so'ng paydo bo'ladi. Bemorlar yurak urishi va to'xtab qolish sezgisiga, yurak tepishi, yurak sohasida og'irlik yoki og'riq, biroz jismoniy zo'riqishdan keyingi hansirashga shikoyat qiladilar.

Bemorlarni ob'yektiv ko'zdan kechirganda yuz, bo'yin, ko'krak va qorin terisida halqasimon eritemali toshmalarni, tugunchali eritema asosan oyoqlarda va teri osti revmatik tugunlarni ko'rishimiz mumkin. Kapilyarlar o'tkazuvchanligi ortishi munosabati bilan terida kichik qon quyilishlarni ko'rish mumkin. Yurak o'lchamlarining kattalashganligi tufayli yurak cho'qqi turtkisini maydonini kengayganligi yani chapga, yuqoriga siljiganligini ko'rish mumkin. Palpatsiyada sistolik va diastolik mushuk xirillashi simptomini aniqlash mumkin. Perkussiyada yurakning nisbiy to'mtoqlik chegarasini chapga yuqoriga siljiganligini aniqlash mumkin. Auskultatsiyada tonlarning (ayniqsa birinchi) susayganligi, miokard kuchli shikastlanganda galop ritmi (I va II ton susayib III yoki IV ton kuchayishi, asosiy tonlar bilan III ritmli ton yani gallop ritmini hosil qiladi) aniqlanadi. Yurak cho'qqisida chap bo'lmacha – qorincha (mitral) qopqoqchalarning nisbiy yetishmovchiligi yoki papillyar mushaklarning shikastlanishi bilan bog'liq bo'lgan yumshoq sistolik shovqin eshitiladi. Puls kichik, yumshoq, ko'pincha taxikardiya va aritmiya kuzatiladi. Qon bosimi odatda past. Og'ir diffuz miokarditda tezda qon aylanishi yetishmovchiligi belgilari, kasallik oqibati yaxshi bo'lganda esa miokarditik kardioskleroz rivojlanadi. Revmatizmida miokardning zararlanishi odatda endokardit (revmokardit) bilan qo'shib keladi va kasallik boshlanishida miokardit belgilari ustunlik qiladi. Keyinchalik yurak nuqsonlarining shakllanishi endokard zararlanganligidan dalolat beradi. Kasallikning erta bosqichlarida endokardit qo'shilganda, auskultatsiyada jismoniy zo'riqishda jarangdorligi oshib boruvchi, dag'al sistolik shovqin eshitiladi va ba'zan u musiqali tus oladi. Ba'zida diastolik shovqin paydo bo'lib, u qopqoqcha tabaqalariga tromblar o'tirib qolishi bilan bog'liq. Bo'lmachadan qorinchaga qon aylanma harakati ushbu shovqinning kelib chiqishiga sabab bo'ladi. Qopqoqchalardagi tromblarning uzilishi turli a'zolarida tromboemboliya manbai bo'lishi mumkin. Bu buyrak, taloq va qator boshqa a'zolarida infarktlar yuzaga kelishiga olib keladi. Revmatik endokarditda ko'p hollarda mitral va aortal, kamroq uch tabaqali qopqoqchalar zararlanadi.

Revmatizm og‘ir kechib miokard va endokard shikastlanganda perikard zararlanishi ham qo‘shiladi va yallig‘lanish jarayoni yurakning barcha qavatini (pankardit) egallaydi. Perikardit quruq yoki eksudatli bo‘lishi mumkin.

Revmatik xoreya – asab tizimining shikastlanishi bilan namoyon bo‘ladi va ko‘proq bolalarda kuzatiladi. Ularda yuz mushaklari tartibsiz qisqarishi va oyoqlarning g‘ayriixtiyoriy harakatlari, iboralarning tushunarsizligi, dastxatning buzilishi, ovqatlanganda qoshiqlarni ushlab tura olmaslik kabi o‘zgarishlar paydo bo‘ladi. Odatda bemorlar uxlaganda bu belgilar to‘liq yo‘qoladi. Revmatizmida xoreya ko‘p hollarda 2-3 oy davom etadi. Yuqoridagilardan tashqari ushbu xastalikda shilliq qavatlar, teri, o‘pka, buyrak, jigar va qator boshqa a‘zolar ham zararlanadi. EKGda aksariyat hollarda yurak o‘tkazuvchanligini buzilishi – ko‘proq atrioventrikulyar blokadaning I-II darajasi, ekstrastoliyalar va boshqa ritm buzilishlari aniqlanadi. Ayrim hollarda EKG tishchalari voltaji pasayadi. Yurak mushaklari trofikasi buzilishi sababli T tishchaning o‘zgarishi va S-T segmentining o‘rta chiziqdan pasayishi qayd etiladi. Yurakda nuqson rivojlansa mushaklarda gipertrofiya ko‘rishimiz mumkin. Rentgenologik tekshiruv olib borilganda yurakda gipertrofiya yuzaga kelganligi munosabati bilan yurak soyasini kengayganligini ko‘rishimiz mumkin.

Laborator tekshirishlar. Revmatizmni tashxislashda bir qator qo‘shimcha tekshirish usullaridan foydalaniladi. Uning o‘tkir fazasida leykotsitoz bilan bir qatorda uning formulasining chapga siljishi xarakterli. Keyinchalik eozinofiliya, mono- va limfotsitoz hamda EChT oshishi (og‘ir hollarda 50-70 mm/s) kuzatiladi. Disproteinemiya kuzatilib albuminlar miqdorining (50% dan kam) kamayishi va globulinlarning oshishi va uning natijasida albumin-globulin koeffitsentining birdan pasayishi aniqlanadi. Proteinogrammada α_2 -globulin va γ -globulin fraksiyalarining va fibrinogen tarkibini 0,6-1,0% gacha oshishi (meyorda 0,4% gacha) qayd etiladi. Qonda sog‘lom kishilarda aniqlanmaydigan S-reaktiv oqsil paydo bo‘ladi; mukoprotein miqdori oshadi. Antistreptolizin, antigialuronidaza va antistreptokinaza titrlari meyoridan ko‘tariladi.

Kechishi. Revmatik jarayon faolligining davomiyligi 3-6 oy, ba’zan undan ko‘proq kechishi mumkin. Kasallikning kechish xususiyatiga ko‘ra revmatik jarayon faolligi quyidagi 3 darajaga bo‘linadi: maksimal (o‘tkir) yoki uzluksiz qaytalanuvchi; o‘rtacha faol, yoki o‘tkir osti;

minimal faollik bilan, sust kechuvchi yoki latent. Bemorda klinik va laborator tekshirishda yallig‘lanish belgilari aniqlanmasa, revmatizmning faol bo‘lmagan fazasi to‘g‘risida so‘z yuritiladi.

Revmatizm uchun aksariyat hollarda kasallikning qaytalanishlar (qayta xurujlar) bilan kechishi xos bo‘lib, ko‘p hollarda xurujlar infeksiyalar ta‘sirida so‘vqotishda va jismoniy zo‘riqishda, namlikda paydo bo‘ladi. Qaytalanishning klinik namoyon bo‘lishi qayta xurujlarni eslatadi, lekin bemorda yurak zararlanishi belgilari ustunlik qiladi.

Davolash. Etiotrop, patogenetik, simptomatik, umumiy quvvatlovchi davo choralari ko‘riladi. Revmatizmning faol davrida bemorlarni davolash shifoxona sharoitida yotoq tartibiga rioya qilgan holda olib boriladi. Bemorlarga giposensibilizatsiyalovchi, yallig‘lanishga qarshi ta‘sir etuvchi (kortikosteroid garmonlar (prednizolon, gidrokartizon, polkartolon, dexametazon), nosteroid yallig‘lanishga qarshi dori (diklofenak natriy, dikloberl, voltaren, indometatsin, loksidol, klodifen, oksiten) vositalar, aminoxinolin guruhi preparatlari – delagil, plakvenil) tavsiya etiladi. O‘choqli infeksiyalar mavjud bo‘lganda antibiotiklar (penitsillin, eritromitsin va ayniqsa bitsilinoterapiya yaxshi samara beradi) buyuriladi va ular dagi surunkali infeksiya o‘choqlarini sanatsiyasi o‘tkaziladi (tishdagi kariyes, tonzillit, gaymarit), vitaminoterapiya o‘tkaziladi. Kasallik asoratlangan bo‘lsa asoratlari davolanadi.

Profilaktikasi. Revmatizmning profilaktikasi organizmni chiniqtirish, yashash sharoitlarini yaxshilash, ishlab chiqarishda sanitariya-gigiena va mehnat tartibiga rioya qilish hamda streptokokkli infeksiyalarga qarshi kurashishdan iborat. Xurujlarni oldini olish maqsadida bahor va kuzda yoki yil davomida oyida bir marta bitsilin (ekstentsillin) in‘yektsiya qilinadi. Bahor va kuz oylarida nospetsifik yallig‘lanishga qarshi dorilar buyuriladi.

Tashxis mezonlari.

1 Asosiy: Kardit, poliartrit, xoreya, revmatik halqalar, halqasimon eritema, revmatik anemiya va h.k.

2. Yordamchi: a). maxsus-leykotsitoz, EChT oshishi, ASK, ASG, ASL, OS va b.q.

b). Umumiy-artralgiya, isitma, terining rangpar bo‘lishi.

Nazorat savollari va topshiriqlar.

Yurak kasalligiga chalingan bemorlarni sub'ektiv tekshirish usullarini ayting;

Yurak kasalligiga chalingan bemorlardan anamnezis morbi, vitae yig'ish tartibini;

Yurak kasalligiga chalingan bemorlar ko'zdan kechirish tartibi;

Yurak sohasini paypaslash texnikasini ayting;

Pulsni tekshirish va uning xususiyatlarini ayting;

Yurak nisbiy, absolyut to'mtoqlik chegarasini, tomir tutamini aniqlash tartibini;

Revmatizm, etiologiyasi va patogenezini haqida tushuncha bering;

Revmatizm kasalligida kuzatiladigan patologoanatomik o'zgarishlarni ayting;

Revmatizmning klinikasi, tekshirish usullarini ayting;

Mustaqil ish topshiriqlari.

Yurak sohasini paypaslash texnikasini o'rganish;

Yurak sohasini perkussiya qilish texnikasini o'rganish;

Yurak sohasini auskultatsiya qilish texnikasini o'rganish;

Yurak kasalligiga chalingan bemorlar ko'zdan kechirish tartibini o'rganish;

Arterial tomirlarda pulsni tekshirishni o'rganish;

Yurak nisbiy to'mtoqlik chegarasini aniqlashni o'rganish;

Yurak absolyut to'mtoqlik chegarasini aniqlash tartibini o'rganish;

Tomir tutamini aniqlash tartibini o'rganish.

Tug'ma va orttirilgan yurak nuqsonlari diagnostikasi

Mavzuning maqsadi: Orttirilgan yurak nuqsonlari diagnostikasi, gemodinamikaning buzilishi, sub'ektiv va ob'ektiv tekshiruvlari to'g'risida tushuncha berish.

Tayanch atamalar: mitral qopqoq, aortal qopqoq, qopqoqlar stenozi, qopqoqlar yetishmovchiligi, chap bo'lmacha, chap qorincha, gipertrofiya, tonlarning susayishi, kuchayishi, gipertenziya, sistolik va diastolik shovqin, galop ritmi, bedona ritmi.

Tug'ma yurak nuqsonlariga bo'lmachalar aro to'siq defekti, qorinchalar aro to'siq defekti, ochiq arterial (Batalov) protoki, Fallo tetradasi va pentadasi kiradi.

Ochiq arterial (Batalov) protokida o'pka arteriyasi bilan aorta orasida deffekt bo'lib, doima qon katta qon aylanish doirasidan kichik qon aylanish doirasiga tushib tiradi. Bu yurakka zo'riqish berib turadi,

ayniqsa chap qismiga. Bemorlar jismoniy zo'riqishni ko'tara olmaydilar, o'sishdan orqada qoladilar. Palpatsiyada yurak turtki zarbi maydoni kengayib chapga siljiydi. Perkussiyada chap qorincha gipertrofiyasi, kechki bosqichlarida o'pka arteriyasi kengayishi kuzatiladi. Auskultatsiyada sistola va diastola vaqtida shovqin eshitiladi, ayniqsa sistola oxirida yaxshi eshitiladi. Eshitilish joyi II qovurg'a oralig'i to'sh suyagidan chapda. Puls bosimi katta, sistolik bosim baland va diastolik bosim past.

Fallo tetradasi.

Fallo tetradasi tarqalgan yurak tug'ma paroklaridan bo'lib, bolalarda bolalikdan teri qoplamlarini tsianozi bilan kechadi. Fallo tetradasi to'rta komponentdan iborat.

Qorinchalar aro to'siq defekti;

O'pka arteriyasi stenozi;

Aortani dekstra pozitsiyasi;

O'ng qorinchani kompensator gipertrofiyasi;

Bemorlarda doimiy hansirash, doimiy charchash, fizik kuchlanishni ko'tara olmaslik, bosh og'rig'i, ish qobiliyatini susayishi kabi simptomlar bezovta qiladi. Bemorlar ko'zdan kechirilganda teri va shilliq qavatlar, lablari tsianozini, barmoqlari Gippokrat barmoqlari (baraban tayoqchasimon), fizik rivojlanishidan orqada qolganligini, yurak do'ngligini ko'rishimiz mumkin. Perkussiyada o'ng qorincha gipertrofiyasi aniqlalanadi. Auskultatsiyada II-III qovurg'a oralig'ida to'sh suyagidan chapda baland sistolik shovqin eshitiladi. Diagnostikasi EKG, EXOKG dopler bilan, rentgenoskopiya va grafiya yaxshi malumot beradi. Qonning umumiy tahlilida eritrotsitoz, EchT ning ko'tarilishi kuzatiladi. Asorati-o'ng qorincha yetishmovchiligi, tromboflebitlar. Davolash xirurgik usul samarali.

Mitral klapan yetishmovchiligi (insufficiencia valvae atrioventricularis sinistra)

Ortirilgan yurak paroklari 80% hollarda revmatik endokarditga (ya'ni aytishlaricha o'tkir revmatik lixoradkaga) va 20% holatlarda sepsis, ateroskleroz, sifilis va boshqa sabablarga aloqadordir. 50% holatlarda esa mitral klapan zararlanadi.

Etiologiyasi. Tug'ma patologiya: klapan bujmayishi, prolaps va b.q.

Yallig'lanish jarayoni: revmatizm, sistemali qizil volchanka, sistemali sklero-dermiya, aorta arteriit.

Degenerativ jarayonlar: miksomatoz degeneratsiya, Marfana va Elersa-Danlo sindromi.

Infeksiya: infeksiyali endokardit.

Klapan patologiyasi: xordalar tuzilishi, qon-tomir muskullarining uzilishi va disfunktsiyasi, mitral halqa dilyatatsiyasi, klapanlararo regurgitatsiya (protezlash asorati).

Mitral vaskuloplastika asorati.

Aterosklerotik o'zgarishlar.

Mushaklar koordinatsion funksiyasini buzilishi.

Miokardit, kardiomiopatiya, kardioskleroz, miokard infarktidan keyin atrioventrikulyar teshik aylana mushaklari va uning fibrozi;

Ushbu sabablarga ko'ra mitral klapani yetishmochiligi kelib chiqadi. Mitral klapan yetishmovchiligi mutloq va nisbiy yetishmovchilik bo'lishi mumkin. Mutloq yetishmovchiligi organik o'zgarishlar tufayli yuzaga keladi va nisbiy yetishmovchiligi miokardning haddan tashqari gipertrofiyasida yani qorinchalarning kengayishi tufayli yuzaga keladi. Kasallikning davom etishi klapan pay iplarining uzilishi, biriktiruvchi to'qimaning rivojlanishi, klapanlarda sklerotik o'zgarishlar paydo bo'lishi bilan bog'liq. Revmatik endokardit, infeksiyali endokardit, diffuz kasalliklarda biriktiruvchi to'qima rivojlanadi. Bunday holat ma'lumki funktsional yetishmovchilik tug'ma displaziyasi biriktiruvchi to'qimasi klapan prolapsini chaqiradi (uni to'liq yopilmasligi).

Klapanlarda kechadigan yallig'lanish, ularning sklerozi bilan yakunlanadi va bu o'z navbatida klapanlar defopmatsiyasi va kalta bo'lishi bilan namoyon bo'ladi. Klapanlar kalta bo'lganidan keyin, to'liq yopilmaydi, bu yetishmovchilikka olib keladi va gemodinamika buziladi. Mitral klapan yetishmovchiligi organik, nisbiy va funktsional bo'ladi. Organik yetishmovchiligi ko'pchilik holatlarda revmatizmdan keyin kelib chiqadi va klapanda biriktiruvchi to'qima o'sadi, keyinchalik klapan bujmayadi shuning uchun yetishmovchilik kelib chiqadi. Nisbiy mitral klapan yetishmovchiligi chap qorinch gipertrofiyasida vujudga keladi. Bunda klapan o'zgarmagan bo'ladi lekin, mitral teshik kengaygan bo'ladi. Bu holat miokardit, miokard distrofiyasi, kardioskleroz hamda papilyar mushaklar shikastlanishida kuzatiladi. Funktsional yetishmovchilik mushak apparatining funktsiyasi buzilishi hisobiga kelib chiqadi va natijada klapan yopilmay qoladi. Ushbu holat

mitral klapan prolapsida ham yuzaga keladi va gemodinamika buzilib, chap qorinchadan qon chap bo'lmachaga tushadi.

Yurakning tug'ma paroklari homila rivojlanish davrida ona qornida yurak va magistral tomirlarni rivojlanishini buzilishi natijasida vujudga keladi yoki homilaning ona qornidagi qon aylanishini tug'ilgandan keyin ham saqlanishi natijasida vujudga keladi. Oxirgi o'z navbatida oval teshik va arterial teshikning ochiq qolishiga olib keladi. Bir bo'shliqli arterial stvolni, o'pka stvoliga va aortaga noto'g'ri bo'linishi, hamda yurakda bo'shliqlarni yuzaga kelishi natijasida bo'lmachalararo va qorinchalararo to'siq defekti yuzaga keladi (45 surat). Shu jumladan magistral tomirlarni anomal rivojlanishi va ularda stenoz (torayish yuzaga keladi). Ko'pchilik holatlarda tug'ma paroklarda bir vaqtning o'zida katta va kichik qon aylanish doirasi orasi ochiq bo'lib, arterial va venoz qon qo'shiladi shu bilan birga magistral tomirlarda torayish kuzatiladi. Bulardan tashqari tug'ma nuqsonlarda klapanlarning barchasida o'zgarish bo'lib, tug'ma parokka olib kelishi mumkin.

Gemodinamika.

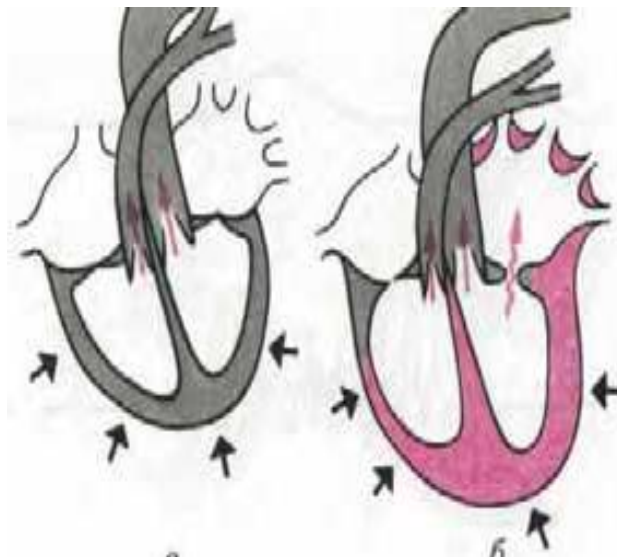
Normada chap bo'lmacha va chap qorincha o'rtasidagi teshikni mitral qopqoqlari bir-biriga tegib yopib turadi. Shuning natijasida chap qorinchadagi qon sistola vaqtida bir tomonga harakatlanadi ya'ni aortaga. Mitral teshik yetishmovchiligining sababi shuki chap bo'lmacha-qorincha o'rtasidagi klapan to'liq yopilmasligi tufayli sistola davridagi qonning bir qismi chap qorinchadan chap bo'lmachaga qaytib chiqadi. Bo'lmachada qon hajmining oshishi natijasida bo'lmacha dilyatatsiyalanadi va gipertrofiyalanadi. Shunga mos holda chap bo'lmachadan qorinchaga tushuvchi qon hajmi ham ortadi. Zo'riqish ortib borishi natijasida chap qorincha dilyatatsiyaga uchraydi va kompensatorli gipertrofiyalanadi. Uzoq davom etuvchi gemodinamika kompensatsiya davri tufayli bemorlarda hech qanday simptom yuzaga chiqmasligi mumkin. Gemodinamikaning bu tipi chap qorinchaning ishi ortishi natijasida kompensatsiyalangan. Parokning ikkinchi davrining rivojlanishi ya'ni dekompensatsiya fazasi-chap qorinchaning oldingi hajmda o'z funksiyasini bajara olmasligi natijasida kelib chiqadi. U yerda oldingiga nisbatan ko'proq hajmda qon yig'iladi (45 surat a va b).

Shikoyatlari: Kompensatsiya davrida bemorlar shikoyat qilmaydilar. Dekompensatsiya fazasida chap qorincha yetishmovchiligi belgilari, kichik qon aylanish doirasida dimlanishi. Yengil fizik harakatlar vaqtida hansirash, yo'tal va hatto balg'am bilan ko'pik aralash qon tuflash, bosh og'rig'i, uyquning buzilishi, holsizlik, tez charchash kabi simptomlar bezovta qilib, bemorlar hayot sifatini pasaytiradi.

Ko'zdan-kechirish; Kompensatsiyalangan parokda normadan tashqari o'zgarishlar yo'q. Dekompensatsiyalangan parokda akrosianoz, yonoq sohalari qizarishi (mitral rumyanes) kuzatiladi. Chap qorinchaning gipertrofiyasi va uni kengayganligi tufayli yurak turtkisi maydonini kengayganligini, yani o'rta o'mrov chizig'idan tashqariga chiqqanligini ko'rishimiz mumkin

Palpatsiya; chapda yurak cho'qqi zarbi chapga va yuqoriga siljigan, rezistentligi kuchayadi, bu chap qorincha gipertrofiyasi sifatida namoyon bo'ladi. Yurak cho'qqi zarbi kengaygan, kuchaygan va reziztent.

Perkussiya; yurak nisbiy to'mtoqlik chegarasining chap qorincha kengayishi hisobiga chap chegarasi chapga siljigan, yuqori chegarasi chap bo'lmacha kengayishi natijasida yuqoriga siljiydi.



a) 45 surat b)

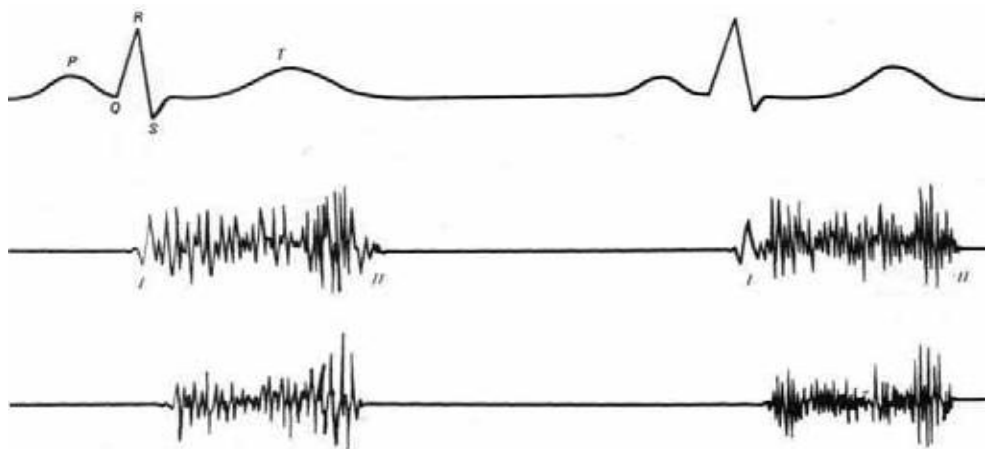
a) Gemodinamika meyorda;

b) Mitral klapan yetishmovcniligi natijasida qonning chap qorinchadan chap bo'lmachaga o'tishi va gipertrofiyalangan chap qorincha.

Yurak belining silliqlashishi natijasida (tekislashishi) yurak mitral konfiguratsiya tus oladi. Dekompensatsiyalangan porokda-nisbiy to'mtoqlikning o'ng chegarasi o'ngga siljiydi (o'ng qorincha gipertrofiyasi). **Auskultatsiya;** Mitral klapan yopilmasligi tufayli I ton cho'qqida susaygan, shu yerda yurak cho'qqisida sistolik shovqin eshitiladi. Kichik qon aylanish doirasida qonning dimlanishi hisobiga hamda yurak dekomensatsiyasi bosqichida o'pka arteriyasida bosim baland bo'lganligi tufayli II ton aktsenti eshitiladi.

Fonokardiografiyada mitral klapan yetishmovchiligida I ton amplitudasi pasayganligi va I tondan keyin butun pazani egallab olgan

sistolik shovqin. Fonokardiografiyada o'pka sitvolida II ton amplitudasi baland bo'ladi.



46 surat

Rengenologik tekshiruvlar; Chap qorincha va chap bo'lmacha kattalashishi hisobiga yurak soyasining chapga, yuqoriga kengayishi kuzatiladi. O'pka gipertenziyasi-o'pka ildizining kengayishi va kuchayishi kuzatiladi. Kichik qon aylanish doirasida qon bosimining oshishi hisobiga o'pka arteriyasi dugasi kengayadi.

EKG (46 surat).Chap bo'lmacha va qorinchada gipertrofiyasi belgilari, keyin esa o'ng qorincha gipertrofiyasi belgilari ham kuzatiladi. I – II standart ulanishda P tishcha amplitudasi kattalashishi kuzatiladi, shu tufayli EKG chap tip tus oladi.

ExoKG (47 surat). Rangli Doppler tekshiruvda regurgitatsiya o'tish oqimi, chuqurligi, kengligi aniqlanadi, bu esa yurak yetishmovchiligi bilan ifodalanadi. Shular bilan birga chap qorinch va bo'lmacha bo'shlig'i (hajmi) kengayadi. Mitral klapan har tomonga harakatlanadi, lekin sistola vaqtida to'liq yopilmaydi.

Bu nuqson kompensatsiya holatida uzoq muddat davom etishi mumkin. Ammo chap qorincha va bo'lmacha mushaklarining toliqishi natijasida, ularning qisqarish faoliyati buziladi va kichik qon aylanish doirasida qonning dimlanishi kuzatiladi. Bu holat o'ng qorincha zo'riqish bilan ishlab, mushaklariga ta'sir qiladi va mushaklar toliqadi, qisqarish faoliyati buzilib uning gipertrofiyasiga olib keladi.

FKG(46 surat)-Mitral qopqoq proetsiyasidan olingan FKGda I ton amplitudasi pasaygan va I ton va II ton orasida sistolik shovqin registratsiya bo'ladi va bu pauzani to'liq qamrab oladi. O'pka sitvoli ustida II ton amplitudasi baland bo'ladi.



47surat

Mitral teshik stenoz

Mitral teshik stenoz (MS)-(stenosis ostii atrioventrikular sinistri) chap bo'lmacha va qorincha o'rtasidagi teshikning torayishidir. Aksariyat holatlarda ateroskleroz, revmatizm, septik endokardit, sifilis tufayli kelib chiqadi. Agar yallig'lanish natijasida klapanlarda shish va o'sish kuzatilsa unda ushbu klapanlar stenoz ya'ni torayishi yuzaga keladi. Bu holatda ham gemodinamika buziladi. Mitral stenoz diastola vaqtida chap bo'lmachadagi qonni chap qorinchaga o'tishining qiyinlashuvi oqibatida yuzaga kelib chiqadi. Normada mitral teshik hajmi 4-6 sm² ni tashkil etadi, 3 sm² gacha torayish klinik o'zgarishlarsiz kechadi, lekin 2,5-2 sm² ga toraygandan so'ng mitral teshik stenoz simptomlari paydo bo'la boshlaydi.

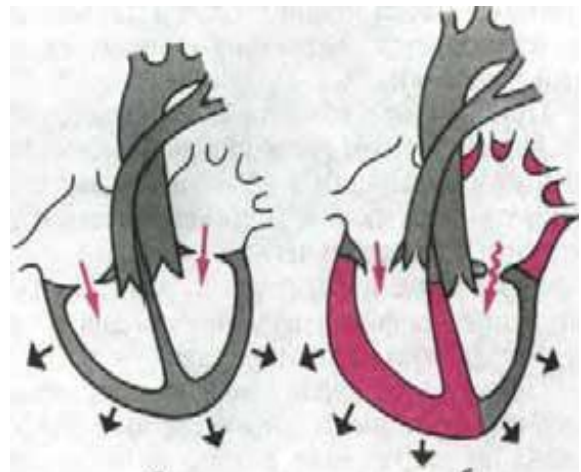
Etiologiyasi: Ushbu nuqson aksariyat holatlarda revmatik endokardit (revmatik lixoradka (50% dan ko'p)), septik endokardit (kam holatlarda), ateroskleroz, mitral qopqoq teshigining kalsifikatsiyasi, mitral qopqoq teshigi prolapsi, tug'ma forma (Lyutembashe sindromi), ushbu patologiyalarda mitral klapan o'sib, qattiqlashib, qalinlashadi natijada mitral teshik tarayadi. Mitral teshik torayishi natijasida organizmda o'ziga xos ozgarishlar yuzaga keladi. Mitral teshikdan qon o'tishi qiyinlashuvi hisobiga bo'lmacha ichi bosimining oshishi, buning natijasida o'pka arteriyasi gipertenziyasi rivojlanishi (normadagi 25/15 mm. sm. Ust ning 40/30 mm. sm. ust. teng), o'ng qorinchani zo'riqib ishlashi yuzaga keladi.

Mitral teshik stenozida gemodinamikadagi o'zgarishlar (48 a va b surat). Parokning sababi chap bo'lmacha va chap qorincha o'rtasidagi teshikning torayishi hisoblanadi. Normada sistola davrida chap bo'lmachadagi 70-80 ml qon chap qorinchaga to'liq tushadi, lekin mitral teshik stenoz natijasida qon to'liq hajmda tusha olmaydi. Qonning bir

qismi chap bo'lmachada qolib ketadi. Bundan tashqari u yerga o'pka venasidan ham 70-80 ml qon keladi. Chap bo'lmacha meyordan ko'p qonga to'lib, bosim ortadi, bo'lmacha kengayadi, natijada u bo'lmacha-qorincha teshigidan qonni o'tkazish uchun zo'riqib ishlaydi, va u kompensatorli dilyatatsiya va keyinchalik gipertrofiyaga uchraydi. Chap bo'lmacha mushaklari holsizlanib, uzoq vaqt kompensatsiya fazasida ishlay olmasligi natijasida dekompensatsiya belgilarining rivojlanishiga olib keladi. Chap bo'lmachada qon bosimining oshishi o'pka venasida qon bosimini yuqori bo'lishiga olib keladi, keyin reflektor o'pka arteriyasida spazm bo'ladi (**Kitaev refleksi**), bu esa o'ng qorinchada zo'riqish paydo bo'lishiga olib keladi, kompensator gipertrofiyaga uchraydi. Agar o'ng qorincha o'z funksiyasini to'liq o'tay olmasa katta qon aylanish doirasi venalarida qon dimlanishiga olib keladi. Uzoq muddat kichik qon aylinish doirasidagi qonning dimlanishi ushbu qon tomirlarini sklerotik o'zgarishlariga olib keladi va bu o'ng qorincha ishlashini qiyinlashtiradi.

a) Yurak ichi gemodinamikasi meyorda;

b) Mitral teshik stenozida yurak ichi gemodinamikasi buzilishi va chap bo'lmacha hamda o'ng qorincha gipertrofiyasi (48 surat).



a) **48 surat** b)

Shikoyatlari: Kichik qon aylanish doirasida dimlanish belgilari jismoniy

harakatlar vaqtida inspirator hansirash, keyinchalik tinch holatda ham bemorlar hansiraydilar, yo'tal, ba'zan ko'piksimon qon aralash balg'am tuflash, yurak tez urishi, yurak sohasi sanchilib og'rishi, nafas yetishmovchiligi va hatto bo'g'ilish simptomlari namoyon bo'ladi. Bosh og'rig'i, bosh aylanishi, holsizlik, ish qobiliyatini pasayishi kabi umumiy simptomlar bemorlarda kuzatiladi.

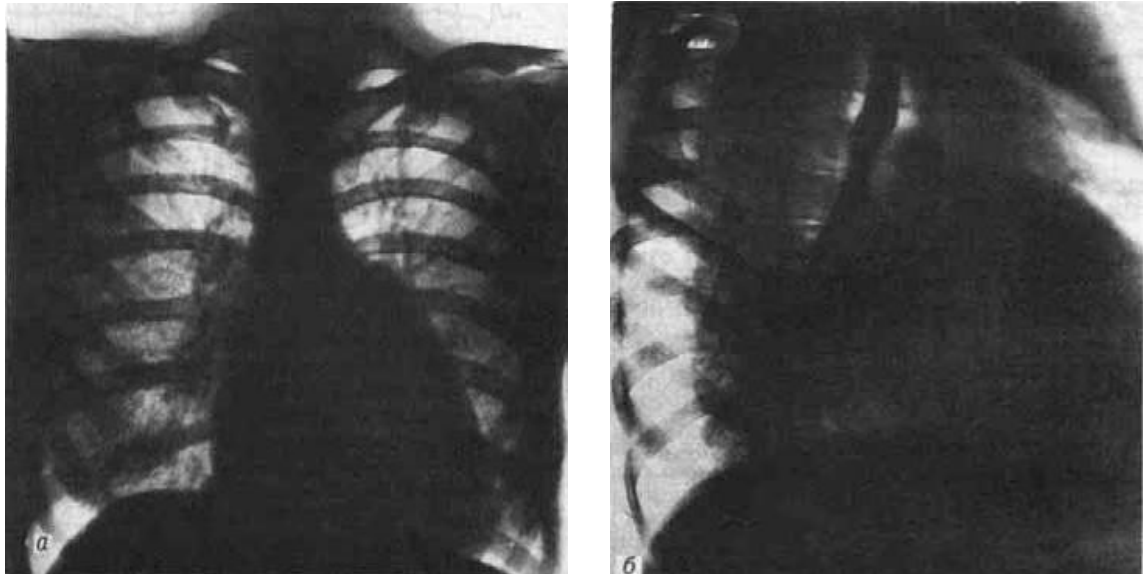
Fizikal tekshirishlar: Ko'zdan kechirish: mitral triadasi ("kapalak" simptomi, mitral nanizm va facies mitralis), epigastral pulsatsiya, yurak bukriligi (gibbus cardiaca), periferik shishlar bo'lib, bo'yin venasi bo'rtib chiqadi.

Palpasiya: yurak turtki zarbi maydonining kengayishi (normada 1,5-2 cm²), diastolik titrash yoki mushuk xirillashi-fremissement catare

(diastolik dirillash-yurak cho'qqisida), **Nesterovning ikki to'qmoqcha simptomlari (mitral teshik stenozida uning proektsiyasida kuchaygan I va o'pka stvoli proektsiyasida kuchaygan II tonlar palpatsiyada seziladi)**, puls chap va o'ng qo'lda bir xil bo'lmaydi (simptom Savelyeva-Papova) o'ngda katta va chapda kichik (pulsus differens), chunki chab bo'lmacha gipertrofiyalanib chap o'mrov osti arteriyasini siqib qo'yadi bu tomir tebranishiga ta'sir qiladi, chap qorinchadan aortaga kam qon o'tishi hisobiga va zarb hajmi kamayishi hisobiga puls kichik (pulsus parvus) bo'ladi, arterial bosim normada, ko'proq puls bosimi pasayadi diastolik bosim oshishi hisobiga. Aksariyat holatlarda mitral stenoz hilpillovchi aritmiya bilan kechganligi munosabati bilan, aritmik puls kuzatilishi mumkin.

Perkussiya: yurak nisbiy bo'g'iqlik chegarasi yuqoriga va o'ngga siljishi (chap bo'lmacha va o'ng qorincha gipertrofiyasi natijasida) kuzatiladi. Yurak mitral konfiguratsiya tus oladi. **Auskultatsiya:** Chap qorinchaga chap bo'lmachadan kam qon tushishi natijasida tez va qisqa muddatga qorincha qisqaradi. Shuning uchun yurak cho'qqisida I ton – kuchaygan va II tondan so'ng mitral klapan ochilish toni eshitiladi. Kuchaygan I va II ton hamda mitral klapan ochilish toni "Bedana" ritmi hosil bo'lishiga olib keladi. Kichik qon aylanish doirasida qon dimlanishi natijasida o'pka sitvolida II ton aktsenti eshitiladi va diastolik shovqin V qovurg'a oralig'ida lin. medioclavicularis sinistradan 1,5-2 sm ichkarida. II ton aktsenti va Grexema Stilla diastolik shovqini a.pulmonalis (chap II qovurg'a sohasi) da eshitiladi. Bu o'pka arteriyasi nisbiy yetishmovchiligi bilan bog'liq.

Rentgenologik tekshiruvda chap bo'lmacha gipertrofiyasi aniq ko'rinib, yurak beli yo'qolgan va mitral konfiguratsiya tus oladi. Bemorlarga bariy sulfat ichirib ko'rilganda kengaygan chap bo'lmacha qizilo'ngachni siljitganligi ko'rinadi (49 surat). Kichik qon aylanish doirasida qon bosimi oshishi hisobiga rentgenda o'pka arteriyasi shishganligini va o'ng qorincha gipertrofiyasini ko'rishimiz mumkin. Uzoq muddat kichik qon aylanish doirasida qon bosimi oshishi hisobiga pnevmoskleroz rivojlanganligini va mitral klapan ohaklanganligini rentgenda ko'rish mumkin.



a) **49 surat** b)

a) Chap bo'lmacha gipertrofiyasi aniq ko'rinib, yurak beli yo'qolgan va yurakning mitral konfiguratsiyasi;

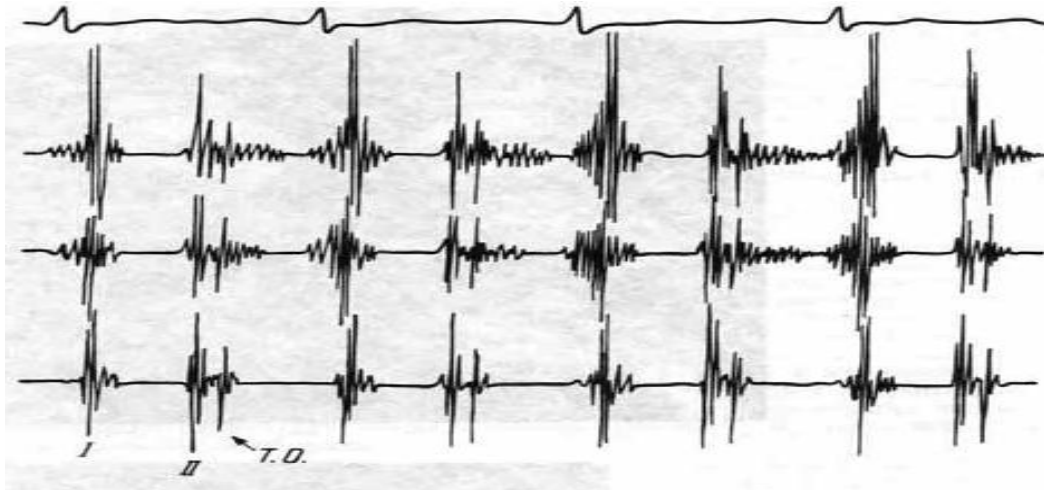
b) Kengaygan chap bo'lmacha qizilo'ngachni siljitganligini ko'rinishi;

FKG-tekshiruvlar mitral klapan proektsiyasida auskultatsiyasi bilan mos, I ton amplitudasi baland (kuchaygan) bo'ladi, II ton o'zgarmagan; II tondan so'ng mitral klapan ochilish toni kuzatiladi (bedona ritmi) va diastolik shovqin qayd etiladi. O'pka arteriyasi ustidan olingan FKG da o'pka kapilyarlarida bosim ortishi munosabati bilan II ton amplitudasi baland bo'ladi (50 surat).

Quyidagi suratda mitral qopqoq stenozida mitral qopqoq proektsiyasidan olingan fonokardiografiyada I ton amplitudasi balandligi, diastolik shovqin va mitral klapan ochilish toni qayd qilingan.

EKG - Chap bo'lmacha va o'ng qorincha gipertrofiya belgisi namoyon bo'ladi. I va II standart tarmoqlarda P tishning kattalashganligi va uzayganligi hamda davomli bo'ladi, ikki cho'qqili bo'lishi kuzatiladi. O'ng qorincha gipertrofiyasi; o'ng sohada R tish kattalashuvi, chapda S tish chuqurlashuvi namoyon bo'ladi. Yurakning elektr o'qi o'ngga siljigan.

ExoKG da chap bo'lmacha va o'ng qorincha kengayganligini hamda mitral klapan fibrozi, kaltsinozini ko'rishimiz mumkin. Klapanlar harakatini o'zgarishini ko'rishimiz mumkin. Normada oldingi klapan sitvori oldingi devorga va



50 surat

orqadagisi-orqaga harakatlanadi, stenoz holatida bir tomonlama harakatlanadi. Klapanlarning yopilish tezligi pasayadi shu bilan birga bo'lmachalar sistolasi vaqtida klapanlar ochilish tezligi ham susayadi. O'ng qorincha mushaklari holsizlanganligi va gipertrofiyasi natijasida uch tabaqali klapan nisbiy yetishmovchiligi yuzaga keladi.

Aortal klapan qopqog'i yetishmovchiligi

Aortal klapan yetishmovchiligi (*insufficiencia valvae aortae*) ushbu parokda aortal yarim oysimon klapanlar to'liq yopilmay qoladi, natijada aortadan qisman qon retrograd harakatlanib, chap qorinchaga tushadi.

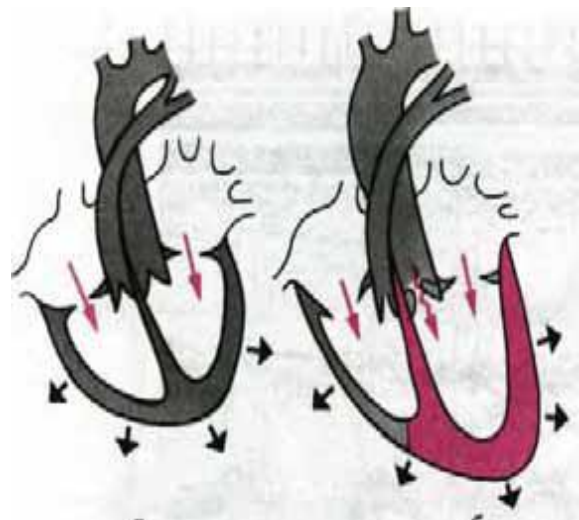
Etiologiyasi. Kasallikning rivojlanishida revmatik endokardit, aorta va aortal qopqoqning sifilitik shikastlanishi, septik endokardit hamda ateroskleroz, tug'ma 2 tavaqali klapan: yaxshi yopilmasligi yoki prolaps muhim o'rin egallaydi. Revmatik va septik endokardit tufayli aorta yetishmovchiligidagi anatomik o'zgarishlar endokarditdagi o'zgarish kabi kechadi; zaxmdan so'ngi yallig'lanishda paydo bo'lgan yetishmovchilikda asosan tomirlar yallig'lanadi va ular kengayadi hamda qopqoq tavaqalari bujmayib qoladi.

Gemodinamika. Aortaning yurakdan chiqish qismi normada qopqoq bilan yopiladi, chunki sistola paytida qonning chap qorinchaga retrograd tushishiga yo'l qo'ymaydi. Parokda aortal qopqoqning to'liq yopilmasligi va buning natijasida diastola vaqtida aortadan qonning malum bir qismi chap qorinchaga qaytib tushadi, qonning hajmi va bosim ortadi. Vaholanki chap qorinchaga normada chap bo'lmachadan ham qon quyiladi. Buning natijasida chap qorincha dilyatatsiyaga uchraydi, mushaklari sistola vaqtida zo'riqib katta kuch bilan ishlaydi chunki aortaga ko'p qonni zarb bilan haydashi kerak bo'ladi, buning natijasida gipertrofiyaga uchraydi. O'z navbatida qonning ko'paygan

sistolik hajmi aortani dilyatatsiyaga uchratadi. Aortal yetishmovchilikda sistola va diastola vaqtida qon bosimi o'zgaradi. Aortaga normaga nisbatan sistola vaqtida ko'p qon haydalishi natijasida sistolik bosim ko'tariladi va diastola vaqtida qonning ma'lum bir qismi chap qorinchaga qaytishi hisobiga diastolik bosim tezda pasayadi.

a) Gemodinamika meyorda;

b) Aortal qopqoq yetishmovchiligida gemodinamika buzilishi natijasida chap qorincha gipertrofiyasi va aortadan qonning chap qorinchaga tushishi to'lqinsimon strelka bilan ko'rsatilgan (51 surat).



a) 51surat b)

Sub'ektiv ma'lumotlar; Bu kasallikda shikoyat bo'lmasligi ham mumkin. Kasallikning avj olib rivojlanishi shikoyatlarni keltirib chiqaradi. Bu hayot uchun muhim

bo'lgan organlarning qon bilan ta'minlanishining susayishi. Diastolik qon bosimining tushishi natijasida yurak sohasida og'riq stenokardiyaga o'xshash bo'ladi. Jismoniy mehnatda kuchayadi. Hansirash, bosh aylanishi kuzatiladi. Bosh aylanishi bosh miyani qon bilan ta'minlanishini buzilishi va diastolik bosimni pasayishi hisobiga bo'ladi. Keyinchalik hansirash tinch holatda ham kuzatiladi. Chap qorincha mushaklari toliqishi natijasida qisqarish faoliyati susayadi va kichik qon aylanish doirasida dimlanish yuzaga keladi. Buning natijasida bemorlarni hansirash, yurak urishi va holsizlik bezovta qiladi.

Fizikal tekshirishlar; Inspektio—bemorlarni ko'zdan kechirganda teri qoplamlari oqimtir rangda bo'ladi, chunki organizm yetarlicha arterial qon bilan ta'minlanmaydi. Aortal klapani yetishmovchiligi bor bemorlarda quyidagi simptomlar mavjud bo'lishi mumkin: bo'yin arteriyasi pulsatsiyasi (plyaska karotid), tomirlar pulsatsiyasi bilan birga boshning chayqalishi, Myusse simptomi), Kvinke simptomi (tirnoqlar qisilganda kapilyarlar pulsatsiyasi, teri tinalgandan keyin qizargan zonani katta va kichik bo'lishi), “karotid raqsi” periferik tomirlar (uyqu, o'mrov osti, elka va chakka arteriyasi) pulsatsiyasi simptomi.

Palpatsiya: Yuqori, tez puls aniqlanadi, buni qo'lni yurak sohasidan yuqoriga ko'targan holda bilak arteriyasidan yaxshi aniqlanadi. Kvinke pulsi: tirnoq sohasidagi ko'rinadigan kapilyarlar

pulsatsiyasi. Yurak turtki zarbi palpatsiyada yaqqol aniqlasa bo'ladi, gumbazsimon, kuchaygan o'rta o'mrov chizig'ida yoki undan ham chapga siljigan. Bularning hammasi chap qorincha gipertrofiyasi tu fayli yuzaga keladi. **Perkussiya:** Yurak nisbiy to'mtoqlik chegaralari ko'proq chapga siljigan, hattoki o'rta qo'ltiq osti (linea aksilaris media) chiziqqacha boradi. Yurak beli kattalashganligi munosabati bilan aortal konfiguratsiya tus oladi

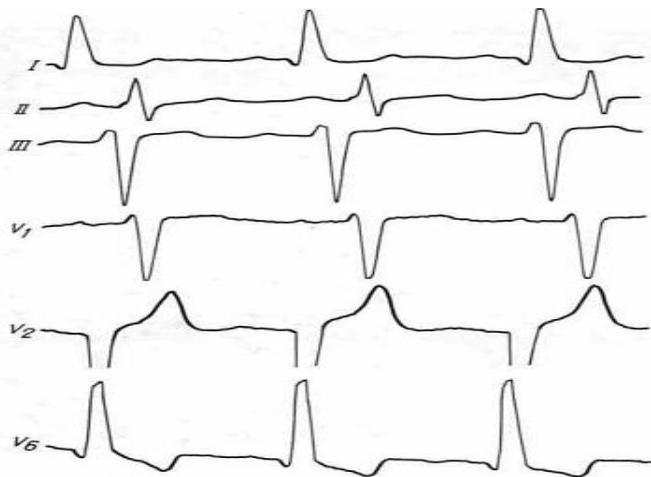
Auskultatsiya- Shuning uchun yurak tonlari o'zgaradi, I ton cho'qqida susaygan bo'ladi. Aortal klapan to'liq yopilmasligi munosabati bilan II ton aortal qopqoq proektsiyasida susaygan. Diastolik so'nib boruvchi shovqin to'sh suyagini o'ng qirrasidan II qovurg'a oralig'ida va chapdan III qovurg'aning to'sh suyagiga kelib birikkan joyida (Botkin –Erb nuqtasida) yaxshi eshitiladi. Oldinga egilgan holda nafasni chiqargan paytda yaxshi eshitiladi. Cho'qqida mezodiastolik kichik chastotali shovqin (Flint shovqini) – aortal regurgitatsiya hisobidan. Cho'qqida qisqa sistolik shovqin (mitral klapaning nisbiy yetishmovchiligi hisobidan). III auskultativ nuqtada diastolik shovqin (Grexim-Still shovqini-o'pka arteriyasi klapanlari nisbiy yetishmovchiligi hisobidan.) Traubening ikkilangan toni-son arteriyasida eshitiladi. Botkin toni- yelka arteriyasida (qo'lni yuqoriga ko'targanda eshitiladi Kurlov toni deyiladi), son arteriyasidagi Dyuroz-Vinogradov ikkilangan shovqini eshitiladi.

Qon bosimi-sistolik qon bosimi ko'tarilgan, diastolik qon bosim tushgan, puls qon bosimi ko'tarilgan, puls baland, yuqori, tez.

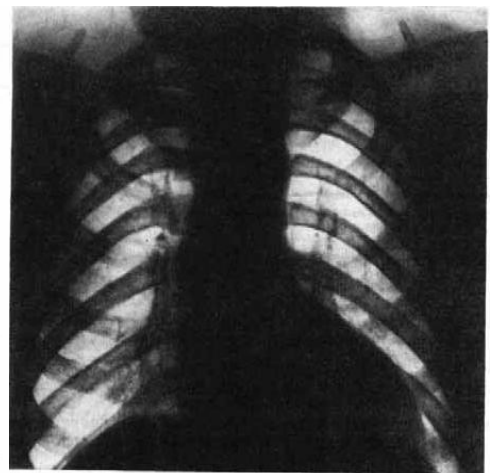
Rentgenologik – chap qorincha gipertrofiyasi, yurak beli kattalashganligi, aortani kengayganligi va uni pulsatsiyasini tezlashganini ko'ramiz.

Rentgenografiyada aortal qopqoq yetishmovchiligida chap qorincha gipertrofiyasi va aortal konfiguratsiya tasvirlangan (53 surat).

FKG mitral qopqoq proektsiyasiga I ton va aortal qopqoq proektsiyasiga II ton amplitudasi pasayganligi va II tondan so'ng diastolik shovqin qayd qilinadi (52 suratga qarang).



52 surat



53 surat

ExoKG yozilganda aorta o'zagi kengayishi, aortal klapan kaltsinozi, fibrozli o'zgarishlar kuzatiladi. Bu o'zgarishlardan tashqari aortal klapandan qonni chap qorinchaga qaytishini va chap qorinchani gipertrofiyalanganligini hamda mitral klapan nisbiy yetishmovchiligini ko'rishimiz mumkin. Dekompensatsiya davrida kichik qon aylanish doirasida dimlanish yuzaga kelib, yurak astmasiga xos o'zgarishlarni ko'ramiz.

EKG-aortal qopqoq yetishmovchiligida chap qorincha gipertrafiyasi, elektr o'qini chapga siljishi, chap ko'krak nuqtasida S tishlarni chuqurlashganligi, ungda R tish amplitudasi balandligi qayd etiladi(54 surat EKG suratiga qarang).

Aortal teshik stenoz

Aortal teshik (meyorda 3 sm²) **stenoz** (**stezis ostii aortae**) - bu turdagi nuqsonda qorinchalar sistolasi vaqtida aortaga qonni o'tishi qiyinlashuvi kuzatilib, chap qorinchada qisman qon qoladi va meyorda chap bo'lmacha sistolasi vaqtida ham qon tushib, qon hajmi ortadi. **Etiologik omillari**-aksariyat holatlarda revmatik endokardit, septik endokardit, ateroskleroz sabab bo'lib, bunga tug'ma omillar ham ahamiyatga ega va 50% dan ortiq hollarda valvuloplastikani talab qiladi.

-RI –deyarli hamma vaqt MK jarohati bilan kechadi. Alohida uchraydigan AS odatan norevmatik sababdan darak beradi.

-AK izoliyatsiyalashgan klassifikatsiyasi-nisbatan ko'p uchraydi sabab; 65 yoshgacha 40%, 65-80 yoshda 90% hollarda AK protezlashga sabab bo'ladi.



54 surat Aorta qopqog'i yetishmovchiligidagi EKG tasviri.

- Aterosklerotik AS og'ir giperlipoproteidemiya, fibroz tugunchali - RA da, AS klassifikatsiyasi - Pedjet kasalligida va SBE (XPN) terminal bosqichida (ayrim paytda) uchraydi.

- Infektsion endokardit (ayniqsa sababi Candida spp., Haemophilus parainfluenzae bo'lsa) va ayrim hollarda AS ning o'tkir varianti sifatida namoyon bo'ladi.

Gemodinamikasi: - aortal klapan me'yorida 3 sm^2 bo'lib, 50% gacha torayganga hayotga unchalik xavf solmaydi, lekin $1-0,5 \text{ sm}^2$ gacha toraysa nuqsonning simptomlar namoyon bo'la boshlaydi. Gemodinamik o'zgarishlar aorta og'zining qanchalik torayishi bilan bog'liqdir. Teshik maydonining 50% dan ortiq kamayishining o'zi gemodinamika buzilishiga-chap qorinchadan katta qon aylanish doirasiga ya'ni aortaga qon o'tishi kamayishiga olib keladi va qonning ma'lum bir qismi chap qorinchaga qoladi hamda ushbu qorinchaga chap bo'lmachadan ham kerakli miqdorda qon tushadi, o'z navbatida qorinchaga qon bosimi oshishiga olib keladi. Bunday o'zgarish chap qorincha mushaklarini zo'riqib ishlashiga olib keladi. Bu o'zgarishlarni kompensatsiyalash maqsadida qorincha gipertrofiyalanadi. Chap qorincha kuchli rivojlanganligi sabab u uzoq vaqt o'zgarishlarni kompensatsiyalashi mumkin, ammo uzoq vaqt zo'riqishi natijasida chap bo'lmacha zo'riqishi yuzaga keladi. Keyinchalik o'pka gipertenziyasi va zo'riqish ortishi natijasida o'ng qorincha zo'riqishi yuzaga keladi. Dekompensatsiya oxirida o'ng qorincha yetishmovchiligi, katta qon aylanish doirasida dimlanish yuzaga keladi (55 a va b suratga qarang).

a) Gemodinamika me'yorda
 b) Gemodinamika aortal teshik stenozida va chap qorincha gipertrofiyasi (55 surat).

Sub'ektiv ma'lumotlar: Aortaga qonni kam miqdorda kelishi, miokard toj tomirlarning kam to'lishiga sabab bo'ladi. Bu yurak sohasiga siquvchi, bosuvchi xarakterdagi og'riqlar paydo bo'lishiga olib keladi (aortalgiya).



a) 55 surat b)

Stenokardiyaga xos og'riqlarni eslatadi.

Miyani qon bilan yomon ta'minlanishi natijasida bosh aylanishi, bosh og'rig'i va hushdan ketish holatlari ham kuzatiladi. Bu simptomlar jismoniy va ruhiy zo'riqish vaqtida kuchayishi kuzatiladi. **Fizikal tekshirishlar:** Umumiy ko'zdan kechirganda - teri qoplami oqarganligi hamda yurak sohasida yurak turtki zarbi ko'zga tashlanadi va maydoni keng, baland hamda rezistentdir. **Palpatsiya:** Yurak cho'qqi zarbi chapga siljigan, maydoni kengaygan, tarqoq, amplituda va rezistentligi baland (bu chap qorincha gipertrofiyasini ko'rsatadi). Yurakning sistolik titrashi kuzatiladi (Mushuk xirillash simptomi o'ngdan II qovurg'a oralig'ida). Stenozda puls biroz sekinlashgan, past, kichik, sust bo'ladi. Sistolik qon bosimi biroz tushgan, diastolik qon bosimi me'yorda yoki biroz ko'tarilgan bo'ladi. Qisqa puls (maliy) (pulsus parvus), sekin (pulsus tardus), kam (pulsus rarus) deyiladi. **Perkussiya:** yurak nisbiy bo'g'iqlik chegarasining chapga siljishi va aortal konfiguratsiya tus oladi, bu chap qorincha gipertrofiyasi bilan bog'liq bo'ladi. **Auskultatsiya:** Aortani eshitish nuqtasida ya'ni o'ngdan II qovurg'a oralig'ida II ton va yurak uchida I tonning susayishi eshitiladi. Shular bilan birga sistolik shovqin ham II qovurg'a oralig'ida o'ng tomonda eshitiladi (mezosistolik shovqin). U II tondan oldin yo'qoladi, to'shning o'ng qirrasida yaxshi eshitiladi va uyqu, o'mrov osti arteriyalariga uzatiladi.

Aorta og'zi stenozida shovqin kuchayib boradi, xarakteriga ko'ra bu shovqin davomli, dag'al hatto orqada kuraklar o'rtasi sohasigacha uzatiladi.

FKG: belgilar II qovurg'a oralig'i o'ngda ya'ni aorta ustida II ton va yurak cho'qqisidagi I ton susayganligini bildiradi. Aorta ustida romb shaklidagi sistolik shovqin aniqlanadi (56 surat). Bu shovqin I tondan keyin yuzaga keladi. Kuchayib boruvchi va so'nib boruvchi shovqin eshitiladi.

EKG: chap qorincha gipertrofiyasi, elektr o'qi chapga siljigan, chap ko'krak uzatkichlarida S tish kattalashgan o'ngda R tish kattalashgan. Ba'zida ST segment depressiyasi kuzatiladi va manfiy T tish kuzatiladi.

ExoKG: bunda chap qorincha devorlari qalinlashganligi, gipertrofiyaga uchraganligi, aortal klapan to'liq ochilmasligi va unda nuqsonlar kuzatiladi. Klapanlar ochilishi to'liq bo'lmaydi.



56 surat. Aortal teshik stenozida FKGsida II ton amplitudasi pasayganligi va I tondan so'ng rombsimon shovqin.

Rentgenologik tekshirishlar: qorincha gipertrofiyasini tasdiqlaydi. Yurak soyasi chapga hamda pastga siljiydi va aorta kengayganligini ko'rish mumkin. Ba'zida klapanlarda kalsiy tuzlari yig'ilishi kuzatiladi.

Davolash asosan operativ davolash yaxshi samara beradi, dekompensatsiya bosqichida konservativ davo choralari olib boriladi.

Uch tavaqali qopqoq yetishmovchiligi

Uch tavaqali qopqoq yetishmovchiligi (trikuspidal yetishmovchilik) o'ng bo'lmacha va o'ng qorincha orasidagi to'siqning nuqsonidir va bu qorinchalar sistolasi vaqtida qopqoqchalar tavaqalarining to'liq yopilmasligi oqibatida qonni o'ng qorinchadan o'ng bo'lmachaga o'tishi bilan namoyon bo'ladi.

Etiologiyasi va patogenezi; kasallikning kelib chiqishiga asosiy o'rin revmatik endokardit, septik endokardit, biriktiruvchi to'qimaning diffuz kasalliklari, mitral qopqoq stenozisi kabi sabablar rol o'ynaydi. Trikuspidal yetishmovchilik mutloq va nisbiy yetishmovchiligi tafovut qilinadi. Absolyut yetishmovchilik uchun uch tavaqali qopqoqchalarning

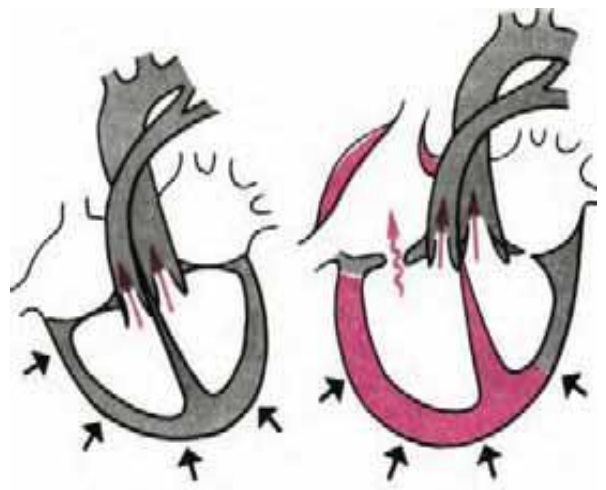
morfologik o'zgarishlari, bujmayishi, deformatsiya va ohaklanishi xos va ko'p hollarda revmatizm va infeksiyon endokardit oqibatida rivojlanadi. Trikuspidal yetishmovchilikning nisbiy yetishmovchiligida o'ng qorincha hajmi kattalashishi munosabati bilan qopqoq apparati sistola vaqtida to'liq yopilmay qoladi. Yurak nuqsonining ushbu shakli klinik amaliyotda ko'p uchraydi: kichik qon aylanish doirasidagi gipertenziya, o'ng qorincha dilatatsiyasi va qopqoqchalar fibroz halqasining keskin kengayishi bilan kechuvchi kasalliklar ya'ni yurak mitral nuqsonlari (mitral stenoz), surunkali o'pka-yurak, o'pka gipertenziyasi belgilari bilan kechuvchi va turli sabablarga ko'ra rivojlangan surunkali yurak yetishmovchiligi, o'pkaning birlamchi gipertenziyasi, yurakning ba'zi tug'ma nuqsonlari.

Gemodinamik o'zgarishlar. O'ng qorincha sistola davrida qorincha va bo'lmacha orasidagi to'siq to'la yopilmay qoladi va ma'lum bir qism qon bo'lmachaga qaytadi va u yerdagi bosimni ortishiga olib keladi. Bo'lmachaning zo'riqib ishlashi uni dilyatatsiya va keyinchalik gipertrofiyasiga olib keladi. Diastola vaqtida qorinchaga me'yorga nisbatan ko'p qon tushadi va bu qorinchani zo'riqish bilan ishlashiga olib keladi. Bu o'z navbatida qorinchalarni dastlab dilyatatsiyasi va keyinchalik gipertrofiyasiga olib keladi (57 suratga qarang).

a) Gemodinamika me'yorida;

b) Gemodinamika trikuspidal yetishmovchiligida, to'lqinsimon strelka bilan qonni o'ng bo'lmachaga qaytishi hamda o'ng qorincha gipertrofiyasi tasvirlangan (57 surat).

Klinik manzarasi. O'pka gipertenziyasi mavjud bemorlarda uch tavaqali qopqoqchalar yetishmovchiligi qo'shilishi katta qon aylanish doirasida qon dimlanishi belgilari ro'yobga chiqadi. Qisqa vaqt ichida periferiyada shishlar paydo bo'ladi. Ba'zan o'ng qovurg'a ostida og'irlik hissi, ko'ngil aynishi, anoreksiya paydo bo'ladi. Qorin aylanasi o'lchamini kattalashishi, taranglik va dam bo'lishi astsit rivojlanayotganligidan dalolat beradi. Yengil jismoniy ishlar ham bemorlarni tez charchash va umumiy



a) 57 surat b)

holsizlikka olib keladi. Jismoniy faollikning bunday pasayishi yurak zarbining keskin kamayishi bilan bog'liq.

Ob'yektiv ko'rik. Odatda bemorlarning ahvoli qopqoq yetishmovchiligi darajasiga bog'liq. Katta qon aylanish doirasida dimlanish va jigar faoliyati buzilishi hisobiga ba'zida sarg'ish tusli akrotsianoz kuzatiladi. O'ng qorincha sohasida pulsatsiya kuzatiladi. Buni yurak turtkisidan farqi shuki sistolasi vaqtida tortilib, diastola vaqtida ko'krak qafasi bo'rtib chiqadi. Sistola vaqtida yurak hajmi kichrayib, qon jigarga haydaladi, diastola vaqtida kengayadi, lekin jigardan qon yurakka o'tadi va yurak kengayadi. Shuni hisobiga ko'krak qafasi bo'rtib chiqadi. O'ng qorincha va total yurak yetishmovchiligi mavjud bemorlarning yuzi kerikkan (salqigan), terisi sarg'ish-rangpar, lab, burun uchi, quloqlarda tsianoz, og'zi yarim ochiq holatda, ko'zlari xiralashgan. Bemorlarning bo'yin venalari bo'rtib chiqqan. Yaqqol uch tavaqali qopqoq yetishmovchiligida qorinchalar sistolasiga mos ravishda bo'yin venalari pulsatsiyasini ("musbat vena pulsi") kuzatish mumkin. Bemor ahvoli og'irlashib borgan sari ko'rik vaqtida ularda shish sindromi aniqlanadi. Asosan shishlar oyoq panjasi, boldir sohasida joylashadi ba'zan yuqoriga dumg'oz (quymich) va belgacha tarqaladi. Ayrim bemorlarda shish anasarka ko'rinishida bo'lishi mumkin. Qorin bo'shlig'ida erkin suyuqlik – astsit, o'pkalarda – gidrotoraks aniqlanadi. Jigar paypaslanganda kattalashgan, qattiqlashgan, bir oz og'riqli, qirrasi qalinlashgan va pulsatsiyasini sezish mumkin. Katta qon aylanish doirasida uzoq muddat qon dimlanishi natijasida, jigarning kardial fibrozi rivojlanganda u qattiqlashadi va qirrasi o'tkirlashadi. Musbat abdominal-yugulyar yoki gepato-yugulyar reflyuks markaziy venoz bosim yuqoriligidan dalolat beradi. Ayrim hollarda "jigar pulsatsiyasi" ni (Fridreks belgisi) aniqlash mumkin. Yurakdan pastki kavak vena bo'ylab tarqalayotgan qayta puls to'lqini jigarning bir maromda qon bilan to'lishini oshishiga olib keladi.

Yurak sohasini ko'zdan kechirganda va paypaslaganda o'ng qorinchaning yaqqol gipertrofiyasi va dilatatsiyasi sababli yuzaga kelgan tarqoq perikardial pulsatsiya to'sh suyagidan chapda joylashib (kuchaygan va tarqoq yurak turtkisi), epigastral sohaga tarqaladi. **Palpatsiyada** jigar pulsatsiyasini hamda jigarni kattalashganligini aniqlash mumkin.

Perkussiyada yurak nisbiy to'mtoqlik chegarasini o'ngga siljishi, yurakning o'ng qismi gipertrofiyasi natijasida kuzatiladi. Shu bilan bir

qatorida, yurakni mutloq toʻmtollik chegarasi keskin kengayadi va u oʻng qorincha va boʻlmacha dilyatatsiyasi va gipertrofiyasini aks ettiruvchi belgi hisoblanadi.

Auskultatsiyada xanjarsimon oʻsimta asosida I ton sustlashadi. Uch tavaqali qopqoqchalarning organik yetishmovchiligida oʻng qorincha qisqaruvchanligi susayishi va kichik qon aylanish doirasiga kelayotgan qon hajmi kamayishi hisobiga oʻpka arteriyasida II ton susayadi. Lekin, oʻpkada arterial gipertenziya bilan kechuvchi kasalliklar (mitral stenoz, oʻpka yurak) asosida shakllangan nisbiy trikuspidal yetishmovchilikda toʻsh suyagidan chapda, II qovurgʻalararo sohada uzoq vaqt II ton aktsenti saqlanadi. Uch tavaqali qopqoqchalar yetishmovchiligi aksariyat hollarda oʻng qorinchani patologik III toni bilan kechadi va ushbu vaziyatda auskultatsiyada protodiastolik ot dupuri tovushi eshitiladi. Sistolik shovqin xanjarsimon oʻsiq ustida eshitiladi. Chunki yopilmay qolgan trikuspidal teshikdan oʻng qorincha sistolasi vaqtida qon oʻng boʻlmachaga oʻtadi. U odatda, butun sistolani yoki uning katta qismini egallaydi va doimo I ton bilan bir vaqtda boshlanadi. Shovqin sistola soʻngida susayadi, lekin baʼzi hollarda butun sistola davomida oʻzgarishligi yoki kuchayib borishi mumkin.

EKGda yakka holda kuzatiluvchi trikuspidal qopqoq yetishmovchiligida oʻng boʻlmacha va oʻng qorincha gipertrofiyasi belgilari aniqlanadi.

ExoKGda nuqsonning belgilari – oʻng qorincha va oʻng boʻlmacha gipertrofiyasi va dilyatatsiyasi hamda ushbu sohalarni zoʻriqishini aniqlash mumkin. Xanjarsimon oʻsimta asosidan olingan fonokardiografiyada I ton amplitudasi past va shu yerda sistolik shovqin qayd qilinadi. Oʻpka arteriyasi ustidan olingan fonokardiografiyada II tonning amplitudasi past boʻladi. Rentgenografiyada va skopiyasida oʻng qorincha gipertrofiyasini koʻrish mumkin.

Uch tavaqali klapan yetishmovchiligi katta qon aylanish doirasida qonning dimlanishiga olib keladi va bu ichki azolar funksiyasini buzilishi bilan kechadi. Ichki azolarda biriktiruvchi toʻqima oʻsadi va fibrozli oʻzgarishlar vujudga keladi.

Yurak nuqsonlarini davolash. Kompensatsiya bosqichida jarrohlik amaliyoti oʻtkaziladi. Dekompensatsiya bosqichida konservativ davolar olib boriladi. Ushbu holatda asosiy kasallik bilan bir qatorda surunkali yurak yetishmovchiligini davolashda qoʻllaniladigan samarasi isbotlangan dori vositalar tavsiya etiladi.

Nazorat savollari

Test savollarini echish;

Mitral klapan yetishmovchiligi va stenozi etiologiyasi haqidagi tushuncha.

Mitral klapan yetishmovchiligi va stenozida gemodinamika buzilishini aytib bering.

Mitral klapan yetishmovchiligi va stenozi bor bemorlarni so'rab surishtirish, palpator, perkutor, auskultativ o'zgarishlarni ayting.

Mitral klapan yetishmovchiligi va stenozida instrumental tekshirish usullari va qangay o'zgarishlar bo'ladi.

Aortal klapan yetishmovchiligi va stenozi etiologik omillarni ayting.

Aortal klapan yetishmovchiligi va stenozida gemodinamika buzilishini ayting.

Aortal klapan yetishmovchiligi va stenozi klinikasini ayting.

Aortal klapan yetishmovchiligi va stenozi bor bemorlarni so'rab surishtirish, palpator, perkutor, auskultativ o'zgarishlarni ayting.

Trikuspidal klapan yetishmovchiligi va stenozi etiologiyasini aytib bering.

Trikuspidal klapan yetishmovchiligi va stenozida gemodinamika buzilishini aytib bering.

Trikuspidal klapan yetishmovchiligi va stenozi klinikasi, palpator, perkutor, auskultativ o'zgarishlarni ayting.

Trikuspidal klapan yetishmovchiligi va stenozida instrumental tekshirish tartibi va undagi o'zgarishlarni ayting.

Mustaqil ish topshiriqlari.

Mitral klapan yetishmovchiligi va stenozi bor bemorlarni so'rab surishtirish tartibini o'rganish.

Mitral klapan yetishmovchiligi va stenozida palpator, perkutor, auskultativ tekshiruv usullarini o'rganish.

Bemorlarni mitral klapan yetishmovchiligi va stenozida instrumental tekshirish usullariga tayorlash va o'tkazish texnikasini o'rganish.

Aortal klapan yetishmovchiligi va stenozida sub'ektiv hamda ob'ektiv malumotlar.

Aortal klapan yetishmovchiligi va stenozida palpator, perkutor, auskultativ tekshirish usullarini o'rganish.

Trikuspidal klapan yetishmovchiligi va stenozi bor bemorlarni so'rab surishtirish tartibini o'rganish.

Trikuspidal klapan yetishmovchiligi va stenozida palpator, perkutor, auskultativ tekshiruv usullarini o'rganish.

Bemorlarni trikuspidal klapan yetishmovchiligi va stenozida instrumental tekshirish usullariga tayorlash va o'tkazish texnikasini o'rganish.

Yurak ishemik kasalligi. Stenokardiya

Mavzuning maqsadi: Yurak ishemik kasalligi (YuIK). Stenokardiya haqida tushuncha. YuIK. Stenokardiyaning etiologiyasi, klinikasi, diagnostikasi, klassifikatsiyasi, EKGsi to'g'risida tushuncha berish.

Tayanch atamalar; Stenokardiya. Anginoz og'riq, koronaroskleroz, tromboz, emboliya, koronarospazm, koronariit, nokoronarogen sabablar, aortal nuqsonlar, anemiya, tsitoxrom guruhidagi fermentlarning dismetabolizmi, abdominal, anginoz, asmatik, og'riqsiz variantlari, yurak astmasi, kardiogen shok, o'pka shishi, interstitsial va alveolyar shish, yurak yetishmovchiligi.

Yurak ishemik kasalligi

Yurak ishemik kasalligi (YuIK) mustaqil kasallik sifatida Butun Jahon Sog'liqni Saqlash tashkiloti tomonidan 1965 yil kasallik ortishi munosabati bilan alohida kasallik sifatida ajratildi. YuIK miokardda qon aylanishini buzilishi yani koronar tomirlarda qon kelishi va miokardni qonga bo'lgan talabi o'rtasidagi muvozanat buzilishi hisobiga kelib chiqadi. Bu muvozanatni buzilishi koronar tomirlarga bog'liq va bog'liq bo'lmagan sabablarga ko'ra yuzaga keladi. O'zbekiston aholisining 11 % YUIK ning har xil shakldan aziyat chekadi va ushbu kasallikda o'lim ko'rsatkichi 54 % ni va invalidlik 25 % ni tashkil qiladi.

YuIK koronar tomirlarning sklerotik o'zgarishlari va yallig'lanishi (koronariit), koronar tomirlarning torayishi (spazmi) tufayli miokardning qon bilan taminlanishini buzilishi hisobiga mushaklarda kislorod yetishmovchiligi sababli kelib chiqadi. Bunda miokardning kislorod bilan ta'minlanishi kamayadi. "Ishemiya" grekcha so'zdan olingan bo'lib, "qonning kelmay (kam kelishi) qolishi" degan ma'noni anglatadi. Quyidagi turlari uchraydi:

1- Eukinetik tip – bunda qon bilan ta'minlanish past, lekin ehtiyoj meyor holatda.

2- Gipokintik tip – bunda qon bilan ta'minlanish juda susaygan, lekin ehtiyoj oldingi holda yoki biroz susaygan.

3- Giperkinetik tip – bunda qon bilan ta'minlanish normada lekin ehtiyoj yuqori.

YuIK ning klinik formalari:

1. To'satdan koronar o'lim
2. Stenokardiya va uning formalari;
Turg'un zo'riqish stenokardiyasi
Funksional sinf (FS) FS I, FS II, FS III, FS IV
Nostabil stenokardiya
Ilk bor yuzaga kelgan stenokardiya
Tinch stenokardiya (**Printsmetal stenokardiyasi**)
Avj olib boruvchi stenokardiya
3. Miokard infarkti;
 - a) Miokard infarkti Q tishchali
 - b) Miokard infarkti Q tishchasiz
4. Infarkdan keyingi kardioskleroz
5. Yurak ritmining buzilishi;
6. Yurak yetishmovchiligi;

YuIK juda ko'p uchraydigan patologiyadir. YuIK 50% holatlarda koronar arteriyaning torayishidan kelib chiqadi. Stenokardiyada xurujlar 70-80% holatlarda tomir torayishidan kelib chiqadi.

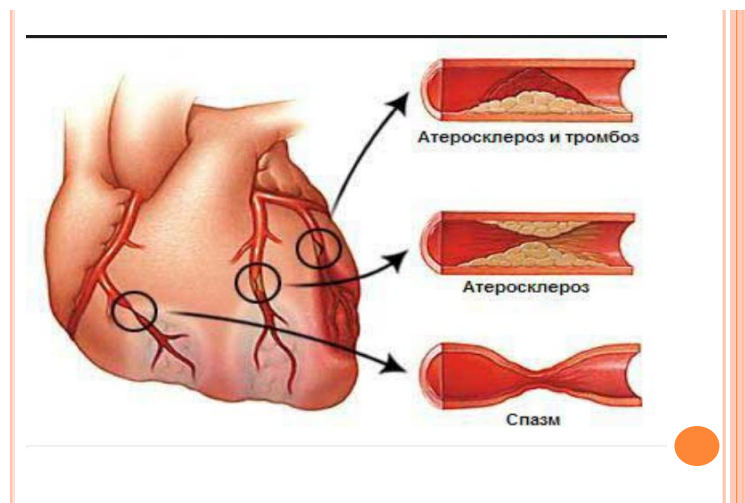
YuIK sabablari:

I- Koronar tomirlarga bog'liq sabablar;

- 1- Koronar tomirlarni aterosklerotik zararlanishi (90%) (58 surat)
- 2- Tromboz
- 3- Emboliya
- 4- Koronarospazm (58 surat)
- 5- Koronariit

II- Koronar tomirlarga bog'liq bo'lmagan sabablar;

- 1- Aortal qopqoq paroklari
- 2- Og'ir turdagi anemiyalar
- 3- Revmatizm
- 4- Biriktiruvchi to'qimani sistemali kasalliklari
- 5- Qandli diabet
- 6- Arterial gipertoniya
- 7- Kardiomiopatiyalar
- 8- Tsitoxrom guruhidagi fermentlarning dismetabolizmi



58 surat

YuIK ga olib keluvchi risk omillari, bu unga olib keluvchi kasalliklar va boshqa sabablardir. Ular 2 guruhga bo'linadi.

O'zgaruvchan omillarga (ekzogen, endogen) Chekish, metabolik sindrom, alkagol ko'p istemol qilish, gipodinamiya, noratsional ovqatlanish, semirish; qandli diabet, arterial gipertenziya, giperxolesterinemiya, gipertriglitsridemiya, past zichlikdagi lipoproteidlar miqdorini qonda ko'payishi, yuqori zichlikdagi lipoproteidlar miqdorini qonda pasayishi, psixo-nevrotik zo'riqishlar, garmonal kontratseptsiyalarni qabul qilish, bemorlar turmush va yashash tarsi kiradi.

O'zgarmas omillarga Yosh (50-60 yosh), Jins (erkaklarda ko'proq uchraydi), Irsiy omillar kiradi.

Stenokardiya (S) YuIKning bir shakli bo'lib, og'riqli (anginoz) xurujlar kuzatilishi bilan xarakterlanadi. Stenokardiyaning 1-marta 1768-yilda Uilyam Xeberdon tomonidan tasvirlangan. Stenokardiya turlari:

1. Variantli stenokardiya(stabil)

2. Nostabil

Kanadada tasdiqlangan klassifikatsiya;

I- Funktsional sinf-og'ir jismoniy zo'riqishda va 1000-1500 m yurganda stenokardiya xurujlari paydo bo'ladi (ko'proq zo'riqishda).

II- Funktsional sinf –fizik zo'riqishlar cheklangan va 500-1000m yurganda yoki zinadan 1 etajdan yuqori ko'tarilganda (3 etajga chiqilganda), xuruj chaqiradi.

III- Funktsional sinf- oddiy zo'riqishlar yoki 100-200-500m yurganda, tekis yo'lda yurilganda, zinadan chiqilganda xuruj boshlanadi.

IV- Funktsional sinf- oddiy fizik zo'riqishlar yoki tinch holatda ham xuruj bo'ladi.

Stabil stenokardiyada fizik zo'riqishlar fonida anginoz og'riqlar kuzatiladi. Anginoz og'riqlarning 50% ining asosida koronar arteriyaning torayishi kuzatiladi.

Nostabil stenokardiya fizik zo'riqishlar fonida va tinch holatda ham anginoz og'riqlar bilan xarakterlanadi.

Klinik formalari:

1. Dastlabki qo'zgaluvchi stenokardiya
2. Progressiv stenokardiya (xurujlar davomiy va tez-tez)-xurujlar soni, uni intensivligi, davomiyligi oshadi.
3. Tinch holatda qo'zgaluvchi stenokardiya-Prinsmetal stenokardiyasi tinch holatda asosan kechqurun xuruj yuzaga keladi. Bemorlarda to'sh ortida og'riq paydo bo'lib, uyg'onadi va o'lim vahimasi bosadi.

Nostabil stenokardiya asosida aterosklerotik pilakchalar kapsulasining yorilishi va ularning qon tomir bo'shlig'iga tromb hosil qilish yotadi, infarkt oldi holati deb qarash mumkin.

Variantli (vazospastik) stenokardiya- davomli xurujlar bilan xarakterlanadi. Xurujlar (anginoz og'riqlar) kun davomida 4-5 marta 10-15 min davom etadi. Stenokardiyada xurujlar quyidagilarga bog'liq;

- Anginoz og'riq xurujlari ko'pincha tunda bo'ladi.
- Kun davomida 4-5 marta va undan ko'proq kuzatiladi
- Keyingi xurujlar oldingisiga qaraganda kuchliroq bo'ladi.
- Og'riqlar o'rtasidagi interval vaqti qisqarib boradi
- Og'riqlar davomiyligi vaqti oshib boradi

Klinika; Bemorlarni yurak atrofida 1-2 min, bazida 5-15 min gacha davom etuvchi anginoz og'riqning paydo bo'lishi, og'riqning chap qo'l, yelka, bo'yin, kurak sohalariga berilishi, og'riqning fizik zo'riqish bilan bog'liqligi, biroz dam olsa yoki koronar tomirlarni kengaytiruvchi dorilar tasirida sekinlashishi, og'riqlar bosuvchi, siqiluvchi, achishish, og'irlik, bazida kesuvchi yoki o'tkir og'riqlarni his etadi, hansirash, yurak urishi kabi simptomlar bezovta qiladi. Og'riqli sezgilar noodatiy ko'rinishda va bazida o'lim qo'rquvi kuzatiladi. Og'riqlar irradiatsiyasi chap yelka, chap qo'l, bo'yin va boshning chap tomoniga, kuraklar orasiga va bazan qorinning yuqori qismida kuzatiladi. Kam hollarda o'lim bilan yakunlanadi.

Anginoz og'riqlarga olib keluvchi va ularni kuchaytiruvchi omillar:

- Jismoniy zo'riqishlar
- Sovuq ob-havo va sovuq qotish

- Noto'g'ri ko'p ovqatlanish
- Chekish
- Gorizantal holat

Bemorlarni ko'zdan kechirganda teri qoplamlari oqimtir, xuruj vaqtida lablarida tsianoz, yuzida ter tomchilarini, bemorlar yuzida hayajon hissiyotini ko'rish mumkin. Palpatsiyada xuruj vaqtida puls tezlashadi, ritmik, ekstrasistoliya va arterial bosimning ko'tarilishi bilan qo'shilib kelishi mumkin. Auskultatsiyada miokarda qisqaruvchanlik susayganligi tufayli yurak tonlarining biroz susayganligini eshitish mumkin. Perkussiya va auskultatsiyada yurakda o'zgarishlar kuzatilmasligi ham mumkin.

Klinik tekshirish metodlari

- Shikoyatlari (asosiy va qo'shimcha);
- Anamnezis morbi
- Anamnezis vitae
- Fizikal tekshirishlar (ko'zdan kechirish, palpatsiya, perkussiya, auskultatsiya)

Laborator tekshirish metodlari

- Qon va siydikning umumiy tahlili
- Qondagi xolesterin va triglitseridlar miqdori
- Qonda yuqori va past zichlikdagi lipoproteidlar miqdorini
- Kreatinfosfokinaza
- Laktatdehidrogenaza
- Aminotransferazalar (AlAT, AsAT)

Instrumental tekshirish metodlari

- Tinch holatdagi va fizik zo'riqishda EKG
- Fonokardiografik tekshiruv
- Ko'krak qafasi organlari rentgenografiyasi
- EXOKG va stress-EXOKG
- Miokard stsintiografiyasi
- Koronar Tredmil probasi-yugurish yo'lagi, bunda qiyalik burchagi o'zgarib turadi;
- Xalter bo'yicha EKG ni sutkalik monitorlash, angiografiya

EKG diagnostikasi: Bazida bemorlarda EKGda o'zgarish topilmaydi, va faqat jismoniy zo'riqishdan keyin (nagruzka-veloergometr) o'zgarish kuzatiladi, shuning uchun ham to'g'ri tashxislash maqsadida EKG ko'pincha fizik zo'riqishdan keyin olinadi. Buning uchun veloergometrda foydalaniladi va bemor ahvoriga qarab

zo'riqish beriladi. Xuruj vaqtida EKG da koronar qon aylanish buzilishi belgilari kuzatiladi S-T segment izolinidan ko'tarilishi yoki pasayishi, T tishning o'tkir uchli bo'lishi va ikkilanishi yoki manfiy T tish kuzatiladi. Xurujdan keyingi EKG tasviri dastlabki holatiga qaytadi. Diagnostika maqsadida koronarografiya ham qilinadi, bunda koronar tomirlarni torayishi yoki aklyuziyasini aniqlash mumkin.

Davolash nomedikamentoz va medikamentoz usullardan foydalanish mumkin.

1. Nomedikamentoz usullardan davolash maqsadida birinchi navbatda parhez tavsiya etiladi. Xolesteringa boy maxsilotlarni, Na, Ca mikroelementini cheklab, K mikroelementiga boy maxsulotlar beriladi, atsetilsalitsilat kislota saqlovchi oziq ovqatlar buyuriladi.

2. Kasallikni keltirib chiqaruvchi risk omillarga tasir qilib bartaraf etish.

3. Qon bosimini, qondagi qand miqdorini meyorga keltirib, sistemali kasalliklarni va boshqa tasir qiluvchilarni davolash.

4. Bemorlarga kasallikni keltirib chiqaruvchi omillar to'g'risida malumot berish.

Dori vositalaridan koronar tomirlarni kengaytiruvchi nitroglitserin til ostiga va uzoq tasir qiluvchi nitrat preparatlari nitrong, nitrosorbit, sustak, erinit, kardiket, izoket va b.q. beriladi. Antiagregantlar Aspirin, trombopol, kurantil, klopidogrel.

Antiperlipidemik vositalar simvastatin.

APF ingibitorlari enalapril, xartil, lizinopril.

Betta adrenoblokatorlar atenolol, metoprolol.

Kaltsiy antagonistlari nifedipin, karinfar, verapamil, izoptin, amlodipin, norvasc.

Tsitoprotektorlar-trimetazid, preduktal va b.q.

Miokarda metabolik jarayonni yaxshilash maqsadida ripronat mildronat, riboksin, atf va b.q.

β -adrenoblokatorlar-anaprilin, trazikor, kordan, kordaron va tinchlantiruvchi dori vositalari tazepam, diazepam mebikor, sibazon va b.q. beriladi.

Miokard infarkti (infarctus miocardi)

Miokard infarkti (MI)– kardiomiotsitlarning nekrozga uchrashidir. Bunga asasiy sabab koronar tomirlarning trombozi, spazmi, aterosklerotik o'zgarishlari tufayli yurak mushagining kislorod bilan

taminlanishi buzilishidir. Miokard infarkti 50 yoshgacha bo'lgan erkaklarda ayollarga nisbatan 5 marta ko'proq uchraydi. Statistika malumotlari bo'yicha sobiq Sovet tizimi respublikalarida mehnatga yaroqli fuqarolardan 100 000 tadan 17 tasiga MI to'g'ri keladi.

Etiologiyasi;

1. Koronar tomirlar trombozi
2. Koronar tomirlarning ateroskleroz pilakchalari bilan yopilishi (58 surat)

3. Koronar arteriya devorining qalinlashi, ularni spazmi

4. Koronar tomirlar emboliyasi

5. Koronoraspazm (58 surat)

6. Koronar arteriyaning nuqsoni

7. Vaskulitlar

Risk (xavfli) omillarga quyidagilar kiradi

1. Irsiyat

2. Giperoxolesterinemiya

3. Zararli omillar (tamaki, narkotik modda (kokainizm))

4. Qandli diabet

5. Arterial gipertenziya

6. Keksa yosh

7. Semizlik

8. Psixoemotsional zo'riqishlar

9. Jins (Erkak)

10. Og'ir va uzoq davom etuvchi stenokardiya

11. Oldin o'tkazilgan infarkt

Miokard infarktining klassifikatsiyasi:

1. Q tishchali (Transmural (miokard nekrozi))

2. Q tishchaziz (Notransmural (subendotelial))

Hozirda transmural va notransmural degan tasnif deyarli ishlatilmaydi.

Kasallik kechishi: dastlab kasallikning o'tkir davri, otkir osti davri, tiklanish davri, chandiqlanish davrini o'z ichiga oladi va 6 oylar davom etadi. O'tkir davri 10 kun davom etadi. O'tkir kechishdan keyingi davr 4-6 hafta davom etadi. Infarktdan keyingi davr 2-6 oy davom etadi. Bu davrda yurak muskuli yangi holatga moslashadi.

Klinikasi: Kasallik belgilari kutilmaganda ro'y beradi. To'sh orqasida kuchli kuydiruvchi og'riq paydo bo'ladi. Bu og'riq chap qo'lga, chap yelkaga, chap kurakka hamda pastki jag'ning chap

tomonida bo'ladi. Stenokardiyadan farqli og'ir infarktda koronar arteriyalarning kengayishida qo'llaniladigan preparatlar og'riqni qoldirmaydi. Ko'pincha bemorni o'lim vohimasi bosadi, holsizlik, teri rangining oqarishi, lablarida tsianoz, sovuq ter chiqishi. Bazan miokard infarktida asteno-nevrotik simptomlar kuzatiladi holsizlik, bosh aylanishi, bosh og'rig'i, hushdan ketish, qo'zg'aluvchanlik va dispeptik simptomlar ko'ngil aynishi, qusish, meteorizm, kabziyat va h.k.

Miokard infarktining atipik shakllari:

Miokard infarktining 30 % i atipik formada kechadi. Bularga:

1) **Abdominal**; 2) **Astmatik**; 3) **Anginoz**; 4) **Aritmik shakli**; 5) **Serebral**; 6) **Simptomsiz** klinik shakllari kiradi;

Abdominal variant-og'riq bir vaqtda epigastral va to'sh sohasi orqasida bo'ladi, dispeptik shikoyatlar: tez-tez qayd qilish, ko'ngil aynishi, kekirish, qorin sohasida o'g'riq, oshqozon va ichak falaji. Ob'yektiv tekshirishda Traube bo'shlig'ning kengayishi, oshqozonda kuchli timpanik tovush, palpatsiyada qorinda og'riq va yallig'lanish belgilarining bo'lishi. Meda ichaklar peristaltikasi yo'qolishi, chayqalish simptomi musbat bo'lishi, diafragmaning yuqori turishi kabi o'zgarishlar bo'ladi. Bemorlarda ichaklardan qon ketish, mezenteral tomirlar trombozi va hatto peritonit ham rivojlanishi mumkin.

Astmatik variant – chap qorincha mushaklarida nekroz o'choqlari paydo bo'lib, yurak yetishmovchiligi bilan kechadi. Bemorlarni inspirator hansirash, bo'g'ilish simptomi, qon aralash ko'piksion balg'am bilan yo'tal, nafas yetishmovchiligi, ko'krak sohasida og'riq kabi simptomlar bezovta qiladi. Bemorlarni ko'zdan kechirganda teri va shilliq qavatlarda tsianoz, bemorlarni terisi sovuq ter bosgan, nafas olishi yuzaki, tez-tez, qisqa. Palpatsiyada ovoz drillashi o'pka ustida kuchaygan, perkussiyada bo'g'iqroq tovush, auskultatsiyada mayda pufakchali nam xryllashlar asosan o'pkani pastki qismida eshitiladi. Qon bosimi past, pulsi ipsimon tezlashgan. Bemorlar balg'ami tekshirilganda yurak parok hujayralarini ko'rish mumkin. Qon aylanishi buzilishi va o'lim ko'rsatkichlari yuqori bo'ladi.

Aritmik variant – miokardda metabolik jayonlarni, qon aylanishini, elektrolit balansini buzilishi bu variantni keltirib chiqaradi. Klinik belgilari yurak ritmining o'tkir buzilishi, fibrillyatsiya, politop qorinchalar ekstrastoliyasi, paroksizmal tebranuvchi taxiaritmiya, hilpillovchi aritmiya kuzatiladi. Yurak ritmining o'tkir buzilishi kasallikning 1-kuni va 1-soatlarida boshlanadi. Klinik ko'rinishi ko'krak

qafasining qisilishi va kuchli yurak urishi, muddatdan oldin urishi bilan kechadi. Palpatsiyada yurak turtki zarbi noteks, sust, pulsi aritmik, auskultatsiyada galop ritmini eshitishimiz mumkin. O'tkazuvchanlik buzilishi munosabati bilan EKG da to'liq ko'ndalang qamal Morgani - Edema - Stoks sindromi ko'rinadi; bir vaqtning o'zida ritmning 2-4 marta buzilishi kuzatiladi.

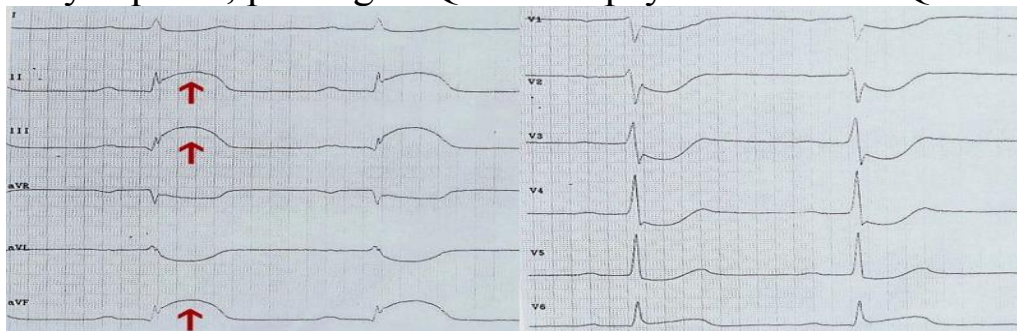
Serebral variant – kardiogen shok va miyada qon aylanishining buzilishi, yurak sistolik va minutlik hajmining kamayishi bilan bog'liq. Bunda nevrologik simptomlar kuzatiladi; holsizlik, bosh aylanishi, bosh og'rig'i, hushdan ketish, qo'zg'aluvchanlik, miyada qon aylanishi buzilishi simptomlari kuzatiladi bu simptomlar infarkt davolangandan keyin albatta o'tib ketadi.

Simptomsiz variant – kilinik belgilarining bo'lmasligi va o'tkir xurujlar bilan kechadi. Bu shakli yoshi o'tgan insonlarda ko'proq kuzatiladi va ko'p holatlarda yotoq rejimi bo'lmaganligi munosabati bilan bemorlar o'limiga sabab bo'ladi. Kasallik to'satdan EKG da chandiqlik topilib tashxislanadi.

Fizikal tekshiruvlar; bemorlar ko'zdan kechirilganda terisi rangi oqargan, sovuq va yopishqoq ter bilan qoplangan, lablarida tsianoz ko'rish mumkin. Arterial gipertenziya gipotenziya bilan almashinadi, taxikardiya bo'lishi mumkin, tana haroratining ko'tarilishi kuzatiladi.

Auskultatsiya: Yurak tonlari bo'g'iq, aritmik, qo'shimcha III ton (Galop ritmi), mezosistolik shovqin eshitiladi, yurak ritmining buzilishi, infarktning aritmik variantida kuzatiladi.

EKG da miokard infarktining har qaysi davrida turli xil o'zgarishlar bo'ladi. O'tkir davrda ST segmenti izochiziqdan ko'tariladi va T tishcha bilan qo'shiladi (mushuk beli simptomi, 59 surat), keyin R tishcha yo'qoladi, patologik Q tishcha paydo bo'ladi va QS kompleksi



59 surat

hosil bo'ladi. Shu o'zgarishlar bilan birgalikda manfiy T tishcha hasil bo'ladi. Infarktning o'tkir osti bosqichida bu holat maksimal cho'qqiga

yetadi, keyin (infarktdan so'ngi davr) tiklanish davri boshlanadi, lekin bazanda manfiy T tishcha va patologik Q hayot davomida qolishi ham mumkin (60 surat a,b, c, d). Bular Q tishchali (transmural) miokard infarktining ko'rinishlari, Xolterov monitori (EKGning sutkalik uzluksiz qayd etilishi).



60 surat

a) O'tkir; b) O'tkir osti; c) Tiklanish; d) Chandiqlanish davri;

Miokard infarktida og'riqli xurujdan 6-12 soat o'tgandan keyin miokard stsintigrafiyasida texnetsiy radio izotopini (Tc 99) qo'llash mumkin.

Instrumental tekshiruv; YuIK qarang.

Laborator tekshiruvlar:

I. Qonning umumiy tahlili:

1. Leykotsitoz (10,2-12x10);
2. Eozinofillarning kamayishi
3. EChT ko'tarilishi (30-40mm/s)
4. C-reaktivli oqsilga musbat reaksiya
5. Fibrinogenning oshishi

Qonning bioximik tahlili:

1. KFK faolligining ortishi
2. Qon va siydikda miogloblin ortishi
3. Troponin I va Troponin T qonda paydo bo'lishi
4. Qonda glyukoza miqdorining oshishi
5. AST va ALT ning oshishi

Miokard infarktining asoratlari: Miokardning faoliyati buzilishi natijasida quyidagi asoratlarni yuzaga keladi:

- 1- Yurak anevrizmasi (o'tkir va surunkali);
- 2- Yurak yorilishi (tamponadasi) (4-11 kun);
- 3- Infarktdan keyin Dressler sindromi (plevrit, pnevmoniya, perikardit, peritonit);
- 4- MNS, katta va kichik qon aylanish doirasi tromboemboliyasi
- 5- Oshqozon va ichakdan qon ketishi;
- 6- Kardiogen shok;
- 7- O'pka shishi; yurak astmasi

8. Qon aylanishi o'tkir yetishmovchiligi, yurak ritmi va o'tkazuvchanligini buzilishi

Dressler sindromi-perikarditni plevrit va kam holatlarda pnevmoniya bilan birgalikda kelganda yuzaga keladi hamda eozinofiliya bilan kechish xarakterli. Bu miokard infarkti rivojlanishidan 3-4 hafta o'tgandan keyin rivojlanadi. Bunga sabab miokard mushaklarida destruktiv o'zgarishga uchragan oqsillarga organizmning sensibilizatsiyasidir.

Miokard infarktining asosiy davolash usullari:

1- Kasallikning o'tkir davrida yotoq rejim buyuriladi.

2- Og'riq sindromini qoldirish (morfin, promedol), nafas analeptiklari bilan birga kardiamin, karazol, 0,5% nalorfin eritmasi va b.q., antigistamin preparatlari suprastin, tavegil, loratal, fenkarol, dimedrol buyuriladi, fentanil, droperidol kabi neyroleptanalgetiklar qo'llaniladi. Papaverin, no-spa mushak orasiga kollateral qon aylanishini yaxshilash maqsadida buyuriladi.

3- Antitromboembolitik terapiya (fibrinolitiklarning 2-4 soatda qo'llanilishi) geparin 20000-25000 TB vena ichiga, keyinchalik 5000-10000 TB tavsiya etiladi. Fibrinolizin 20000 TB vena ichiga fiziologik eritmaga yuborish mumkin.

4- Panangin eritmasi vena ichiga 10,0; 10-20,0 25% li magniy sulfat eritmasi, 10 TB insulin 250,0-5% glukoza eritmasiga quyiladi. Bu eritmaga yurak glikozidlaridan strofantin, qon bosimini ko'tarish magsadida pressor aminlardan noradrenalin, gipertenzin qilinadi.

5- Yurakda metabolik jarayonlarni yaxshilash maqsadida mildranat, rripranat, riboksin kabi preparatlarni qo'llash mumkin.

6- Koronar qon aylanishni yaxshilash maqsadida nitrat preparatlari-nitrosorbit, erinit, izoket, kardiket, nitroglitserin kabi dori vositalaridan foydalaniladi.

7- Aritmiya rivojlangan bo'lsa kaltsiy antagonistlari (verapamil, izoptin, finoptin) kabi dori vositalari qilinadi.

Hozirgi davrlarda endovaskulyar metodlardan keng qo'llaniladi, bular;

Koronar tomir ichi trombolizi;

Koronar arteriyada teri orqali translyuminal ballon dilyatatsiyasi;

Terapevtik metodlar effekt bermaganda xirurgik metodlardan foydalaniladi-aorta-koronar shuntlash, koronar arteriyaning intrakoronar balon dilyatatsiyasi usullari.

Kardiogen shok- buning asosida chap qorinchada qisqaruvchanligining buzilishi natijasida yurakning minutlik hajmi kamayishi yotadi. Qon bosimi tezda 80 mm sim. ust.dan past tushib ketadi. Bu politop yurak ritmining buzilishi, extrasistoliya, paroksi zmal taxikardiyaga olib keladi. Bemorlarda qon bosimi pasayib ketib, aorta yoyi va uyqu arteriyalari retseptorlari qo'zg'alishi hisobiga qonda katexolaminlar, asosan noradrenalin ko'p miqdorda tushadi va teri hamda ichki azolar tomirlarida periferik qarshilik kuchayadi. Ichki azolarda mikrotsirkulyatsiya buzilishi metabolik atsidozga olib keladi. Kardiogen shokning diagnostik kriteriyalari; Periferik belgilar-teri rangining oqarishi, sovuq ter bosishi, ko'karish, venalarning bo'shalishi; travmatik shokdan farqi MNS tormozlanishi kam holatlarda kuzatiladi, tsianoz rivojlangan. Qon bosimining tezda 80 mm sim ustunidan past tushib ketishi va puls bosimini tushishi. Og'riq sindromi (status anginosus) ko'p holatlarda kuzatilib, shokdan oldin ham bezovta qiladi, kuzatilmaslgi ham mumkin. O'tkir yurak yetishmovchiligi (chap qorincha yetishmovchiligi) belgilari inspirator hansirash, bo'g'ilish simptomi, yo'tal ko'piksimon qon aralash balg'am bilan, nafas yetishmovchiligi, ko'krak sohasida og'riq kabi simptomlar bezovta qiladi. Buyrak yetishmovchiligi-qonda qoldiq azotning ko'payishi, oligouriya, anuriya kuzatiladi. Shu bilan birga suv elektrolit almashinuvi, oqsil almashinuvi buziladi va qonda azot miqdori oshib o'limga olib keladi. Bemorlar qayta yirik o'choqli miokard infarkti o'tkazganlaridan so'ng miokardda to'liq atrioventrikulyar qamal yuzaga kelib, yurakning minutlik hajmi kamayishi hisobiga aritmik shok yuzaga chiqadi. Buning asosida qamal tufayli taxisistoliya yoki bradisistoliya yotadi.

Kardiogen shokning uch darajasi farqlanadi; I darajasi kasallikning birinchi 5 soatini o'z ichiga olib, qon bosimi 80/50-60/40 mm.sim.ust.teng va puls bosimi 40-25 mm.sim.ust.teng. Kam holatlarda o'tkir yurak yetishmovchiligi kuzatiladi. Yurak ritmi buzilishi, o'tkazuvchanlikni buzilishi va tez –tez qayd qilish, ko'ngil aynishi, kekirish, qorin sohasida o'g'riq, oshqozon va ichak falaji kuzatilib, obyektiv tekshirishda Traube bo'shlig'ining kengayishi, oshqozonda kuchli timpanik tovush, palpatsiyada qorinda og'riq va yallig'lanish belgilarining bo'lishi kuzatiladi. Meda ichaklar peristaltikasi buzilishi mumkin. Otkir yurak yetishmovchiligi natijasida o'pka shishi simptomlari kuzatilishi mumkin. **II darajada** biroz og'irroq kechib 5-10

soat davom etadi, qon bosimi 80/50-40/20 mm.sim.ust. teng hamda puls bosimi 30-15 mm.sim.ust. atrofi turadi. O'tkir yurak yetishmovchiligi simptomlari kuchliroq namoyon bo'ladi. Bemorlarni tinch holatda ham hansirash bezovta qilib, terilarida ko'karish, auskultatsiyada kichik kalibrli nam xryllashlar eshitiladi. Birinchi sutka davomida bir necha marta qon bosimi tushib turadi va shokning simptomlarini yuzaga chiqarib turadi. Davolash natijasi yaxshi samara berishi mumkin, ammo, o'lim ham kuzatilishi mumkin. **III daraja** og'ir kechib uzoq davom etadi. Shok simptomlarining kuchayishi bilan bir qatorga qon va puls bosimi tushib ketadi. Bemorlarning 70% da o'pka shishi kuzatiladi. Dofamin yuborib turgan bir vaqtda qon bosimi tushib ketadi. Bu holat 1-3 sutkagacha davom etadi. III darajali kardiogen shok 90% hollarda o'lim bilan yakunlanadi. **Birinchi yordam;** Vena ichiga tomchilab dofamin, narkotik analgetiklar, yurak ritmi buzilgan bo'lsa kaltsiy antagonistlari (verapamil, izoptin, finoptin), qonni reologik xususiyatlarini yaxshilash uchun geparin, miokardni minutlik hajmini yaxshilash uchun strofantin 0,05%-0,5-1,0 v/i, miokardda mikrostirkulyatsiyani yaxshilash uchun nitrat preparatlari beriladi. O'pka shishi rivojlanishiga yo'l qo'ymaslik, gipoksemiya oldini olish 4% bikarbonat natriy eritmasi quyiladi.

O'pka shishi: O'pka shishi bu shunday patologik holatki bunda interstitsial oraliqqa va alveolalarga o'pka kapilyarlaridan qonning suyuq qismini shimilishi bo'lib, nafas yetishmovchiligi bilan namoyon bo'ladi. Buning asosida gemodinamik buzilishlar va alveolyar kapilyar membrana o'tkazuvchanligi oshishi yotadi. **Patogenezi;** gemodinamik buzilishlar natijasida o'pka kapilyarlarida gidrostatik bosim oshadi, chunki yurakning chap qismi (bo'lmacha, qorincha) mushaklari qisqaruvchanligi buzilganligi yoki mitral teshik stenozi tufayli mexanik qarshilik ortishi hisobiga kichik qon aylanish doirasidan qonni chap bo'lmachaga haydalishi buziladi (sekinlashadi). Bazanda kichik qon aylanish doirasiga qonni ko'p miqdorda oqib kelishi hisobiga (adrenalin ko'payishi hisobiga) yuzaga keladi. Alveolyar kapilyar membrana o'tkazuvchanligi oshishi patogenezi asosida asosiy o'rin **ekzogen sabablardan** bo'g'uvchi tasir qiluvchi fosfororganik gazlar, fosgen, iprit, azot oksidlari kabi ommaviy shikastlash xususiyatiga ega qurollar yotadi. Endogen omillardan buyrak yetishmovchiligi natijasida kelib chiquvchi uremiyani misol qilib olish miumkin. Hozirgi vaqtda miokard infarktini o'tkir davrida, 20-30% bemorlarda uchraydi va ko'pincha 70%

holatlarda o'z vaqtida yordam ko'rsatilmasa o'lim bilan yakunlanadi. O'pka shishini rivojlanishi asosan yurakning chap qismi aniqrog'i chap qorinchada infarkt o'chog'i kattaroq rivojlansa, chap yurak anevrizmi, mitral teshik stenozida va b.q. yuzaga keladi. O'pka shishiga olib keluvchi omillar; arterial gipertoniya, stenokardiya xurujlari, bemorlarning yoshi (60 yoshdan yuqori), tez tez va qisqa muddatli bo'g'ilish simptomlari bor kishilar va o'pkani krupozli yallig'lanishlarida ko'proq o'pka shishi va miokard infarkti rivojlanadi. O'pka shishini rivojlanishiga asosan chap qorinchani qisqarish faoliyati buzilishi yotib va o'ng qorincha faoliyati saqlanishi hisobiga o'pkada qonning dimlanishi yuzaga keladi va o'pka kapilyarlarida bosim 30 mm.sim ust yuqori bo'ladi, qonning suyuq qismi interstitsial to'qimaga va alveolalarga o'tishi munosabati bilan rivojlanadi. Buni kelib chiqishiga qonning osmotik bosimi pasayishini ham ahamiyati kattadir.

O'pka shishining o'tkir interstitsial va otkir alveolyar turlari farqlanadi. Bemorlarni nafas yetishmovchiligi, inspirator hansirash, yo'tal qon aralash ko'piksion balg'am bilan, bosh og'rig'i, bosh aylanishi, ish qobiliyati pasayishi, tez charchash, ko'krak qafasi siqilishi kabi simptomlar bezovta qiladi. Ushbu klinik simptomlarini chuqurlashuvi bilan **o'tkir interstitsial o'pka shishi** boshlanadi. Buning asosiy sababi o'pka kapilyarlari atrofi, alveolalar oralig'i va devorlari hamda interstitsial oraliqda shish bo'lishidir. Bu holatda gazlar diffuziyasi buziladi va kasallik klinik simptomlari rivojlanadi. **Alveolyar** o'pka shishi kelib chiqishini asosiy sabablari bu alveola bo'shlig'iga transudatni kapilyarlardan o'tishi va shu yerda ko'pik hosil bo'lishi asosiy rol o'ynaydi. Bu holatda nafas olish va nafas chiqarish orasida pauza deyarli bir xil bo'ladi. Bemorlarni asosan inspirator hansirash, nafas yetishmovchiligi, yo'tal qon aralash ko'piksion balg'am bilan bezovta qiladi. Yurak yetishmovchiligi bor bemorlarda quruq yo'tal bezovta qilishi ko'pchilik holatlarda alveolyar shish hosil bo'lishiga olib keladi. **Bemorlarni ko'zdan kechirganda** bemorlar terisi sovuq ter bosishi munosabati bilan nam, ko'kargan, majburiy o'tirgan yoki yarim o'tirgan holatni egallab, qo'lariga tayanib o'tiradi, nafas olishi yuzaki va tez tez, kalta kalta nafas oladi, **palpatsiya** o'tkazilganda ovoz drillashi kuchaygan va **perkussiyada** bo'g'iq tovush eshitiladi va o'pka ekskursiyasi cheklangan. Bemorlarda **auskultatsiya** o'tkazilganida susaygan vezikulyar nafas yoki bronxial nafas eshitilishi bilan birga mayda pufakchali nam xirillashlar eshitiladi. **Bronxofoniya** kuchaygan

bo'ladi. Rentgenologik tekshiruvda bemorlar o'pkalarida ikala tomonlama soya ko'rishimiz mumkin. **Davolash;** 1. Bemorga o'tirgan holatni shakllantirish. 2. Venaga kateter qo'yish yoki venaga tushishni yo'lga qo'yish; 3. Bemor venasiga 0,5-1,0-1% morfin, omnopon, promedol kabi narkotik analgetiklardan yuborish; 4. 20-30% li spirt bug'lari bilan kislorod ingalyatsiya qildirish. 5. O'pkaga qon kelishini kamaytirish (oyoqlariga jgut qo'yish). 6. Qon hajmini kamaytirish (siydik haydovchi vositalar venaga yuborish yoki qon olib tashlash). 7. Ganglioblokatorlar qo'llash (pentamin 25-50-100 mg, benzogeksoniy 10-40 mg, nafonin 50-100 mg glukoza yoki natriy xlorning fiziologik eritmasiga vena ichiga, gigroniy 50-100 mg, arfonad 50-100mg vena ichiga tomchi usulda yuboriladi). Ganglioblokatorlar qonni kichik qon aylanish doirasidan depoga haydaydi; o'pkaga qon kam kelib qonni kichik qon aylanish doirasidan katta qon aylanish doirasiga haydaydi; katta qon aylanish doirasida periferik qarshilikni kamaytiradi; yurak qorinchalarini ishini mexanik ravishda kamaytiradi (ikala qorinchani ham). Qon aylanish doirasidagi qonni uchdan bir qismi depolanadi. Neyroleptiklarni qo'llash ham yaxshi samara beradi 2,5-5 mg (1-2ml) 0,25% droperidol yoki 5-10mg-0,5% galoperidol. Bular qon bosimini meyorda saqlash bilan birga psixomotor qo'zg'alishlarni, ko'ngil aynishi, qusishni oldini oladi. Bemorlarni tinchlantirish maqsadida va markaziy relaksatsiya maqsadida seduksen, diazepam, tazepam, mebikor va b.q. buyuriladi. Kapilyarlar o'tkazuvchanligini kamaytirish maqsadida antigistamin preparatlari suprastin, tavegil, loratal, fenkarol, dimedrol buyuriladi. Qondagi metabolik atsidozni oldini olish maqsadida gidrokarbonat natriy izatonik eritmasi yoki 3,6% li tprisamin eritmasi quyiladi. Yurakning qisqarish faoliyatini yaxshilash maqsadida yurak glikozidlari (strofantin) vena ichiga yuboriladi. Garmonal preparatlar vena ichiga yuborish kerak. Yurak glikozidlariga qarshi ko'rsatma bo'lsa vena ichiga kaltsiy xloridni 10%-20,0 gacha yuborish mumkin. Miokard infarktidan keyin rivojlangan bo'lsa narkotik analgetiklar morfin qilinadi. Morfin nafas markaziga (bo'g'uvchi) tasir qilib biroz hansirashni kamaytiradi, yurak qisqarish faoliyatini kamaytirib, o'pkaga qon kelishini kamaytiradi. Nafas yollari obstruksiyasi, o'pka yurak va bosh miyada shish rivojlangan bo'lsa morfin qilinmaydi.

Nazorat savollari va topshiriqlar.

Test savollarini yechish;

Yurak ishemik kasalliklari tushunchasi va uni etiologik omillarini aytib bering;

Yurak ishemik kasalliklari tasnifini aytib bering;

Stenokardiyaning turlarini aytib bering;

Stenokardiya EKG diagnostikasini aytib bering;

Stenokardiya bilan kasallangan bemorlarni davolash tartibini aytib bering;

Miokard infarkti nima va uning etiologiyasi va patogenezini ayting;

Miokard infarkti bilan kasallanganlarni ob'ektiv va sub'ektiv tekshirish usullari;

Miokard infarktining EKG diagnostikasini aytib bering;

Miokard infarkti bilan kasallangan bemorlarni davolash tartibini aytib bering;

Miokard infarktining atipik shakllarini aytib bering;

Miokard infarktining asoratlari to'g'risida tushuncha bering;

Mustaqil ish topshiriqlari.

Yurak ishemik kasalliklari tasnifini o'rganish;

Yurak ishemik kasalliklari etiologik omillarini va patogenezini bilish;

Stenokardiya tasnifini bilib olish;

Stenokardiya EKG diagnostikasini o'rganish;

Stenokardiya bilan kasallangan bemorlarni davolash usullarini bilish;

Miokard infarkti to'g'risida tushunchaga ega bo'lish;

Miokard infarkti etiologiyasi va patogenezini bilib olish;

Miokard infarktining EKG diagnostikasini bilish va EKG olish texnikasini bilish;

Miokard infarkti bilan kasallangan bemorlarni davolash usullarini o'rganish;

Miokard infarktining atipik (tserebral, astmatik, anginoz, abdominal, og'riqsiz) shakllarini o'rganish;

Miokard infarktining asoratlari to'g'risida malumotga ega bo'lish;

Xafaqonlik kasalligi. Simptomatik gipertoniya haqida tushuncha

Mavzuning maqsadi: Xafaqonlik kasalligi to'g'risida tushuncha berish, Simptomatik gipertenziya haqida tushuncha (buyrak, endokrin, gemodinamik) berish.

Tayanch atamalar; gipertoniya, sistolik bosim, diastolik bosim, essensial gipertoniya, nefrogen gipertoniya, endokrin gipertoniya, puls bosimi, gipertoniya davrlari, birlamchi aldosteronizm, renin angiotenzin sistemasi, natriy gomeostazi.

Gipertoniya kasalligi

Arterial gipertenziya (AG) sindromi - arterial qon bosimi (AQB) ko'tarilishi bilan namoyon bo'ladi, jumladan sistolik qon bosim (SQB)–140 mm s.u.dan, diastolik qon bosim (DQB) 90 mm s.u. dan oshib ketadi. Qon bosimi o'lchanganda bemor AQB ko'taruvchi va pasaytiruvchi dorilarni qabul qilmagan bo'lishi shart va qon bosimi ko'rsatgichlari aniqlanishi lozim. Statistika ma'lumotlariga qaraganda simptomatik gipertoniya 20% hollarda uchraydi (simptomatik gipertoniya qaraganda). Essensial gipertoniya 80% atrofida hollarda kuzatiladi, hozirgi kunlarda boshqa kasalliklar ko'payganligi munosabati bilan ushbu foiz kamayib ketmoqda. Hozirgi vaqtda dunyo bo'yicha har yili AGdan 17 mln kishi vafot etayapti va o'rtacha umrni 5 yilga qisqartirayapti (2010 y). O'zbekistonda 25% aholi gipertoniya kasalligidan aziyat chekadi va shulardan 20% (5/1 qismi) davolanadi xolos.

Etiologiyasi. Qon bosimini ko'tarilishiga risk omillarni ahamiyati kattadir. Bunday omillarga o'rta va qari yoshdagi insonlar: erkaklar 40 va ayollar 50 yoshdan so'ng, qandli diabet bilan kasallangan bemorlar va boshqalar. Ruhiiy qo'zg'alish, emotsional zo'riqish, tez tez asabiylashish, ruhiy asab tizimini charchashi kabi omillar qon bosimini ko'tarilishiga olib keladi. Kasallikning kelib chiqishiga irsiy moyillikning va semizlikning (metabolik sindrom) ham ahamiyati kattadir. Semizlik kasalligiga duchor bo'lgan bemorlarning deyarli hammasida gipertoniya kasalligi rivojlanadi. Bundan tashqari kasallikni kelib chiqishiga ko'maklashuvchi omillar ham mavjud.

Qon bosimini ko'tarilishini quyidagi turlari farqlanadi;

Birlamchi AG; Ikkilamchi AG;

Essensial yoki idiopatik gipertenziya, gipertoniya kasalligi (80%)

Nefrogen, renovaskulyar AG (15%); Endokrin AG (4%); Nevrogen(1%)

Gipertoniya kelib chiqishiga ahamiyatga molik xavfli omillarga quyidagilarni kiritish mumkin:

Yosh-ayollar 65 va erkaklar 55 yoshdan katta. Qonda dislipidemiya-xolesterin miqdorini $>5,0$ mmol/l dan ko'payishi, tez-tez stress holatlarni qaytalanishi, gipodinamiya, irsiyat, irsiy moyillik, tana vazni, alimentar omillar, ko'p ovqatlanish, alkogol istemol qilish, chekish, kichik zichlikdagi lipoproteidlar miqdorini $>3,0$ mmol/l, yuqori zichlikdagi lipoproteidlar miqdorini $<1,0$ mmol/l erkaklarda va ayollarda $<1,2$ mmol/l yoki triglitseridlar miqdori $> 1,7$ mmol/l dan ko'p. Qonda qand miqdorini ko'payishi (qandli diabet), fibrinogen miqdorini oshishi, puls bosimining oshishi, jismoniy faoliyat, kam harakatchanlik, ijtimoiy, ruhiy omillar, atrof muhit omillari dir;

Gipertoniya kasalligi (GK) – essentsial gipertoniya

Bu yurak qon tomir (YuQT) tizimining patologik holati bo'lib, tomirlarni neyroqumoral boshqarilishi buzilishi va ularning torayishi hisobiga arterial qon bosimini oshib ketishi kuzatiladi. Bu kasallik keng tarqalgan bo'lib, ayol va erkaklarda bir xil uchraydi, asosan 40 yoshdan so'ng kuzatiladi (ayollarda kechroq).

Gipertoniya kasalligini simptomatik gipertoniya dan farqlash kerak. Simptomatik gipertoniya da qon bosimini ko'tarilishi biror bir kasallikning simptomlari hisoblanadi. Misol uchun simptomatik arterial gipertoniya buyrak kasalliklarida kuzatilib, buyrak arteriyalari aklyuziyasida uchraydi (renal va vazorenal arterial gipertenziya). Xuddi shunday endokrin kasalliklarida (Itsenko-Kushing kasalligi, Konn sindromi-birlamchi aldosteronizm, feoxromatsitoma) va h.k. kasalliklarda uchraydi (pastga simptomatik gipertoniyalarga qarang).

GK patogenezi (61 surat). Emotsional zo'riqishlar, simpatik nerv sistemasi qo'zg'aluvchanligining ortishi, pressor reaksiyalarning rivojlanishi, bosh miyada simpatik markazlarida patologik turg'un dominant shakllanishi, aldosteron halqasi-renin-gipertenzin neyroqumonlar sekretsiyasi ko'payishi, tomirlar tonusi oshishi, buyraklar antigipertenziv funksiyasi tugaganda, renin sekretsiyasi kuchayganda, angiotenzin ko'p miqdorga hosil bo'lganda, aldosteron ko'p ishlab chiqarilishi, qon tomirlar devorida natriy to'planishi (tomir devori shishadi), turli pressor omillarga nisbatan tomirlar reaktivligi

kuchayishi qon tomirlar spazmiga olib kelib, qon bosimini ko'tarilishiga olib keladi.

AG rivojida bevosita ishtirok etuvchi va ayni paytda tan olingan uchta

patofiziologik mexanizm mavjud:

1. Natriy gomeostazi;
2. Simpatik nerv tizimi;
3. Renin-angiotenzin-aldosteron tizimi;

Natriy gomeostazi – dastlab natriyning buyrak ekskretsiyasi pasayib ketishi aniqlangan. Natijada sistolik hajm ortadi va tsirkulyatsiyadagi qonnig miqdori va tezligi ortib boradi. Periferik autoregulyatsiya qon tomiri rezistentligini oshiradi va natijada gipertoniya yuzaga keladi. Birlamchi gipertoniya bor bemorlarda Na, K-transporti barcha qon hujayralarida o'zgargan. Simpatik nerv sistemasi - AQB sistolik hajm bilan periferik qon tomirlar qarshiligi (PKTK) orasidagi munosabat hosilasidir. Ushbu ikala ko'rsatgich simpatik nerv tizimi nazorati ostidadir. Birlamchi gipertoniya bilan xastalangan bemorlar qonida katexolaminlar miqdori nazorat guruhi bemorlariga nisbatan oshgan bo'ladi.

Renin-angiotenzin-aldosteron tizimi - Renin buyrak YuGA sida sintez bo'ladi va arteriolalar orqali qonga o'tadi. Renin plazmadagi globulinni («renin substrati» yoki angiotenzinni) faollashtirib angiotenzin I hosil bo'lishini tezlashtiradi. Angiotenzin-transferaza tasiri ostida angiotenzin II angiotenzin I ga aylanadi. Hozirgi kunda angiotenzin II kuchli vazopressor bo'lib hisoblanadi (uning kuchi noradrenalina ko'ra 25-30 marta baland) va shu sababli uning kontsentratsiyasi qonda oshsa AQB ham ko'tarilib ketadi.

Arterial gipertoniya klassifikatsiyasi. Nishon azolarni shikastlashi bo'yicha;

AG I daraja nishon azolar shikastlanmagan, faqat qon bosimi ko'tarilgan.

AG II daraja hech bo'lmaganda birta nishon a'zo shikastlangan bo'ladi (chap qorincha gipertrofiyasi, ko'zning to'r pardasi angiopatiyasi, proteinuriya yoki qonda kreatinin miqdorini oshishi, tomirlarda aterosklerotik pilakchalar rivojlanishi).

AG III daraja nishon a'zolarini kompleks shikastlanishi kuzatiladi. Yurakda-miokard infarkti, stenokardiya, yurak yetishmovchiligi. Bosh miyada-insult, gipertonik ensefalopatiya, miyada qon aylanishining

buzilishi. Buyrakda-buyrak yetishmovchiligi, qon plazmasida kreatininning 2 mg% dan ko'payishi. Ko'z tibida-gemorragiya, ko'ruv nervi so'rg'ichida (soska) shish. Tomirlar tomonidan-yurakda qavatlanuvchi (rasslaivayushiy) anevrizm, yurakda aklyuzion shikastlanish kabi o'zgarishlar.

Qon bosimini balandligiga qarab;

1. Meyoriy Q/B—140/90 mm. sim. ust. past.

1.1 Meyoriy Q/B 140-159/90-94 mm.sim.ust.teng.

1.2 Arterial gipertoniya 160/95 mm.sim.ust va undan baland

Etiologiyasi bo'yicha

1. Essentsial yoki birlamchi gipertoniya

2. Simptomatik arterial gipertoniya

Essentsial gipertoniyani uch darajasi tafovut qilinadi.

I daraja funktsional Q/B 160-179/94-104

II daraja (yurakda gipertrofiya, yurakda o'zgarish, buyrakda o'zgarish protein uriya), Q/B 180-200/105-114.

III daraja (davolanishga rezistent, samarasiz va yurakda miokard infarkti, buyrak, miyada insult, ko'zda o'zgarish), Q/B 200-230/115-129. Bundan oshsa gipertonik kriz hisoblanadi.

BSST (VOZ) va gipertenziya Xalqaro jamiyatining AG klassifikatsiyasi (1999y.)

Kategoriyasi	AQB darajasi (mm s.u.)	AQB darajasi (mm s.u.)
	Sistolik	Diastolik
Optimal	< 120	< 80
Normal	< 130	< 85
Yuqori normal	130 – 139	85 – 89
I daraja (yumshoq), Chegara guruhi	140 – 159 140 – 149	90 – 99 90 – 94
II daraja (o'rta)	160 – 179	100 – 109
III daraja (og'ir)	> 180	> 110
Izolyatsiyalashgan sistolik AG chegara guruhi	> 140 > 140 – 149	< 90 < 90

I bosqich- biroz doimiy bo'lmagan qon bosimini oshishi, bunda yurak qon tomir tizimi faoliyati buzilmagan bo'ladi.

II bosqich-doimiy qon bosimini ko'tarilib turishi va chap qorincha qipertrofiyasi bilan kechadi, boshqa o'zgarishlar kuzatilmaydi.



61surat

III bosqich-doimiy qon bosimini ko'tarilib turishi yurakdagi o'zgarishlar bilan birga (YIK, yurak yetishmovchiligi) bilan birga boshqa organik o'zgarishlar yuzaga keladi (bosh miyada, buyrakda, ko'z tubida va h.k.).

Eslatma: Agar SQB va DQB ko'rsatkichlari ma'lum bir darajaga to'g'ri kelmasa (M; SQB past (kichik), DQB esa o'rta yoki og'irga to'g'ri kelsa) bunday hollarda DQB ko'rsatkichiga tayanish lozim.

Gipertoniya kasalligi oddiy formalarining o'tishida uch davrni tafovut qilish mumkin, bu davrlarni o'z navbatida ikkita fazaga ajratsa bo'ladi;

Birinchi davr: A faza - pregipertonik faza (ma'lum bir xil ta'sirotlar bo'lganida, masalan, emotsional ta'sirotlarda arterial bosimning

ko'tarilishiga moyil bo'lish); B faza - o'tib ketadigan yoki tranzitor faza (bosimning vaqt-vaqti bilan ko'tarilib, remissiyalar bilan almashinishi).

Ikkinchi davr: A faza-labil, turg'un bo'lmagan faza (arterial bosim odatda ko'tarilgan bo'ladi, lekin ko'p darajada o'zgarishi va tez pasayishi mumkin); B faza- stabil fazadir (arterial bosim mudom ko'tarilib turadi). Yurakda, buyraklar va miya tomirlarida birozgina organik-sklerotik o'zgarishlar vujudga kelishi kuchayadi.

III davrga xarakterli (A faza-kompensatsiyalangan faza, bunda mehnat qobiliyati pasaygan bo'lsada, saqlanib turadi: B faza-dekompensatsiyalangan faza, mehnat qobiliyati yo'qolgan bo'ladi). Turli kasalliklarda yurak buyraklar va miya bir xilda shikastlanmaydi, shu munosabat bilan kasallikning o'tishida yurak buyrak va miya varianti to'g'risida gapirsa bo'ladi.

Kasallikning klinik simptomlari; bosh og'rig'i, bosh aylanishi, ko'z oldi qorong'ulashishi, ko'z oldida sharpalar uchib yurishi, ko'ngil aynishi, qusish, qulog'ida shovqin, yurak tez urishi, yurak sohasida sanchiq, ko'rish qobiliyatining yomonlashuvi kabi simptomlar bezovta qiladi. **Bemorlarni ko'zdan kechirganda** yuzlari, yonoq sohalari qizargan, terilari issiq, palpatsiyada yurak turtki zarbi kuchli, rezi stent, hajmi kengaygan, chapga siljigan, pulsi tezlashgan va qattiq. Perkussiyada yurak nisbiy to'mtoqlik chegarasi chap tomonga siljigan va aortal konfiguratsiya aniqlanadi.

Auskultatsiyada mitral klapan proektsiyasiga I ton susaygan va aortal klapan proektsiyasiga II ton aktsentini va shu yerda sistolik shovqin eshitamiz. Chap qorincha gipertrofiyasi tufayli mitral qopqoqda nisbiy yetishmovchilik rivojlanib uning proektsiyasida sistolik shovqin eshitiladi. EKGda-chap qorincha gipertrofiyasi, FKGda-mitral klapan proektsiyasida I ton amplitudasi pasayganligi va aortal klapan proektsiyasida II ton balandligi va sistolik shovqin qayt qilinadi. Rentgenologik tekshiruvda yurakning razmeri kattalashganligi bilan bir qatorda aorta va koronar tomirlari aterosklerozini ko'rish mumkin.

Klinik ko'rinishlari kasallik bosqichlariga mos ravishda rivojlanadi va nishon azolar shikastlanishi aniqlanadi:

Markaziy nerv sistemasi shikastlanishi asosiy simptomlari: Bosh og'rig'i asosan uyqudan so'ng ensa sohasi og'rishi, bosh aylanishi, tez charchash, ko'ngil aynishi, burundan qon ketishi, miyada qon aylanishi buzilishi belgilarini namoyon bo'lishi (insult belgilari), parezlar, paralichlar, paresteziyalar kabi simptomlar kuzatiladi.

Yurak qon tomir tizimi tomonidan-ko'krak qafasida asosan to'sh ortida sanchiluvchan og'riq paydo bo'lishi, yurak urishi, hansirash, yurak yetishmovchiligi kelib chiqqanda shishlar bezovta qiladi.

Siydik ajratish tizimi tomonidan-siydik miqdorining ko'p ajralidshi (poliuriya) va chanqash poliuriya natijasida, nikturiya, gematuriya kabi simptomlar namoyon bo'ladi.

Periferik arteriyalarning shikastlanishi-kapilyarlar tomonidan gipertonik angiopatiya rivojlanishi munosabati bilan qo'l va oyoqlar sovushi, ko'z tibidagi o'zgarishlarni namoyon bo'lishi ko'z tinishi, ko'z to'r pardasida qon quyilishlar, ko'rish qobilyati yomonlashishi kuzatiladi.

Bemorlarni ko'zdan kechirish: Bemorlar emotsional labil, asabiy holatda, yuzi, yonoq sohasi giperemiyasi, lablarida tsianoz, akrotsianoz, yurak yetishmovchiligi hisobiga shishlar ko'rish mumkin, yurak cho'qqi zarbi kuchayganligi, maydonining kengayganligi va chap hamda pastga siljiganligi seziladi. Ko'z tubi arteriyalarining torayishi, venulalar kengayishi (Solyuks simptomi), ko'rish nervi shishi, qon quyilishlar, to'r pardada degenerativ o'zgarishlarni ko'rish mumkin. **Oftalmoskopiyada** kasallikning birinchi bosqichida ko'z tubida o'zgarish kuzatilmaydi, ikkinchi (arteriyalarni tarqalgan yoki chegaralangan torayishi) va uchinchi bosqichda (gemorragiya, ko'ruv nervi so'rg'ichi shishi yoki shishsiz ekssudatsiya hamda atrofiya) GK xos qaytmas o'zgarishlar qayd etiladi.

EKG da chap qorincha gipertrofiyasi R amplitudasining balandlashuvi va ST segmentini izoliniyadan pasayishi, manfiy T tish hosil bo'lishi kuzatiladi. Giss tutami oyoqchalari chap tomonida qamal kuzatilishi mumkin.

Gipertoniya kasalligi bilan og'rikan bemorlar aksariyat hollarda tibbiy yordamga bu kasallikning asoratlari yani gipertonik krizlar, o'tkir chap qorincha yetishmovchiligi (yurak astmasi va o'pka shishi), miyada qon aylanishining buzilishlari rivojlanganda murojaat qiladilar. Shuningdek, gipertoniya kasalligi yuqoridagilardan tashqari miokard infarkti, miyada qon quyilishi, surunkali buyrak yetishmovchiligi kabi og'ir asoratlar bilan kechadi.

Diagnoz qo'yish tartibi V.I. Makolkin bo'yicha, 2000 y.

1. GK I daraja. bosqich AG2. dislipidemiya. Risk2 (o'rtacha)
2. GK II daraja. bosqich AG3. Dislipidemiya. Chap qorincha gipertrofiyasi, Risk4 (juda yuqori).

3.GK III daraja. (Достигнутая) ko'tarilgan bosqich AG 1. Oyoq qon tomirlari aterosklerozi. Harakatda oqsaydi. Risk4 (juda yuqori).

4.GK III daraja. Bosqich AG 2. YIK. Zo'riqish stenokardiyasi FK II. Risk4 (juda yuqori).

5. YIK. Zo'riqish stenokardiyasi FK II. PIKS. GK III bosqich. Ko'tarilgan bosqich AG 1. Risk4 (juda yuqori).

6.GK II daraja. AG 3 bosqich. Dislipidemiya. Chap qorincha gipertrofiyasi.

Semizlik II bosqich. Glukoza tolerantlik testi buzilgan. Risk4 (juda yuqori).

7. O'ng yoki chap buyrak usti bezi feoxromatsitomasi. AG 3 bosqich. Chap qorincha gipertrofiyasi. Risk4 (juda yuqori).

Diagnostikasi uchun shart.

Qon va peshobning umumiy tahlili

Qonda qand miqdori

Qondagi lipidlar spektri

Kreatinin, buyrak jomchalarida filtratsiya tezligi,

EKG

Gipertonik krizlar. U qon bosimini to'satdan bemorlar uchun xos bo'lmagan raqamlarga qon bosimini juda yuqori darajada oshishdir, miya (entsefalopatiya), yurak (chap qorincha yetishmovchiligi, stenokardiya, aritmiya) va buyrak (suv-tuz almashinuvining buzilishi, proteinuriya, gematuriya, azotemiya) shikastlanishi belgilari bilan kechadi. Yuqorida ta'kidlab o'tilganidek, qon bosimining oshishi gipertonik krizning asosiy belgisi hisoblansa ham ular o'rtasida bevosita bog'liqlik aniqlanmagan. Krizning klinik manzarasi shakllanishida qon bosimi oshishidan tashqari, miya va yurakda qon aylanishi buzilishi va gipoksiya darajasi hamda boshqa ko'plab omillar ahamiyatga ega.

Gipertonik krizni kliniko-patogenetik rivojlanishiga qarab ikki shakli (1 va 2) hamda asoratlangan va asoratlanmagan kechishlari farqlanadi. Uning I (neyrovegetativ, giperkinetik) turi to'satdan paydo bo'lgan bosh og'rishi va aylanishi, qo'zg'alish, ko'z oldida "to'r" yoki "tuman" paydo bo'lishi, ko'p terlash, oyoq va qo'llarning muzlashi, og'iz qurishi, yurak urib ketishi, havo yetishmaslik hissi, tez-tez va ko'p miqdorda peshob ajralishi belgilari bilan xarakterlanadi. Yurak sohasida stenokardiya xurujiga xos bo'lgan og'riqlar paydo bo'lishi mumkin. Yuz, bo'yin, ko'krak terisi qizil dog'lar va ter bilan qoplanadi. Yurak tonlari kuchaygan, aorta ustida II ton aktsenti eshitiladi. Asosan sistolik

qon bosimi oshishi xarakterlidir. Bu puls bosimini oshishiga olib keladi. EKGda ST segmenti pasayishi, T tishchasi tekislanishi kuzatilishi mumkin. Krizdan keyin siydikda oqsil, gialinli tsilindrlar, ko'ruv maydonida yakka o'zgargan eritrotsitlar paydo bo'ladi. Kamroq hollarda regionar qon aylanishi buzilishi (insult, stenokardiyalar, o'tkir chap qorincha yetishmovchiligi) ko'rinishidagi asoratlar kuzatiladi. Gipertonik krizning I turi aksariyat hollarda GKning ilk bosqichlarida paydo bo'lib, odatda 2-3 soat davom etadi va nisbatan tez o'tib ketadi.

Gipertonik krizning II (suv - tuz yoki shish, gipokinetik) turi asta-sekin rivojlanib, uzoq vaqt (3 - 4 soatdan 4 - 5 kungacha) davom etadi. Klinik manzarasida entsefalopatiyaga xos bo'lgan – bosh og'rihi va aylanishi, unda og'irlik hissi, uyquchanlik, lanjlik, ko'ruv va eshitishning o'tkinchi buzilishlari, quloqda shovqin, ko'ngil aynishi, qayt qilish, mo'ljal ola bilmaslik kabi bosh miyaning zararlanish belgilari kuzatiladi. Bulardan tashqari yurak sohasida sanchiluvchi, siquvchi og'riqlar, nafas qisishi, bo'g'ilish xurujlari bo'lishi mumkin. Diurez kamayadi. Yuz rangpar, oqargan, salqigan, venalar bo'rtib chiqqan, barmoqlar yo'g'onlashgan bo'ladi. O'tib ketuvchi paresteziyalar, gemiparezlar aniqlanadi. Sistolik va diastolik qon bosimining bir tekisda oshishi yoki keyingisining ustunligi kuzatiladi. Puls bosimi pasaygan, tomir urishi sekinlashgan yoki o'zgarmagan, ayrim hollarda esa tezlashgan bo'ladi. EKGda ST oralig'ini izochiziqdan pasayishi, T tishchaning ikki fazali yoki manfiyiligi paydo bo'ladi. Siydikda krizdan keyin proteinuriya, o'zgargan eritrotsitlar, gialinli tsilindrlar aniqlanadi. Ko'pincha insult, miokard infarkti yoki o'tkir chap qorincha yetishmovchiligi kabi asoratlar kuzatiladi.

Bemorlarda yuz, qo'l mushaklarining holsizligi yoki sezgiriligini kamayishi (ayniqsa tananing bir tomonida), es-hushning chalkashligi, to'satdan gapirish, bir yoki har ikkala ko'zda ko'rishni, yurishni, muvozanatni buzilishi, bosh aylanishi va kuchli bosh og'rig'i kabi belgilar paydo bo'lishi, bosh miya qon aylanishining o'tkinchi buzilishi shakllanganligidan dalolat beradi. Bunday hollarda ularni gorizontal holatda yotqizish, miya ichi bosimini oshirmaydigan gipotenziv dorilarni qo'llash va zudlik bilan shifoxonaga yuborish lozim.

Simptomatik gipertoniylar

Simptomatik gipertoniylar qator sabablarga ko'ra yuzaga keladi;

- 1) Buyrak gipertenziyasi;

- 2) Endokrin gipertenziya;
- 3) Gemodinamik buzilishlar natijasida kelib chiqadigan gipertoniya;
- 4) Asab tizimi shikastlanishi natijasida kelib chiqadigan gipertoniya.

Buyrak gipertenziyasi

Buyrak kasalliklarida buyrakdagi yukstaglomerulyar apparatda ishemiya bo'lib, renin sintezi ortadi va renin angiotenzinga aylanib qon bosimi ko'tarilishiga olib keladi. Buning sababi buyrak parenximasidagi yallig'lanishlar (glomerulonefrit, pielonefrit, diabetik nefropatiya), buyrakda paydo bo'lgan toshlar bo'lishi mumkin. Nospetsifik aortoarteriit; buyrak arteriyalari trombozi va emboliyasi, buyrak arteriyalarini qisilishi (o'sma, chandiqliq, gematoma), buyrak arteriyalarini fibrozli mushakli displaziyasi va b.q. kabilar ham kiradi.

Patogenezi buyraklarga tosh tiqilib, tomirlarini siqib qo'ysa yoki o'tkir va surunkali glomerulonefritda buyrakning yukstaglomerulyar apparatida ishemiya rivojlanishi natijasida renin sintezi kuchayadi va bu angiotenzinga aylanib qon bosimini ko'tarilishiga olib keladi. Buyrak parenximasining kasalliklari ko'pincha ikkilamchi-buyrak gipertenziyasining (2,5-5%) hollarda sababchisi bo'ladi. Gipertenziya yana noadekvat davolash tufayli ham tezlashishi mumkin. Shunday ekan gipertenziya buyrak kasalliklari tufayli ham kelib chiqadi. Shuni aniqki buyrak gipertenziyasi quyidagi omillarning mutanosib ta'sirida rivojlanadi: natriyning saqlanib qolishi, pressor aktivlikning oshishi, endogen vazopressorlarning susayishi. Natriyning ekskretsiyasi buzilishi oqibatida organizmda umumiy suyuqlik miqdori ortadi. Bundan tashqari, ko'pincha periferik qarshilik ham kuzatilib, kam hollarda yurakning minutlik hajmi ham ortadi. Qon tahlilida EChT oshishi, kamqonlik belgilari, gipoproteinyemiya, disproteinyemiya, giperlipedemiya aniqlanadi. Shu o'rinda tashxisni tasdiqlash uchun Zimnitskiy, Nechiporenko sinamalari, UTT, rentgen, immun tekshirishlar bilan bir qatorda buyrak biopsiyasi tashxis uchun ishonchli.

Diabetik nefropatiya. Qandli diabet har ikki shaklida ham qon bosimining ko'tarilishi negizida asosiy kasallik ta'sirida buyraklarni shikastlanishi yotadi. Aksariyat hollarda uning rivojlanish mexanizmida renin – angiotenzin – aldosteron tizimining faollashuvi hal qiluvchi ahamiyatga ega. Bemorlarda qandli diabet va AGga xos bo'lgan klinik belgilar bilan bir qatorda shish, polineyropatiya, angiopatiya, proteinuriya, tsilindruriya, ko'ptokchalar filtratsiyasini kamayishi hamda qonda kreatinin miqdori oshishi kuzatiladi.

Endokrin gipertenziya

Bunday ikkilamchi gipertenziya qator ichki sekretiya bezlari kasalliklari bilan bog'liq: buyrak usti bezi (birlamchi aldosteronizm, Konn sindromi) Isenko-Kushing kasalligi va sindromi, feoxromatsitoma, gipofiz (akromegaliya), tireoid garmonlar ko'payishi (gipertireoz) va b.q.

Birlamchi aldosteronizm (sindrom Konn) buyrak usti bezida ortiqcha miqdorda aldosteron sintez qilinishidir, 80% hollarda aldosteronizm buyrak usti bezi adenomasi bilan bog'liq. Kasallik ko'pincha 30-50 yoshdagi ayollarda uchraydi. 15-20% hollarda esa kasallik buyrak usti bezining idiopatik giperplaziyasi bilan bo'g'liq. Aldosteronning ortiqcha miqdori, ion balansini izdan chiqaradi, kaliy ko'p miqdorda yo'qotiladi va natriy va u bilan suv saqlanib qolinadi. Konn sindromi endokrin gipertenziyaning eng ko'p uchraydigan turidir. Kasallik klinikasi gipertoniya bilan bir xil. Qo'shimcha simptomlar muskul charchashi, xurujsimon oyoqning paralichi, mushaklar spazmi, doimiy siydik ajralishi, chanqash kabilar hisoblanadi. Tireotoksikozdagi gipertoniya yurak minutlik hajmi ortishi bilan tsirkulyatsiyadagi qon hajmiga bog'liq bo'ladi. Klimaksdan keyingi gipertoniya ko'pincha esterogenlar sintezi kamayishi bilan bog'liq bo'lib, yuqori nerv faoliyatini buzadi va asabiylashishga olib keladi, bu qon bosimini oshishiga olib keladi.

Qonda kaliyni miqdori kamaygani aniqlanadi. Diagnostika uchun rentgenotomografiya, tomografiyali ekskretor uroografiya, UTT, buyrak usti bezlari stsintografiyasidan foydalaniladi. Xirurgik davo qo'llaniladi.

Birlamchi feoxromatsitomada simpatik asab tizimi xromofil hujayralarida yuzaga kelgan o'sma hisobiga ko'p miqdorda katexolaminlar (adrenalin, noradrenalin, dofamin) ishlab chiqarilishi natijasida ayrim klinik belgilar bilan bir qatorda qon bosimining keskin ko'tarilishi kuzatiladi. Bu o'smalar 90% hollarda buyrak usti bezining miya qismida joylashadi.

Xuruj vaqtida: vegetativ asab tizimi ta'sirlanish belgilari (qo'zg'alish, titroq, tana haroratining ko'tarilishi) bilan birga kechuvchi tranzitor AG; gipertonik krizlar; lo'qillovchi bosh og'rig'i, ko'p terlash, yuzning qizarishi va yurak urib ketishi; teri qoplamlarining oqarishi; ko'krak qafasida va tomoqda bosuvchi og'riq hissi (ba'zan stenokardiyaga xos xurujlar); tana vaznining kamayishi va diareya kabi simptomlar kuzatiladi.

Xurujdan keyin: qon va siydikda katexolaminlar va ularning metabolizmi – vanililbodom kislotasining yuqori darajada bo‘lishi (siydik odatda xurujdan keyingi kunlarda tekshirilishi lozim); UTT, kompyuterli tomografiya yordamida buyrak usti bezlari kattalashganligini aniqlanishi. **Itsyenko-Kushing sindromi** erkaklarga nisbatan ayollarda 3-4 marta ko‘proq uchrab, 80-90% hollarda xavfli AG bilan kechadi. Bemorlarning 1/3 qismida kasallik buyrak usti bezi po‘stloq qismining birlamchi adenomasi (yoki kartsinoma) bilan bog‘liq. Ba‘zan esa uzoq muddat glyukokortikoidlar qabul qilgan bemorlarda kuzatiladi.

Klinikasi: AG, semirish va giperglikemiyaning bir vaqtda rivojlanishi; oyoqlar ingichka va tana yuqori qismini yog‘ bosishi, ko‘krak, bo‘yin, qorinning yog‘ bosishi; yuzning qizil rangda va oysimon shaklda bo‘lishi; steroidli qandli diabet; qorinda, sonlarda, yelka kamari sohasida teri ostida qon quyilishlarning paydo bo‘lishi; petexiyalar, teleangioektaziyalar (asosan bilaklarning yoziluvchi yuzasida); jinsiy faoliyatning buzilishi, ayollarda oligo yoki aminoreya, erkaklarda esa jinsiy ojizlik va ginekomastiya; soch qoplami buzilishlari (soch to‘kilishi, qo‘ltiq, chov sohasida ularning yo‘qolishi); terining quruq va husnbuzarli bo‘lishi; tirnoqlar distrofiyasi; oshqozon - ichak yo‘lining o‘tkir yaralari va ulardan qon ketishga moyillikning mavjudligi; diffuz osteoporoz, «baliq» umurtqasi belgilari, patologik sinishlar; giperkaltsiemiya asosida nefrolitiaz rivojlanishi; qon tahlilida eozinopeniya, limfopeniya bo‘lgan holda eritrotsitoz ($>6.10^{12}/l$), trombositoz, neytrofilli leykotsitoz, aldosteronemiya, gipernatriyemiya, giperglikemiya, giperxolesterinemiya, triglitseridemiya, metabolik alkaloz aniqlanishi; aldosteron, 17-oksikortikosteroid va 17-ketosteroidlar ekskretsiyasining oshishi.

Diffuz toksik buqoq qalqonsimon bezning autoimmun kasalligi bo‘lib, tireoid gormonlarning ko‘p miqdorda ishlab chiqarilishi bilan kechadi va aksariyat hollarda 20-50 yoshdagi ayollarda uchraydi. Tireotoksikoz nafaqat diffuz toksik buqoqda, shuningdek, tugunchali toksik zobda, qalqonsimon bez tireotoksik adenomasida va rakida, tireoiditlarda, tireoid garmonlarni tartibsiz qabul qilganda ham kuzatiladi. **Klinikasi:** bemor qo‘zg‘aluvchan, ta’sirchan, teri qoplamlari nam, giperdermografizm, qo‘l barmoqlari titrashi; qalqonsimon bezning tugunchali yoki diffuz kattalashishi, ekzoftalm; yurak tez urishi, ritm buzilishlari (hilpillovchi aritmiya), yurak sohasida og‘riqlar, havo

yetishmaslik hissi; yurak choʻqqisida sistolik shovqin, qon bosimini asosan sistolik koʻrsatkich hisobiga oshishi hamda yuqori puls bosimi; ishtahaning yuqori boʻlishi, tana vaznining kamayishi, mushak holsizligi, diareya, suyaklarda va umurtqa pogʻonasida ogʻriq kabi simptomlar bezovta qiladi.

Gemodinamik buzilishlar natijasida kelib chiqadigan gipertoniya

Bu turdagi gipertoniya asosan yurak minutlik hajmi ortishi yotib, aorta koarktatsiyasi, tomirlar aterosklerozi, aorta va uning tarmoqlari panarteriiti (Takayasu sindromi, buyrak arteriyalari torayishi), aortal qopqoq yetishmovchiligi, arteriovenoz anevrizmlar va toʻliq atrioventrikulyar qamallarda simptomatik gipertoniya vujudga keladi. Toʻliq atrioventrikulyar qamal, arteriovenoz fistula: ochiq arterial protok, tugʻma va travmatik anevrizm, Pedjet kasalligi (deformatsiyalovchi ostit); dimlanuvchi qon aylanish yetishmovchiligi; eritremitiya kabi kasalliklar ham gemodinamik qon bosimi koʻtarilishiga olib keladi.

Aorta koarktatsiyasi aksariyat hollarda uning pastga tushuvchi qismini tugʻma torayishi oqibatida (erta jarrohlik amaliyoti oʻtkazilmagan hollarda) yuzaga kelib, qon bosimi koʻtarilishi bilan bir qatorda quyidagi belgilar kuzatiladi: 18-30 yosh oraligʻidagi bemor tanasining yuqori qismi jismonan yaxshi rivojlangan, pastki qismi esa gipotrofiya holatida boʻlishi; qoʻllarda oyoqlarga nisbatan qon bosimi yuqoriligining qayd etilishi; yurak sohasida markazi chap tomonda II-III qovurgʻa oraligʻida boʻlgan va kurak orasiga uzatiluvchi sistolik shovqin eshitilishi; son arteriyalarida tomir urishining susayishi.

Asab tizimi shikastlanishi natijasida kelib chiqadigan gipertoniya

Peidj sindromiga bogʻliq gipertoniya dientsefal markazda simpatik va parasimpatik asab tizimi markazlarining qoʻzgʻalishi bilan bogʻliq. Miya oʻsmalariga, kistasiga, miya travmasi, miyaning surunkali ishemiyasi, umurtqa va uyqu arteriyasi qisilishi, entsefalit, bulbar poliomielit bilan bogʻliq boʻlgan gipertoniya poʻstloq osti sohasida joylashgan tomirlar tonusini boshqaradigan markazlar qoʻzgʻalishi bilan bogʻliq. Gipertoniya kasalligining asoratlari;

Gipertonik kriz;

Gemorragik yoki ishemik insultlar;

Miokard infarkti;

Yurak yetishmovchiligi;
Surunkali buyrak yetishmovchiligi;
Ko'rish qobilyati pasayishi.

Homiladorlik kechki taksikozi ham qon bosimi ko'tarilishiga olib keladi.

Davolash; 1-chi etap: hayot tarzini o'zgartirish (faol hayot tarziga o'tish). Semiz kishilar vaznini kamaytirishi kerak. Zararli odatlardan voz kechish. Doimiy fizkultura bilan shug'ullanish. Osh tuzi istemolini 100 mmol/sut (6 g/s kam) cheklash kerak. Yog'li, xolesteringa boy maxsulotlarni istemolini cheklash maqsadga muvofiqdir.

2-chi etapda garchi qon bosimi $> 140/90$ atrofida saqlanib turgan bo'lsa sog'lom hayot tarzi kechirib, dori moddalar qabul qilish kerak, qo'shimcha kasalliklarni ham hisobga olish kerak, ular bo'lmasa agar diuretiklardan yoki β - adrenoblokatorlardan boshlagan maqul, chunki bularning o'lim foizini kamaytirishi isbotlangan.

3- chi etapda garchi qon bosimi $> 140/90$ atrofida saqlanib turgan bo'lsa: dori moddalar dozasini oshirish kerak yoki dorini boshqa dori bilan almashtirish kerak yoki boshqa gruh dori moddalarini qo'shish kerak.

4- chi etapda garchi qon bosimi $> 140/90$ atrofida saqlanib turgan bo'lsa, 2 chi yoki 3 chi dori moddani qo'shish kerak, agar u oldin tavsiya etilmagan bo'lsa.

parhez. Spazmolitiklar, kaltsiy antagonistlari, antiagregantlar, trankvilizatorlar, og'ir darajalarida kaliy saqlovchi diuretiklar, miokarda metabolik jarayonlarni yaxshilovchi preparatlar, B grupp vitaminlar, ganglioblokatorlar, angiotenzin o'zgartiruvchi ferment ingibitorlari tavsiya etiladi.

Parhez davo; kam kaloriyali dieta (ayniqsa semiz kishilarda);

a) natriy xlor tuzini istemolini chegaralash (4-6 grgacha);

b) kaliyli va magniyli maxsulotlarni ko'paytirish;

c) fizkultura bilan shug'ullanish;

d) fizioterapevtik muolajalar (elektroson, tinchlantiruvchi fizioterapevtik muolajalar, Sherbak bo'yicha galvanik yoqa (varatnik) natriy brom bilan, (vannalar-mineral, sulfidli, yodbromli), quruq uglekislotali vannalar.

e) zararli omillarni kamaytirish (chekish, ichish va h.k.);

j) kaltsiy mikroelementini saqlovchi ovqat maxsulotlarini cheklash;

-girudoterapiya, apiterapiya, aromato va fitoterapiya, speleoterapiya, infraqizil sauna va boshqalar.

Asosiy

Angiotenzinga aylantiruvchi fermentlar ingibitorlari (IAPF); Gemodinamik va organoprotektiv effekt-IA

Angiotenzin retseptori blokatorlari II (BRA); IA Gemodinamik va organoprotektiv effekt-IA

Kaltsiy antagonistlari (KA) periferik va koronar tomirlarni kengaytiruvchi, miokardni nagruzkadan keyin kislorodga bo'lgan talabini kamaytiradi IA

Tiazid diuretiklar (TD) qonning umumiy hajmi kamayib yurakka razgruzka bo'ladi

β -adrenoblokatorlar (β -AB) (Nebivalol (Binelol), bisoprolol (konkor), metoprolol suktsinat, karvedilol); miokardda kislorodga bo'lgan ehtiyojni kamaytiradi, yurak qisqarish sonini kamaytiradi, homiladorlikda xatarsiz IA

Qoshimcha (Kombinatsiyalangan terapiya tarkibi)

α -adrenoblokatorlar; yurakda umumiy periferik qarshilikni kamayishi (Снижение ОПСС), yurak qon tomir tizimida simpatik tasirni kamaytiradi IA

Imidazolin retseptori antagonistlari. Tomir harakatlantiruvchi markazlarni faolligini pasaytiradi, yurak qon tomir tizimida simpatik tasirni kamaytiradi, sedativ tasir qiladi IA

Angiotenzinga aylantiruvchi ferment ingibitorlari klassifikatsiyasi.

Ximik

- 1. Sulfgidril saqlovchi preparatlar guruhi (kaptopril, zafenopril).
- 2. Karboksil saqlovchi preparatlar guruhi (enalapril, lizinopril).
- 3. Fosfinil saqlovchi preparatlar guruhi (fozinopril, tseronapril).
- 4. Hidroksal saqlovchi preparatlar guruhi (indrapril).

Farmakokinetik

- 1. Lipofil preparatlar: kaptopril, enalapril.
- 2. Hidrofil preparatlar: lizinopril, tseronapril.

Tasirini davomiyligi bo'yicha

- 1. Qisqa tasir qiluvchi: kaptopril, metiopril.
- 2. O'rtacha davomli tasir qiluvchi: enalapril, zafenopril.
- 3. Uzoq tasir qiluvchi: perindopril, ramipril.

• **Angiotenzinga aylantiruvchi ferment ingibitorlari (IAPF)**
Angiotenzin II ga retseptorlarni qamal qiluvchi
Kaltsiy antagonistlari
Kaltsiy antagonistlari klassifikatsiyasi

Ximik strukturasi	I avlod	II avlod II a	II b	III avlod
Digidropiridinlar	Nifedipin	Nifedipin SR/GITS Felodipin ER Isradipin	Felodipin Isradipin Nimodipin Nisoldipin	Amlodipin (koronim) Latsidipin
Fenilalkilamin	Verapamil	Verapamil SR		
Benzotiazepinlar	Diltiazem	Diltiazem SR		

Kaltsiy antagonistlari II-III avlodi AG ni doimiy davolashda tavsiya etilgan, hamroh kasalliklarda ham.

Diuretiklar

Tiazid va tiazidsimon	Chigalli (Petlevie)	Kaliy saqllovchi
Gidroxlortiazid, xlortalidon, indapamid, klopamid	Furasemid, bumetanid, piretanid	Spironolakton, triamteron, amilorid

β adrenoblokatorlar klassifikatsiyasi

I. noselektiv

1. Ichki simpatomimetik aktivligisiz (propranolol, nadolol, sotalol)
2. Ichki simpatomimetik aktivlik bilan (pindalol, trazikor)
3. Tomir kengaytiruvch faollik bilan (karvedilol, labetolol)

II selektiv

1. Ichki simpatomimetik aktivligisiz: atenolol, bisoprolol, metoprolol.
2. Ichki simpatomimetik aktivlik bilan: atsebutolol
3. Tomir kengaytiruvch faollik bilan: nebivolol

(β adrenoblokatorlar 1988 yil Uayt Blekom tomonidan yaratilgan)

Nazorat savollari va topshiriqlar.

Test savollarini eching;

Arterial gipertoniya haqida tushuncha bering va uni bosqichlarini aytib bering.

Arterial gipertoniya etiologiyasi, patogenezini aytib bering;

Arterial gipertenziyaga olib keluvchi qanday xavfli omillarni bilasiz;

Arterial gipertoniya tasnifini aytib bering;

Arterial gipertoniya nishon azolarni shikastlanishi to'g'risida tushuncha bering;

Arterial gipertoniyaning klinik simptomlarini aytib bering;

Arterial gipertenziyaning ob'ektiv va sub'ektiv tekshirish malumotlarini ayting;

Arterial gipertenziyada EKG diagnostikasini aytib bering;

Simptomatik gipertoniya haqida tushuncha, etiologiyasi, patogenezini aytib bering;

Buyrak gipertoniyasi to'g'risida malumot bering;

Endokrin gipertoniyasi to'g'risida malumot bering;

Gemodinamik buzilishlar natijasida kelib chiqadigan gipertoniya to'g'risida malumot bering;

Asab tizimi shikastlanishi natijasida kelib chiqadigan gipertoniya to'g'risida malumot bering;

Mustaqil ish topshiriqlari.

Qon bosimini yelka sohasidan o'lchash texnikasini o'rganish;

Qon bosimini oyoqdan o'lchash texnikasini o'rganish;

Gipertoniya kasalligiga chalingan bemorlarni yurak sohasini palpatsiya, perkussiya, auskultatsiya texnikasini o'rganish;

Gipertoniya kasalligiga chalingan bemorlar EKG olish texnikasini, o'qishni o'rganish;

Gipertoniya kasalligiga chalinganlarda laborator tahlil bajara olish texnikasini;

Yurak ritminig buzilishi. Aritmiyalar.

Mavzuning maqsadi: Yurak ritminig buzilishi, (avtomatizm, ko'zg'aluvchanlik, o'tkazuvchanlik, qisqaruvchanlik) EKG diagnostikasi to'g'risida tushuncha berish.

Tayanch atamalar: Yurak ritminig buzilishi, extrasistoliya, Galop ritmi (ot dupurish ritmi (revmatizmga qarang)), mitral klapan ochilish toni (bedona ritmi (mitral qopqoq stenoziga qarang)), mayatniksimon

ritm (embriokardiya). Aritmiyalar. Bradikardiya, taxikardiya, hilpillovchi aritmiya. Yurak funksiyasining buzilishida: avtomatizm, ko'zg'aluvchanlik, o'tkazuvchanlik, qisqaruvchanlik, EKG.

Mavzu bayoni; Yurak faoliyati tezligi va ritmi buzilishining quyidagi shakllari farqlanadi:

Sinus tugunining avtomatizmi izdan chiqsa, sinusli taxikardiya, sinus bradikardiya va sinus aritmiyasi yuzaga keladi.

Yurak mushaklarining ba'zi qismlarida faol impuls o'chog'i paydo bo'lganda ektopik aritmiyalar ro'y beradi.

Yurakning o'tkazuvchanlik faoliyati buzilganda turli xil to'siqlar paydo bo'ladi.

Yurakning qo'zg'aluvchanlik, o'tkazuvchanlik va qisqaruvchanlik qobiliyati buzilganda tebranma aritmiyalar vujudga keladi.

Yurak sinus tuguni avtomatizmining buzilishi

Bunday aritmiyalarda impulslar ko'payishi (sinus taxikardiya), kamayishi (sinus bradikardiya), gohi ko'payib, gohi kamayishi (sinus aritmiya) holatlari kuzatiladi.

Bunday aritmiyalar asosan simpatik nerv sistemasi faoliyati buzilganda kuzatiladi va minutiga 90-120, ba'zan 150-160 martagacha ko'payadi. Sinus taxikardiya ovqatlanganda, jismoniy mehnat qilganda, hayajonlanganda, qo'rqganda, tana harorati ko'tarilganda, yurak qopqoqlari zararlenganda, yurak-tomir yetishmovchiligida, tireotoksikozda, nevroz, anemiya, gipertoniya, infeksiyon kasalliklar va intoksikatsiyada shuningdek qator farmakologik moddalardan ta'sirlenganda kuzatiladi. Bunda bemorlar tez-tez yurak urishidan shikoyat qiladilar. EKG da esa T-P interval qisqaradi.

Sinus bradikardiyasi

Sinus tugunda ta'sirot kamayishi asosan parasimpatik nerv organlari faoliyati kuchayganidan darak beradi. Sinus tugunining avtomatizmi yurak mushaklari sklerozida, gipotireozda, sovuq qotganda susayadi. Yurak bir daqiqada 50-60 marta, goho 30 marta qisqaradi. Sinus bradikardiyasi asosan sport bilan shug'ullanuvchilarda, bosh miya chayqalganda, bosh suyagining ichki bosimi ortganda, miksedema, ichterlama, sariqlik, och qolganda, xinin va digitalis ta'sir qilganda yuz beradi. Bemor tekshirilganda puls kamayganligi, EKGda T-P oraliq uzayadi, goho P-Q (0,2-0,21 sek) uzayadi.

Sinus aritmiya

Bu aritmiya asosan simpatik va parasimpatik nerv tizimida o'zgarishlar paydo bo'lganda kuzatiladi. Bunda asosan odam nafas olganda impuls tezlashib, nafas chiqarganda sekinlashadi.

Ektopik aritmiya

O'tkazuvchanlik organlarining xohlagan yerida, yangi qo'shimcha (geterotrop, ektopik) ta'sirot o'chog'i hosil bo'lganda, yurakning navbatdan tashqari qisqarishi natijasida kuzatiladi, buni ekstrasistoliya deb ataladi. Bunday aritmiya yurak mushaklari qattiq qo'zg'alganda yuzaga keladi.

Ekstrasistolik aritmiya

Yurakning navbatdan tashqari vujudga kelgan yurak qisqarishi yurakning ekstrasistolik aritmiyasi deyiladi. Ektopik o'choq o'tkazuvchanlik yurakning xohlagan yerida vujudga kelishi mumkin. Undan keyingi pauza meyoridan ortiq bo'ladi. Ekstrasistoliya tez-tez uchrab turadigan yurak aritmiyalaridan biri bo'lib, soppa-sog` kishilarda (vagotoniklarda), kashandalarda, achchiq choy, kofe ichilganda, qorin bo'shlig'i kasalliklarida, yurak mushaklari yallig'langanda va distrofik o'zgarishlarda, yurak mushaklarida qon aylanishi buzilganda, tireotoksikoz, klimaksda yuzaga keladi. Bemor goho yuragi qattiq urganini, goho go'yo to'xtab qolganini aytadi. Bunda eshitib ko'rilganda yurak navbatdan tashqari qisqarganini, I ton kuchayganini eshitish mumkin. EKGda: a) navbatdan tashqari yurak qisqarishi, b) ekstrasistolik qisqarishdan so'ng, keyingi R tishcha orasi uzoq bo'ladi. Ekstrasistoliya qayerda hosil bo'lganiga qarab:

- bo'lmachali

- atrioventrikulyar: Birinchi impuls qorinchalarga o'tib, keyin bo'lmachalarga o'tadi. EKGda oldin qorinchalar kompleksi va keyin manfiy bo'lmachalar kompleksi qayd qilinadi.

-umumiy supraventrikulyar

- chap va o'ng qorinchali ekstrasistoliya

Bo'lmachali ekstrasistoliyada bo'lmachada qo'zg'alish yo'qolib, impuls sinus tugunida hosil bo'lmaydi. EKGda R-tish saqlanadi, lekin birmuncha o'zgaradi va oldingi T-tish ustiga tushadi, qorincha kompleksi normada bo'ladi: T-P interval uzayadi.

Atrioventrikulyar ekstrasistoliyada impuls Ashof-Tovar tugunida qarama-qarshi (pastga va yuqoriga) tarqaladi. EKG a) yurak kompleksi navbatdan tashqari bo'ladi; b) ekstrasistoliya bilan normal yurak

qisqarishi orasidagi tanaffus uzayadi; c) P-tish manfiy bo'ladi yoki yo'qolib ketadi.

Qorinchalar ekstrasistoliyasi EKGda quyidagicha ifodalanadi;

- qorinchalar qisqarishi navbatdan tashqari paydo bo'ladi;

- P-tish yo'qoladi;

-QRS kompleksi o'zgaradi va uzayadi

-T-tish shakli ham, hajmi ham o'zgaradi.

Ektopik o'choq hosil bo'lishiga qarab, ekstrasistoliya;

Bigeminiya 1 meyorda qisqarib 1 ektopik o'choq hosil bo'ladi va ekstrasistoliya qayd qilinadi.

Trigeminiya 2 meyorda qisqarib 1 ektopik o'choq hosil bo'ladi va ekstrasistoliya qayd qilinadi.

Kvadrigeminiya 3 meyorda qisqarib 1 ektopik o'choq hosil bo'ladi va ekstrasistoliya qayd qilinadi.

Avtomatizm buzilishi hisobiga kelib chiqqan aritmiya.

Sinusli taxikardiya minutiga 100 martadan ko'p yurak qisqarishi vujudga keladi. Bu har xil tashqi tasirotlar tasirida sinus tugunda va ekstrakardial nervlar tasirlanishi natijasida yuzaga keladi. Sinusli taxikardiya emotsional asabiylashganda, jismoniy zoriqishda, isitmalashda, tireotoksikozda, anemiyada, yurak yetishmovchiligida, bazi bir dori moddalar tasiri ostida vujudga keladi.

Paraksizmal taxikardiya

Bunda yurak birdan tezlashadi va minutiga 180-240 martagacha qisqarishi mumkin. Paroksizmal taxikardiya xuruji bo'lib, bir necha sekunddan bir necha kungacha davom etadi va birdan to'xtaydi. Aritmiyada sinus tugunidan impulslar chiqmasdan, balki geterotrop o'choqda paydo bo'ladi. Bu dard asabi tez buziladigan kishilarda va og'ir yurak kasalliklarida uchraydi. Bemorlar yuragi tez-tez urishidan, to'sh ortidagi qisilishlardan, quvvatsizlikdan shikoyat qiladi. Ko'zdan kechirilganda rangi oqarganligi, lablarining ko'karganligini ko'rish mumkin.

Mayatniksimon ritm-yurak qisqarish soni ko'payishi hisobiga sistolik hamda diastolik pauza orasidagi farq deyarli bo'lmaydi, I ton va II ton orasidagi pauza bir xil bo'ladi (isitmalashda, tireotoksikozda), **embriokardiya** bolalarda, asosan chaqaloqlarda kuzatiladi, bularda ham I ton va II ton orasidagi pauza deyarli bir xil bo'ladi.

O'tkazuvchanlikning buzilishi natijasida kuzatiladigan aritmiyalar Impulslar o'tishining buzilishiga qamal (blokada) deyiladi.

Qamallar yurakning o'tkazuvchan sistemasining har qanday qismida hosil bo'lishi mumkin. Yurak qamallari quyidagicha bo'ladi: sinaurikulyar, bunda vaqti-vaqti bilan impuls sinus tugunida ushlanib qoladi, bo'lmachalarga tarqalmaydi: bo'lmacha ichi qamalida bo'lmacha mushaklari bo'ylab impuls tarqalishi buziladi. Atrioventrikulyar qamalda impulslar bo'lmachadan qorinchalarga o'tmaydi. Bo'lmachalar kompleksi bilan qorinchalar kompleksi orasidagi masofa uzayib ketaveradi va oxiri bir kompleks tushib qoladi. Atrioventrikulyar qamalning II darajasi farq qilinadi. Qorincha ichi qamalida impulslarning Giss tutami va tolalari bo'ylab o'tishi buziladi. Giss tutami o'ng yoki chap oyoqchasida qamal bo'lishiga qarab EKGda o'zgarish bo'ladi. Qamallar asosan mushak infarktida, bod kasalligi, miokarditlar va kardiosklerozda kuzatiladi. O'tkazuvchanlikning buzilishi ko'pincha yurak toj arteriyasida qon aylanishining buzilishi natijasida keladi. To'siqlar vaqtincha va doimo o'tadigan bo'lishi mumkin.

Qorinchalar va bo'lmachalarning titrashi va tebranma aritmiya

Bu xildagi aritmiya yurak mushaklari nihoyatda kuchli qo'zg'alganda va bir yo'la o'tkazuvchanlik buzilganda vujudga keladi. Bunda sinus tuguni o'zining boshqarish vazifasini yo'qotadi, bo'lmachalar miokardida ko'p ektopik qo'zg'alish o'choqlari paydo bo'lib, ular minutiga 400-600 martagacha impuls beradi. Bu impulslarning o'tishi qiyin bo'lganligi uchun bo'lmachalarga tarqalmaydi va ularning har biri mushak tolalarining qisqarishiga olib keladi. Shu sababli to'liq sistola o'rniga bo'lmachalarning fibrillyar qisqarishi vujudga keladi. Qorinchaga Ashoff-Tovar tuguni orqali impulslarning bir qismi o'tadi, xolos. Shuning uchun qorinchalar turli vaqtda maromsiz va har xil kuchda qisqaradi. Ashoff-Tovar tugunining o'tkazuvchanligiga qarab aritmiya:

taxiaritmiya (1 min.da 120-160 ta)

bradiaritmiya (1 min.da 50- 60 marta) ga bo'linadi.

Hilpillovchi aritmiyada EKG da quyidagi o'zgarishlar kuzatiladi:

a) P tishi yo'qoladi

b) bo'lmachalar titrashi, ko'p sonli mayda tolalar tebranishi f harfi bilan belgilanadi.

c) Qorinchalar kompleksi har xil vaqtda unchalik o'zgarmagan bo'ladi.

Bo'lmachalar titrashi

Bu xildagi yurak maromining buzilishi hilpillovchi aritmiyaning kelib chiqishiga o'xshab ketadi. Titroq aritmiyasida bo'lmachada hosil bo'ladigan impuls minutiga 250-300 martadan oshmaydi va ularning Ashof-Tovar tugunidan o'tishi ko'pincha ritmik bo'ladi. Bo'lmachadagi impulslarning 2, 3, 4 tasi qisman atrioventrikulyar qamal bo'lganligi uchun qorinchalarga o'tadi. EKGda me'yordagi P tishi o'rniga baland to'lqinlarning har biri qorincha kompleksidan oldin Ashoff-Tovar tugunidan o'tgan impulslarga bog'liq bo'ladi.

Qorinchalarning tebranishi va titrashi.

Bu xildagi aritmiya yurakning xavfli aritmiyasi hisoblanadi. Bunda yurak mushaklari alohida-alohida qisqarishi sababli gemodinamika tezda o'zgarib, o'limga olib keladi. EKGda tartibsiz, o'zgargan tishlarning ajratib bo'lmaydigan kompleksi kuzatiladi.

Davolash; Dieta asosiy o'rin egallaydi va K, Mg mikroelementlarga boy maxsulotlar (o'rik, mayiz, kartoshka) ko'proq istemol qilish tavsiya qilinadi.

NaCl tuzini cheklash, Ca mikroelementini cheklash (sut maxsulotlari).

Atsetilsalitsil kislotasiga boy maxsulotlarni istemol qilish kerak (sitrusli mevalar).

1. Antiaritmik preparatlar, membranostabilizatorlar (xinidin; novokainamid; aymalin; lidokain; β -adrenoretseptor blokatorlari-anaprilin; obzidan; inderal).

2. Kaltsiy antagonistlari (izoptin; finoptin; verapamil);

3. Kaliy preparatlari (panangin, asparkam, kaliy orotat, kaliy xlor);

4. Metabolik jarayonlarni yaxshilash uchun (kokorboksilaza, riboxin, mildronat, ripronat);

5. Sedativ tasir qiluvchi (brom, bromkamfora, valeriana);

6. Qon bosimini ko'tarish uchun (noradrenalin);

7. Vagotrop tasir qiluvchi dorilar (atropin, bellataminal, belloid);

Atrioventrikulyar qamal bo'lganda β -adrenostimulyatorlar (izadrin, izuprel, izoproteronol, atenolol, lizinopril, berlipril);

Testlar

25. Yurak cho'qqisida I ton susayadi? 1). Aortal klapan stenozida, kardiosklerozda. 2). Ekstrasistoliyada, mitral klapan stenozida. 3). Miokardning diffuz o'zgarishida (miokardit, kardeoskleroz, distrofiya). 4). Hamma javob to'g'ri.

a) 1-2;

b) 1-3;

v) 1-4;

g) 1-3.

26. Yurak cho'qqisida I ton kuchayadi? 1). Mitral klapan yetishmovchiligida. 2). Mitral klapan stenozida. 3). Qonning chap bo'lmachadan, chap qorinchaga kam o'tishi natijasida. 4). Qonning chap bo'lmachadan, chap qorinchaga ko'p o'tishi natijasida.

a) 1-4; b) 1-2; v) 1-3; g) 2-3.

27. Xanjarsimon o'simta asosida I ton kuchayadi? 1). III tabaqali klapan stenozida. 2). III tabaqali klapan yetishmovchiligida. 3). Ekstrasistoliyada qorinchaning qon bilan kam to'lishida. 4). Ekstrasistoliyada qorinchaning qon bilan ko'p to'lishida.

a) 2-4. b) 1-2; v) 1-4; g) 1-3;

28. Aortada II ton susayadi? 1). Aorta klapan yetishmovchiligida. 2). Mitral klapan yetishmovchiligida. 3). Arterial qon bosimining pasayishida. 4). Arterial qon bosimining ko'tarilishida.

a) 1-2. b) 2-3; v) 3-4; g) 1-3;

29. Aortada II ton kuchayadi? 1). Ruhiiy qo'zg'alishda, Aortal klapan yetishmovchiligida. 2). Gipertoniya kasalligida, og'ir jismoniy zo'riqishda, Ruhiiy qo'zg'alishda. 3). Mitral klapan yetishmovchiligida, og'ir jismoniy zo'riqishda. 4). Qon bosimi ta'sirida, aortal klapaning qattiq yopilishida.

a) 2-4; b) 1-4; v) 3-4; g) 1-3.

30. O'pka sitvolida II ton aktsenti yuzaga keladi? 1). Kichik qon aylanish doirasida qon bosimining oshishida, mitral stenozida. 2). O'pka da qon aylanishining qiyinlashishida (emfizema, pnevmosklerozda). 3). Katta qon aylanish doirasida qon bosimining oshishida. 4). III tabaqali va II tabaqali klapanlar yetishmovchiliklarida.

a) 1-2; b) 1-3; v) 1-4; g) 2-3.

Yurak qon tomir tizimiga oid masalalar

11- masala

Bemor K. 34 yoshda jinsi erkak, dispanser nazoratida turadi, ko'p yildan buyon yuqori qon bosimi bilan yurishini, boshi vaqt-vaqti bilan og'rib turishi, ba'zanda qulog'ida shovqin paydo bo'lishini shifokorga aytdi va ko'zdan kechirilganda tarqoq yurak cho'qqi zarbi va uni chapga siljiganligi ko'zga tashlandi.

Perkutor va auskultativ o'zgarishlarni aytib bering.

Pulsdagi o'zgarishlar qanday.

EKGda qanday o'zgarish bo'lishi mumkin va yurakdagi o'zgarishni ayting.

FKGdagi o'zgarishlarni aytib bering.

12- masala

Bemor R. 57 yoshda, kasbi haydovchi. Shifokor qabuliga kelganda uni ko'zdan kechirildi va chakka sohasi giperemiyasi hamda chakka arteriyasi pulsatsiyasi ko'zga tashlandi va auskultatsiyada ikkinchi qovurg'a orasida to'sh suyagidan o'ngda ikkinchi ton aktsenti hamda sistolik shovqin, I ton yurak cho'qqisida susayganligi aniqlandi.

Bemorning taxminiy diaqnozini ayting.

Palpator va perkutor tekshirganda qanday o'zgarishlarni kutish mumkin.

Bu kasallik necha bosqichdan iborat.

13- masala

Bemor 27 yoshda. Jinsi ayol. Shifokor qabuliga kelganda ko'krak qafasida kuchli o'tkir og'riq borligi va bu og'riqning umurtqa pog'onasi bo'ylab berilishiga hamda keyinchalik aorta bo'ylab pastga qoringa tarqalishiga shikoyat qiladi.

Og'riq qaysi kasallik uchun xos.

Palpator va auskultativ o'zgarishlarini aytib bering.

Kasallikni tashxislash uchun qanday tekshiruvlar olib borilishi zarur.

16- masala

Bemor Sh. 34 yoshda. Jinsi erkak. Shifokor qabuliga murojaat qilganda so'rab surishtirilganda yurak sohasida og'riq borligi, hansirash, tana harorati ko'tarilishi, disfagiya va

hiqillash bezovta qilishini aytdi va ko'zdan kechirilganda bemorda Stoks yokasi borligi ya'ni bo'yin, elka, ko'krak qafasining yuqori qismida shish borligi aniqlandi.

Bu bemorga qanday tashxis qo'yish mumkin.

Shish rivojlanish mexanizmini ayting.

Bemorni ko'zdan kechirganda qanday o'zgarish kuzatiladi.

Palpator o'zgarishlarni aytib bering.

Rentgenologik o'zgarishlarini ayting.

17-masala

Bemor X. 49 yoshda, jinsi erkak, shifokor qabuliga kelganda so'rab surishtirildi, gipertoniya kasalligi bilan bir necha yildan buyon kasal ekanligi aniqlandi va bemorda epigastral sohasida kuchli og'riq, hansirash, nafas yetishmovchiligi bezovta qilishini aytdi, bemor ko'zdan kechirilganda lablari ko'kargan va sovuq ter bosganligi aniqlandi. Bemorni instrumental tekshirilib Q tishchasi 0,3 S dan kattalashgan hamda chuqurlashganligi aniqlandi.

Bemorga taxminiy tashxis qo'ying.

Bemorni ko'zdan kechirganda va pulsini tekshirganda qanday o'zgarishlar ko'rish mumkin.

Bemorni EKGsida qanday o'zgarishlar ko'rish mumkin.

Bemorning qon tahlilida qanday o'zgarishlar bo'lishi mumkin.

18- masala

Bemor S. 63 yoshda, jinsi erkak, pensioner. Shifokor qabuliga kelganda shikoyatlari nafas yetishmovchiligi, hansirash, charchash bezovta qilishi va ob'ektiv tsianoz borligi aniqlandi. Bemorda EKG qilindi. EKGda ST segment izoliniyadan ko'tarilgan va Q tishchasi 0,3 S dan kattalashgan hamda chuqurlashgan, R va T amplitudasi pasaygan.

Bemorga taxminiy tashxis qo'ying.

Bemorning asosiy shikoyatlarini ayting va ko'zdan kechiring.

Bemor qon bosimida va pulsida qanday o'zgarish bo'lishini ayting.

19- masala

Bemor S. 53 yoshda, jinsi erkak. Shifokor qabuliga kelganda so'rab surishtirilganda yurak sohasida sanchiqli og'riq, ba'zan qulog'ida shovqin borligi bezovta qilib turishi, ob'ektiv yurak cho'qqi zarbi qattiq hamda chapga va pastga siljiganligi, yuzi va chakka sohalari qizarganligi va qon bosimi o'lchandi 185/115 mm sim. ust. tengligi aniqlandi.

Bemorga taxminiy tashxis qo'ying.

Bemorning asosiy shikoyatlarini sanab o'ting.

Auskultativ hamda pulsdagi o'zgarishlarni ayting.

EKG da qanday o'zgarish ko'rish mumkin.

20 - masala

Bemor 56 yoshda, shifokor qabuliga murojaat qilganda to'sh suyagi ostida gijimlovchi, ba'zan sanchuvchan og'riq va og'riqning fizik nagruzkadan so'ng paydo bo'lishi va bu og'riq 15-20 minut davom etishi, chap bo'yin, elka, qo'lga, kurak sohasiga berilishi, yurak urishi, hansirashga shikoyat qildi, og'riq biroz dam olsa yoki nitroglitserin preparatlaridan qabul qilsa qoladi. EKGda yurak urish tezligi 88 ta, R amplitudasi pasaygan, S-T segment izoliniyadan 2 mm ko'tarilgan.

Bemorga taxminiy tashxis qo'ying.

Kasallik etiologiyasi va sababini aytib bering.

Qanday instrumental tekshiruv olib borish ma'qul.

21 – masala

Bemor 47 yoshda, jinsi erkak, so'rab surishtirilganda yurak urishi, hansirash, holsizlik bezovta qilishini aytdi va yurak kasalliklari bilan ko'pdan buyon dispanser nazoratida turishi aniqlandi. Shifokor ko'zdan kechirganda bemorning yuzlarida giperemiya borligi aniqlandi va

auskultatsiya qilindi. Auskultatsiyada I tonning kuchayganini va tezlashganini ya'ni mayatniksimon ritm (embriokardiya) eshitildi.

Bemorga qanday tashxis qo'yish mumkin.

Perkutor o'zgarishlarni ayting.

EKG dagi o'zgarishlarni aytib bering.

22 – masala

Bemor shifokor qabuliga kelganda hansirash, yo'tal va yo'talganda ko'piksimon qon aralash balg'am chiqishi, nafas siqilishi ya'ni nafas olishning qiyinligi, nafas yetishmovchiligi bezovta qilishini takidladi. Bemorni ko'zdan kechirganda lablari, burun va quloq supralari ko'kimtir rangda ekanligi aniqlandi. EKGda chap bo'lmacha va o'ng qorincha gipertrofiyasi bor.

Bemorga taxminiy tashxis qo'ying.

Kasallik etiologik omillarini ayting.

Bemorda qanday auskultativ o'zgarishlar eshitish mumkin.

23 – masala

Bemor A. 58 yoshda, jinsi erkak, poliklinikada dispanser nazoratida turadi. Shifokor qabuliga kelganda so'rab surishtirishda hansirash, holsizlik, oyoqlarida shish borligi bezovta qilishi aniqlandi va instrumental tekshirilib, o'tkir o'ng qorincha yetishmovchiligi deb diagnoz qo'yildi.

Kasallik kelib chiqish sababini aytib bering.

Bu kasallik uchun xos klinik belgilarini aytib bering.

Bemor qon bosimidagi va pulsidagi o'zgarishlarni aytib bering.

Bemorlarni ko'zdan kechirganda, palpatsiyada va perkussiyada qanday o'zgarish ko'rishimiz mumkin.

27 – masala

Bemor J. 75 yoshda, jinsi erkak, ichish, chekishni xush ko'radi. Shifokor qabuliga kelganda ko'p yillardan buyon qon tomirlar aterosklerozi bilan hudud terapevtida hisobga turishini ta'kidladi. Bemor so'rab surishtirilganda ba'zan hushini yo'qotishi, yurak sohasida og'riq bezovta qilib turishi, palpatsiyada o'ng tomonda ikkinchi qovurg'a sohasida sistolik titrash (mushuk xryllash simptomi) so'ng perkussiya chap nisbiy to'mtoqlik chegara chapga siljigan va auskultatsiyada arteriya karotikus eksternada sistolik shovqin borligi eshitildi.

Bemorga taxminiy tashxis qo'ying.

Bemorni ko'zdan kechirganda qanday o'zgarishlar aniqlash mumkin.

Perkutor va auskultativ o'zgarishlarni ayting.

Rentgenologik o'zgarishlarni ayting.

Sfigmogrammadagi o'zgarishni ayting.

28 – masala

Bemor V. 34 yoshda, kasalxonada tushganda anamnez yiqildi va bemor bir necha yil oldin revmatizm o'tkazganligi aniqlandi. So'rab surishtirilganda to'sh ostida sanchiluvchi og'riq borligi aniqlanib hamda bemorda auskultatsiya o'tkazilganda xanjarsimon o'simta asosida sistolik shovqin eshitildi va birinchi tonning shu yerda susaygani obektiv oyog'larida shish borligi aniqlandi. EKGda o'ng qorincha gipertrofiyasi qayd qilingan.

Bemorga taxminiy tashxis qo'ying.

Bemordagi gemodinamik o'zgarishlarni aytib bering.

Bemorni ko'zdan kechirganda qanday o'zgarishlar ko'ramiz.

Perkutor o'zgarishlar qanday, yurak tonlariga xarakteristika bering.

EKG dagi o'zgarishlarni aytib bering.

29 – masala

Bemor shifokorga murojaat qilganda o'ng qovurg'a ostida og'riq va noxush holat borligiga, oyog'larida shish, qorinning kattalashganligiga shikoyat qildi. Anamnez yiqilganida bemor revmatik endokardit bilan davolanganligi aniqlandi. Bemorni ko'zdan kechirganda teri

qoplami ko'kimtir, bo'yin venalarini shishgani va pulsatsiyasi hamda palpatsiyada jigar pulsatsiyasi borligini aniqladi. Bemorni paypaslashda jigar kattalashganligini aniqladi. Venoz bosim 150 mm suv ust teng. EKGda o'ng qorincha va bo'lmacha gipertrofiyasi, FKGda xanjarsimon o'simta asosida sistolik shovqin qayd qilingan.

Bemorga taxminiy tashxis qo'ing.

Bu bemorda perkutor qanday o'zgarish bo'lishi mumkin.

Auskultativ o'zgarishlarini aytib bering.

FKG dagi o'zgarishlarni ayting.

30 – masala

Bemor shifokor qabuliga kelganda jismoniy zo'riqishda yurak sohasida og'riq paydo bo'lishiga, bosh aylanishi, bosh og'rig'iga shikoyat qildi. Bemorni yurak sohasini palpatsiya qilinganida aorta klapani proektsiyasida sistolik titrash, perkutor chap qorincha gipertrofiyasi va aorta proektsiyasidan olingan FK Gda sistola davrida ikkinchi qovurg'a oraliqida o'ng tomonda rombsimon shovqin qayd qilingan.

Bemorga qanday patologik jarayonligini ayting.

Auskultativ o'zgarishlarini ayting.

Bemor pulsini tariflab bering.

EKG dagi o'zgarishlarni ayting.

32 – masala

Bemor S. 17 yoshda, qiz bola, kollejda o'qiydi. Fizkultura darsida shug'ullanish vaqtida charchab yiqilib qoldi va darhol kasalxonaga olib kelindi. Kasalxonaga tushganda shifokor tomonidan so'rab surishtirishda bolalikdan kasal ekanligi, lablari, quloq supralarida ko'karish borligi aniqlandi. Bemorning teri qoplamlari oqimtir, yurak sohasi ko'zdan kechirilganda yurak do'ngligi borligi aniqlandi. Puls bemorda kichik, sekin va kam. Rentgenologik tekshiruvda yurak aortal konfiguratsiya tus olgan.

Bemorga qanday taxminiy tashxis qo'yish mumkin.

Yurak do'ngligi hosil bo'lish mexanizmini ayting.

Perkutor qanday o'zgarish ko'rish mumkin.

33 – masala

Bemor O, 38 yoshda, jinsi ayol, 6 nafar farzandi bor. So'rab surishtirilganida ishi ko'proq tik oyog'da turib ishlashga to'g'ri kelishi aniqlandi. Bir necha yillardan buyon oyog'larida og'riq borligi va oyog' venalarida kengayish borligini takidladi. Bemor ko'zdan kechirilganda chap oyog'ida shish, qizarish, trofik yara borligi aniqlandi.

Bemorga taxminiy tashxis qo'ying.

Bu kasallik qanday asorat qoldirishi mumkin.

Bemorga qanday tekshiruvlar olib borish ma'qul.

34 – masala

Bemor 45 yoshda, shifokor qabuliga kelganda yurak urishiga va holsizlik, hansirashga shikoyat qildi. Bemorni so'rab surishtirganda revmatizm o'tkazganligi aniqlandi, EKG tekshiruvi o'tkazildi va EKG da muddatdan oldin PQRST kompleksi borligi aniqlandi va undan keyingi uzun pauza borligi ko'zga tashlandi.

Bu bemorda qanday patologiya borligini ayting.

Kasallik etiologik omillarini ayting.

Auskultativ o'zgarishlarni ayting.

Pulsdagi o'zgarishlarni ayting.

35 – masala

Bemor M. 42 yoshda, jinsi ayol. Shifokor qabuliga kelganda vaqt - vaqti bilan yuragi tez urishiga, yurak sohasida ba'zan sanchiqli og'riq bo'lishi, hansirashga shikoyat qildi va bemorni auskultatsiya qilib pulsi solishtirilganda, auskultatsiyada yurak choqqisida kuchaygan ton eshitilib, qo'lida puls aniqlanmadi.

Bu qanday simptom, qaysi patologiyada uchraydi.

Auskultativ tonlarni o'zgarishini ayting.

EKG dagi o'zgarishlarni ayting.

36 – masala

Bemor S. 56 yoshda, jinsi erkak. Shifokor obdon so'rab surishtirganda bosh og'riqi va qulog'ida shovqin borligiga shikoyat qildi va so'ng instrumental tekshiruv qilindi va EKG da standart ulanishlarda RI>RII>RIII hamda ko'krak uzatkichlarida V5 V6 da S tishcha chuqurlashganligi aniqlandi.

Bemor taxminiy tashxisini ayting.

Bemor yuragida qanday o'zgarish borligini ayting.

Perkutor o'zgarishlarni ayting.

Auskultativ o'zgarishlarni ayting.

37 – masala

Bemor 63 yoshda, shifokor qabuliga kelganda jismoniy zo'riqishda yurak sohasida gijimlovchi og'riq paydo bo'lishi, hansirashga, yurakning tez urishiga, shikoyat qildi, bu bemorda instrumental tekshiruv olib borilganda EKG da R tishcha amplitudasi pasaygan va ST segment izoliniyadan biroz yuqoriga ko'tarilganligi, T tishchani o'tkir uchli ekanligi aniqlandi.

Bemorga taxminiy tashxis qo'ying.

Bu bemorda qanday auskultativ o'zgarishlar bo'lishi mumkin.

FKG dagi o'zgarishlarni aytib bering.

38 masala

Bemor shifokor qabuliga kelganda, uzoq yillardan buyon gipertoniya kasalligi bilan kasal ekanligini va kechga yakin oyog'larida shish paydo bo'lishi hamda kechqurun ovqat yegandan so'ng yo'tal paydo bo'lishi va nafas olishini qiyinlashishiga shikoyat qildi. Palpatsiyada yurak turtki zarbi chapga siljigan, puls rezistent.

Bu bemorga qanday tashxis qo'yish mumkin.

Bemorni ko'zdan kechirganda qanday o'zgarishlar ko'rishimiz mumkin.

Perkutor va auskultativ o'zgarishlarni aytib bering.

EKG dagi o'zgarishlarni ayting.

39 – masala

Bemor A. 48 yoshda, jinsi erkak, shifokor qabuliga kelganda qo'llari va oyog'lari sovuq qotishi, nafas yetishmo'vchiligi, holsizlikka shikoyat qildi va bemorni obdon tekshirganda pulsi 42 taligi, qo'l oyog'larini sovuqligi va barmoqlari ko'kimtirligi aniqlandi.

Bemor taxminiy tashxisini ayting.

Bu kasallikka olib keluvchi sabablarni ayting.

EKG dagi o'zgarishlarni ayting.

40 – masala

Bemor O. 31 yoshda, jinsi ayol, shifokor qabuliga kelganda yurak urishi, holsizlikka, bosh og'rig'i, ish qobiliyating pasayishiga shikoyat qildi va bemor pulsini tekshirganda 128 marta tebranayotganligi hamda qo'l oyog'larida harorat balandligi, yuzlari qizil rangdaligi aniqlandi.

Bemorga taxminiy tashxis qo'ying.

Auskultativ o'zgarishlarni ayting.

EKG dagi o'zgarishlarni ayting.

41 – masala

Bemor F. 48 yoshda, jinsi ayol, turmushga chiqqan, 5 nafar farzandi bor. Shifokor qabuliga kelganda anamnezida anemiya borligini aniqladi va yurak qisqarishining tezlashganiga, holsizlikka, bosh og'rig'iga, bosh aylanishiga shikoyat qildi. Bemor pulsini tekshirganda, pulsini tezlashgani 164 ta hamda aritmiya (notekis) aniqlandi.

Bemorni taxminiy tashxisi.

Auskultativ o'zgarishlarni ayting.
EKG da qanday o'zgarish ko'rishimiz mumkin.

42 – masala

Bemor S. 54 yoshda, jinsi erkak, poliklinikada kardiologda dispanser nazoratida turadi. Shifokor qabuliga kelganda nafas yetishmovchiligiga, holsizlik, bosh og'rig'i, bosh aylanishiga shikoyat qildi. Bemorni pulsini tekshirganda, pulsi sekin, aritmik 46-50 zarb minutdaligi aniqlandi.

Bu bemorga taxminiy tashxis qo'ying.

Auskultativ o'zgarishlarni ayting.

EKG da qanday o'zgarishlar bo'ladi.

43-masala

Bemor shifokor qabuliga kelganda bosh og'rig'i asosan ensa sohasi tortilib og'rishi, bosh aylanishi, yurak sohasi sanchilib og'rishi, yurak urishi, ko'ngil aynishi, qusish, ko'z oldi qoronqulashishi, qulog'ida shovqin, ish qobiliyatining pasayishi, uyqusizlik bezovta qilishini takidladi. Bemorni yurak sohasini ko'zdan kechirilganda yurak turtkisi chapga siljigan, yonoq soha qizargan, pulsi qattiqlashgan, 108 marta min. EKG da V5V6 da S tishcha chuqurlashgan.

Bemorga taxminiy tashxis qo'ying.

Perkutor o'zgarishlarini ayting.

Auskultativ o'zgarishlarini ayting.

EKGdagi o'zgarishlari qanday bo'lishi mumkin.

44-masala

Bemor T. 11 yoshda, qiz bola. Tengdoshlaridan o'sishda orqada qolganligi aniqlandi.

Shifokor qabuliga kelganda teri qoplamlari oqimtir, lablarida, barmoqlarida tsianoza borligi ko'rinib turardi, auskultatsiyada II qovurg'a oraliqi o'ngda sistolik shovqin va tomirlarini auskultatsiya qilinganida arteriya carotica externa, arteriya subclavicularisda sistolik shovqin eshitildi.

Bemorda qanday patologik jarayonligini aytib bering.

Yurakdagi perkutor o'zgarishlarni aytib bering.

Bemorda qanday rentgenologik o'zgarish ko'rishimiz mumkin.

45-masala

Bemor A. 39 yoshda. Jinsi erkak. Stomatolog shifokorga murojat qilganda bemorning og'zi ko'zdan kechirildi va oqiz shilliq qavatlarida qon quyilishlar ko'zga tashlandi, asosan ko'proq yumshoq va qattiq tanglayda. Bemor so'rab surishtirilganda holsizlik, tez charchash, hansirash, isitmalash, terlash bezovta qilishini aytdi. Stomatolog kasallikni aniqlash uchun, terapevt maslahatini tavsiya qildi va shifokor ko'zdan kechirdi ko'z shilliq qavatlarida, qovoqlarida qon quyilishlar (Lukin-Libman simptomi) borligini aniqladi. Qon bosimi o'lchanganida bilagi bukiluvchi yuzasida ham qon quyilishlar ko'zga tashlandi (simtom Konchalovskiy-Rumpel-Leeda). Auskultatsiya qilinganda yurakda funktsional shovqin eshitildi. Palpatsiyada talog'i kattalashganligi aniqlandi.

Bemarga taxminiy tashxis qo'ying.

Auskultativ o'zgarishlarni ayting.

Bemorning qonidagi va siydigidagi o'zgarishlarni ayting

46 masala

Bemor 53 yoshda. Jinsi erkak, ishlamaydi. Shifokor qabuliga kelganda yurak sohasida og'riq, hansirash, bosh aylanishi, yurak urishiga shikoyat qildi. Bemor obdon tekshirilgandan so'ng EKG qilindi va P-Q sementi 0,40 s dan kattaligi aniqlandi.

Bemorga taxminiy tashxis qo'ying.

Auskultativ o'zgarishlarni ayting.

47 masala

Bemor 45 yoshda. Jinsi erkak, haydovchi bo'lib ishlaydi. Kardiolog qabuliga kelganda yurak sohasida og'riq, hansirash, yurak urishiga shikoyat qildi. Bemordan sub'ektiv va ob'ektiv ma'lumotlar to'planganidan so'ng EKG qilindi va 3 ta PQRST kompleksdan so'ng uzun pauza bo'lib 1 kompleks tushib qolganligi aniqlandi.

Bemorga taxminiy tashxis qo'ying.

Auskultativ va pulsdagi o'zgarishlarni ayting.

48 masala

Bemor 40 yoshda, mitral stenoz bilan kasallangan (jabrlangan), hansirashga, charchashga, bu holatlar sekin-sekin kuchayib bormoqda va hozirgi kunda oddiy uy ishlarini ham bajara olmay qoldi. Auskultatsiyada beshinchi qovurg'a oraliqiga chap tomondan diastolik shovqin eshitildi.

Bemorda qanday auskultativ o'zgarishlar bo'lishi mumkin.

Perkutor o'zgarishlarni ayting

EKGdagi o'zgarishlarni ayting.

Qanday asorat qoldirishi mumkin.

49 masala

Bemor 50 yoshda, jinsi erkak, haydovchi bo'lib ishlaydi. Ko'p yillardan buyon gipertoniya II daraja, AG II, xavf (risk) II bilan kardiologda nazoratda turib davolanib kelgan va bosh og'riq'i, yurak urishi, ko'ngil aynishi, bazan burundan qon ketishi bezota qilib turadi. Markaziy gemodinamika tekshirilganda yurakda qon haydash ko'paygan. Yurak urish tezligi 98 marta bir minutda.

Bemorda qanday auskultativ o'zgarishlar bo'lishi mumkin.

Perkutor o'zgarishlarni ayting

EKGdagi o'zgarishlarni ayting.

AccecmehT 1

Test	Vaziyatli masala
<p>1. Aortal parokda xos belgilarini ko'rsating? 1). Teri rangi ko'kimitir, oqimtir, oyoqlarda shish.2). Barmoqlar baraban tayoqchasimon, teri rangi oqimtir lab rangi ko'kimitir.3). Terisida toshmalar bor, rangpar, lablari, quloq, burunlari ko'kimitir.4). Teri rangpar, lab, burun, ko'kimitir,</p> <p>a) 1,3; b) 2,4; v) 2,3; g) 3,4.</p> <p>16. Bedona sayrash ritmi qaysi patologik jarayonda yuzaga keladi? 1). II tabaqali klapan yetishmovchiligi sistola paytida.2). II tabaqali klapan stenoz qorincha diastolasida.3). IIItabaqali klapan yetishmovchiligi diastolasida.4).III tabaqali klapan stenoz qorincha diastolasida.</p> <p>a) 2-3; b) 1-3; v) 2-4. g)1-2;</p>	<p>1-masala</p> <p>Bemor M. 18 yoshda, jinsi ayol, kollejda tibbiy ko'rik vaqtida holsizlik, tez charchash, hansirashga shikoyat qildi va auskultatsiya qilinganda o'ng tomonda II qovurg'a oralig'ida sistolik shovqin eshitildi, EKGda chap qorincha gipertrofiyasi belgilari namoyon bo'ldi. Qanday nuqsonligini aytib bering. Ob'ektiv tekshirganda qanday o'zgarishlar ko'rish mumkin. Perkutor o'zgarishlarini aytib bering.</p>
<p>Tushuncha tahlil: Mitral stenozda palpator o'zgarishlar</p>	<p>Amaliy ko'nikma Yurak nisbiy to'mtoqlik chegarasini aniqlash</p>

Acceмент 2

<p>Test</p> <p>2. Mushuk xirillash simptomi palpatsiyada seziladi? 1). Mitral klapan stenozida, aortal klapan yetishmovchiligida. 2). Aortal klapan stenozida, va o'pka stvoli yetishmovchiligida. 3). 2 tabaqali klapan stenozida, va aortal klapan stenozida. 4). Mitral klapan stenozida.</p> <p>a) 1 va 3; b) 2 va 3; v) 3 va 4; g) 2 va 4.</p> <p>17. III ton hosil bo'ladi? 1). Bo'lmachalar sistolasi va qorinchalar diastolasi boshida. 2). Bo'lmachalar diastolasi va qorinchalar sistolasi. 3). Yurak mushaklarining muddatidan oldin qisqarishida. 4). Qorinchalar diastolasi boshlanishida.</p> <p>a) 1-4; v) 1-2; b) 1-3; g) 2-4.</p>	<p>Vaziyatli masala</p> <p>2-masala</p> <p>Bemor K. 6 yoshda, maktab borishdan oldin tibbiy ko'rik o'tkazildi. Bola qabulga olib kelinganda diffuz tsianoz borligi aniqlanib, auskultatsiya qilindi va to'sh suyagidan chapda V qovurg'a oraliqida sistolik shovqin eshitildi.</p> <p>Bemorda qanday nuqson, fikringiz. Palpator va perkutor o'zgarishlarni aytib bering.</p> <p>Qanday instrumental tekshiruvlar olib borilishi zarur va qanday o'zgarishlar kutish mumkin.</p>
<p>Tushuncha tahlil:</p> <p>Mitral klapan stenozida auskultativ o'zgarishlar</p>	<p>Amaliy ko'nikma</p> <p>Yurak absolyut to'rtmtoqlik chegarasini aniqlash</p>

Acceмент 3

<p>Test</p> <p>3. Yurak sohasini palpatsiya qilganda aniqlanadi? 1). Yurak turtkisi, do'ngligi, turtki rezistentligi vena pulsatsiyasi. 2). Aorta pulsatsiyasi, yurak turtkisi, turtki kengligi, yurak gipertrofiyasi. 3). Yurak turtkisi balandligi, kengligi, rezistentligi. 4). Yurak turtkisi kuchi balandligi.</p> <p>a) 1-3; b) 2-3; v) 1-4; g) 3-4</p> <p>18. Mitral klapan yetishmovchiligida auskultativ o'zgarishlarni ko'rsating? 1). I ton susayadi va II ton kuchayadi. 2). I ton susayadi. 3). Sistolik shovqin mitral klapan proyeksiyasida. 4). Diastolik shovqin mitral klapan proyeksiyasida.</p> <p>a) 2-4; v) 2-3; b) 1-2; g) 1-4.</p>	<p>Vaziyatli masala</p> <p>3- masala</p> <p>Bemor A. 23 yoshda, jinsi ayol, shifokor qabuliga kelganda bosh og'riq'i, holsizlik, tez charchash, jismoniy ishlaganda hansirashga shikoyat qildi va anamnezida revmatizm o'tkazganligi aniqlandi. Fizikal tekshiruvda-auskultatsiya qilinganda yurak asosida va Botkin-Erb nuqtasida bir xilda diastolik shovqin eshitildi.</p> <p>Bu qanday nuqson, fikringiz.</p> <p>Bemorni ob'ektiv ko'rdan kechirganda qanday o'zgarish ko'rishimiz mumkin.</p> <p>EKGda qanday o'zgarish kutilishi mumkin.</p>
<p>Tushuncha tahlil:</p> <p>Mitral klapan stenozida va etiologik omillari</p>	<p>Amaliy ko'nikma</p> <p>Tomir tutamini aniqlash texnikasi</p>

Acceмент 4

<p>Test</p> <p>4. Mitral klapan stenozida auskultativ o'zgarish</p>	<p>Vaziyatli masala</p> <p>4-masala</p>
---	--

<p>ko'rsating.1). Mitral klapan proyeksiyasida diastolik shovqin. Bedona sayrash ritmi.2). Mitral klapan proyeksiyasida sistolik shovqin. Bedona sayrash ritmi.3). I ton susayishi va diastolik shovqin mitral klapan proyeksiyasida.4). Diastolik shovqin va I ton kuchayishi mitral klapan proeksiyasida .</p> <p>a) 1-4; b) 2-3; v)1-3; g) 1-2.</p> <p>19.Mitral klapan stenozida auskultativ belgilarini ko'rsating?1).Diastolik shovqin mitral klapan proeksiyasida.2).Sistolik shovqin mitral klapan proeksiyasida.3). Mitral klapan ochilish toni eshitiladi. 4). Bedona sayrash ritmi eshitiladi.</p> <p>a) 1-3-4. b) 2-3-4; v)1-2-4; g)1-2-3;</p>	<p>Bemor S. 6 yoshda, qiz bola, bog'chaga boradi. Shifokor profilaktik ko'rik vaqtida bolaga gipotrofiya borligini aniqlab, bolani auskultatsiya qilishga qaror qilib to'sh suyagidan chapda II qovurg'a oraliqida sistola va diastola vaqtida shovqin borligini aniqladi.</p> <p>Qanday nuqsonligini ayting.</p> <p>Bemor ob'ektiv tekshirilganida qanday o'zgarish ko'rishimiz mumkin.</p> <p>Elektrokardiografiyadagi o'zgarishlarini aytib bering.</p>
<p>Tushuncha tahlil: Exokardiografiya tekshiruvi haqida tushuncha</p>	<p>Amaliy ko'nikma Yurak turtki zarbini aniqlash texnikasi</p>

AccecmehT 5

<p>Test</p> <p>5. Gallop ritmi eshitiladi?1). Mitral klapan stenozida va I-II ton kuchayishida.2). III ton yoki IV ton kuchayishi va I-II ton susayishi.3). I ton kuchayishi va III-IVton susayishi.4). III ton kuchayishi va I ton, II ton susayishi.</p> <p>a) 2-4; b) 1-3; v)2-3; g) 1-4.</p> <p>20. III tabaqali klapan stenozida auskultativ eshitiladi?1). II qovurg'a oralig'ida o'ng tomonda diastolik shovqin.2). II qovurg'a oralig'ida o'ng tomonda sistolik shovqin.3). Xanjarsimon o'simta asosida diastolik shovqin.4). Xanjarsimon o'simta asosida I ton kuchayishi.</p> <p>a) 2-4; b) 1-2; v)2-3; g) 3-4.</p>	<p>Vaziyatli masala</p> <p>5- masala</p> <p>Bemor M. 15 yoshda, qiz bola, shifokor tomonidan ko'rikdan o'tkazilganda o'zini tengdoshlariga nisbatan o'sishdan orqada qolganligi va diffuz tsianoza borligi aniqlandi. Shifokor bolani auskultatsiya qilganda to'sh suyagining chap tomonida II qovurg'a oraliqida sistolik shovqin eshitilganligini aniqladi. Bolada qanday nuqson borligini aytib bering.</p> <p>Fonokardiografiyadagi o'zgarishlarini aytib bering.</p> <p>EKGdagi o'zgarishlarini aytib bering.</p>
<p>Tushuncha tahlil: Fonokardiografiya haqida tushuncha</p>	<p>Amaliy ko'nikma Puls defitsitini aniqlash texnikasi</p>

AccecmehT 6

<p>Test</p> <p>6. Aortal klapan yetishmovchiligida auskultativ</p>	<p>Vaziyatli masala</p>
--	--------------------------------

<p>o'zgarishlar?1). Travbening qo'shaloq toni, aorta proeksiyasida diastolik shovqin. 2). Travbening qo'shaloq toni, aorta klapan proeksiyasida sistolik shovqin.3). Mitral klapan proeksiyasida sistolik shovqin va II ton aorta proeksiyasida susayishi.4). Son arteriyasida Vinogradov-Dyurozning ikkilangan shovqini, II ton aortada susayishi.</p> <p>a) 2-3. b) 1-3; v)1-2; g) 1-4;</p> <p>21. III tabaqali klapan yetishmovchiligida auskultativ o'zgarishlarni ko'rsating?1). Sistolik shovqin xanjarsimon o'simta asosida.2). I ton xanjarsimon o'simta asosida susaygan.3). Diastolik shovqin xanjarsimon o'simta asosida.4). I ton xanjarsimon o'simta asosida kuchaygan.</p> <p>a) 2-3; v) 1-2; b) 3-4; g) 1-4.</p>	<p>6- masala</p> <p>Bemor O. 16 yoshda, qiz bola, maktab shifokori tomonidan tibbiy ko'rik o'tkazilganda hansirab turganligi aniqlandi. Shifokor bemorni auskultatsiya qilganda yurak cho'qqisida diastolik shovqin va 3 tarkibli ton (bedana ritmi) musiqasi eshitildi.</p> <p>Bu qanday nuqson aytib bering. Bemorda yurak sohasi palpatsiya qilinganida qanday o'zgarish ko'rishimiz mumkin. FKGdagi o'zgarishlarini aytib bering.</p>
<p>Tushuncha tahlil: Elektrokardiografiya haqida tushuncha</p>	<p>Amaliy ko'nikma Yurak auskultatsiyasi texnikasi</p>

AccecmehT 7

<p>Test</p> <p>7. Mitral klapan stenozidagi xos belgilarini ko'rsating?1). Qo'l oyoqlarda va o'pkada shish. 2). O'pkada shish, chap bo'lmacha gipertrofiyasi. 3). Qornida shish va chap bo'lmacha gipertrofiyasi. 4). Lab burun, oyoqlarning ko'karishi, chap bo'lmacha gipertrofiyasi.</p> <p>a) 1-2; b) 1-3; v) 2-4; g) -2-3.</p> <p>22. Yurak sohasi perkussiyasida aniqlanadi?1). Tomirlar kuchi yurak nisbiy to'mtoqlik chegarasi, yurak mutloq to'mtoqlik chegarasi. 2). Tomir tutamini va yurak nisbiy to'mtoqlik chegarasini. 3). Yurak mutloq to'mtoqlik chegarasi, yurak nisbiy to'mtoqlik chegarasini o'zgarishi. 4). Yurak do'ngligi pulsatsiya va yurak to'mtoqlik chegarasini o'zgarishi.</p> <p>a) 1-2; v) 3-4; b) 2-3; g) 2-3-4.</p>	<p>Vaziyatli masala</p> <p>7- masala</p> <p>Bemor N. 17 yoshda, qiz bola, tibbiy ko'rik vaqtida tengdoshlaridan orqada qolganligi aniqlandi va auskultatsiya qilganimizda yurak cho'qqisida diastolik shovqin borligi va I ton kuchayganligi aniqlandi, EKGda chap bo'lmacha va o'ng qorincha gipertrofiyasi aniqlandi.</p> <p>Bemorda qanday nuqson bor. Bemorning asosiy shikoyatlarini aytib bering. Bemorni ko'zdan kechirganda qanday o'zgarishlar ko'rishimiz mumkin.</p>
<p>Tushuncha tahlil: I ton hosil bo'lish mexanizmi</p>	<p>Amaliy ko'nikma Yurak perkussiyasi texnikasi</p>

AccecmehT 8

<p>Test</p> <p>8. Yurak sohasini ko'zdan kechirganda ko'riladigan o'zgarishlarni ko'rsating?1). Aorta dugasi</p>	<p>Vaziyatli masala</p> <p>8- masala</p>
--	---

<p>pulsatsiyasi 2 qovurg'a oralig'i o'ngda, yurak turtkisi, yurak do'ngligi.2). O'ng qorincha pulsatsiyasi 3-4 qovurg'a orasida o'ngda.3). Yurak do'ngligi va III-IV qovurg'a orasidagi pulsatsiya chapda.4). Bo'yin tomirlari(uyqu arteriyasi) pulsatsiyasi va yurak do'ngligi.</p> <p>a) 1-3,4; b) 1-2; v)1-4; g) 2-3-4.</p> <p>23. I ton susayadi ... yurak uchida?1). Mitral klapan yetishmovchiligida.2). O'pka sitvoli klapani yetishmovchiligida.3). Mitral klapan stenozida.4). Aortal klapan yetishmovchiligida.</p> <p>a) 1-4. b) 2-3; v)3-4; g)1-2;</p>	<p>Bemor 5 yoshda, qiz bola, o'sishda o'z tengdoshlariga nisbatan orqada qolganligi aniqlandi va ko'zdan kechirilganda teri qoplami oqimtir, qo'l va oyoq barmoqlari ko'kimtir rangdaligi aniqlandi. Bemorni auskultatsiya o'tkazilganda to'sh suyagidan o'ngda II qovurg'a oraliqida sistolik shovqin eshitildi va o'mrov osti hamda uyqu arteriyasiga uzatilishi aniqlandi. Qanday nuqsonligini aytib bering. Bemorlarni asosiy shikoyatlarini ayting. Perkutor o'zgarishlarni aytib bering. EKG dagi o'zgarishlarni aytib bering.</p>
<p>Tushuncha tahlil: II ton hosil bo'lish mexanizmi</p>	<p>Amaliy ko'nikma Yurak palpatsiyasi texnikasi</p>

AccecmehT 9

<p>Test</p> <p>9. Chap qorincha gipertrofiyasida yurak turtkisi?1). Yuqoriga va chapga siljiydi.2). Chapga va pastga siljiydi.3). Pastga va o'nga siljiydi.4). Yurak turtkisi razmeri kengayadi.</p> <p>a) 1-2; b) 2-4; v)1-3; g) 3-4.</p> <p>24. I ton susayadi xanjarsimon o'simta asosida?1). III tabaqali klapan yetishmovchiligida.2). O'pka sitvoli klapani yetishmovchiligida.3). Mitral klapan yetishmovchiligida.4). Aortal klapan yetishmovchiligida.</p> <p>a) 1-2; b) 1-3; v)1-4; g) 2-3.</p>	<p>Vaziyatli masala</p> <p>9- masala</p> <p>Bemor V. 25 yoshda, jinsi ayol, turmushga chiqqandan so'ng, ozgina jismonan ishlaganda hansiray boshladi va shifokorga murojaat qildi. Shifokor so'rab surishtirilgandan so'ng auskultatsiya qilib ko'rilganda yurak cho'qqisida V qovurg'a oraliqida I ton kuchaygan va mitral klapan ochilish toni hamda diastolik shovqin borligini aniqladi. Bemorda qanday nuqson bor. Perkutor o'zgarishlarini ayting. Bemor auskultatsiya qilinganda qanday o'zgarishlar eshitiladi. EKG dagi o'zgarishlarni aytib bering.</p>
<p>Tushuncha tahlil: Galop ritmi haqida tushuncha</p>	<p>Amaliy ko'nikma Mitral klapan yetishmovchiligida auskultatsiya</p>

AccecmehT 10

<p>Test</p> <p>10. Yurak astmasi sababini ko'rsating?1).</p>	<p>Vaziyatli masala</p> <p>10- masala</p>
--	--

<p>III tabaqali va II tabaqasli klapan stenozida.2).II tabaqali klapan stenozida.3). III tabaqali klapan stenozida va mitral klapan trombozi.4). Mitral klapan trombozi.</p> <p>a) 2-3; b) 1-2; v)- 2-4; g) 1-4.</p> <p>25. Yurak cho'qqisida I ton susayadi?1). Aorta klapan stenozida, kardeosklerozda.2). Ekstrasistoliyada mitral klapan stenozida. 3). Miokardning diffuz o'zgarishida (miokardit, kardeoskleroz, distrofiya).4). Hamma javob to'g'ri.</p> <p>a) 1-2; b) 1-3; v)1-4; g) 1-3.</p>	<p>Bemor D. 31 yoshda, anamnezida yoshligida revmatizm o'tkazganligi aniqlandi. Shifokor tomonidan tibbiy ko'rik vaqtida ko'zdan kechirilganda bo'yin tomirlari pulsatsiyasi, boshning chayqalishi (Myusse simptom) ni musbatligi, auskultatsiyada I ton yurak cho'qqisida va II ton aortada susayganligi aniqlandi. Qanday nuqsonligini aytib bering. Bemordagi perkutor o'zgarishlarni aytib bering. EKG va FKG dagi o'zgarishlarni aytib bering.</p>
<p>Tushuncha tahlil: Mitral klapan ochilish toni</p>	<p>Amaliy ko'nikma Mitral klapan yetishmovchiligida palpatsiya</p>

AccecmehT 11

<p>Test</p> <p>11. Yuqori kovak vena qisilishida bo'ladi?1). Bo'yin, yuz sohasida shish.2). Yuzi va qorinda shish. 3). Yuz,oyoq, bo'yin va ko'krak sohasida shish.4). Yelkada shish. Stoks yoqasi (voratnik).</p> <p>a) 1-4; b) 2-3; v)1-2; g) 1-3.</p> <p>26. Yurak cho'qqisida I ton kuchayadi?1). Mitral klapan yetishmovchiligida. 2). Mitral klapan stenozida. 3). Qonning chap bo'lmachadan, chap qorinchaga kam o'tishi natijasida.4). Qonning chap bo'lmachadan, chap qorinchaga ko'p o'tishi natijasida.</p> <p>a) 1-4; b) 1-2; v)1-3; g) 2-3.</p>	<p>Vaziyatli masala</p> <p>31 – masala</p> <p>Bemor 15 yoshda, shifokor qabuliga kelganda jismoniy zo'riqishda hansirashga, yurak urishiga, ba'zan yurak sohasidagi og'riqqa, yo'talga va yo'talganda qon aralash ko'piksimon balg'am chiqishiga shikoyat qildi. Bemorni ko'zdan kechirganda tengdoshlaridan o'sishda orqada qolganligi aniqlandi hamda yurak sohasini palpatsiya qilinganida mitral klapan proektsiyasida diastolik titrash (mushuk xirillash) aniqlandi. Yurak cho'qqisidan olingan FKGda birinchi ton amplitudasi baland, EKGda yurakning elektr o'qi o'ngga siljigan. Bu bemorda qanday patologik jarayonligini aytib bering. Bu patologik jarayon asoratini va belgilarini ayting. Perkutor o'zgarishlarni ayting. Auskultativ o'zgarishlarni ayting.</p>
<p>Tushuncha tahlil: Mayatniksimon ritm haqida tushuncha</p>	<p>Amaliy ko'nikma Tomirlarni auskultatsiya qilish texnikasi</p>

AccecmehT 12

<p>Test</p>	<p>Vaziyatli masala</p>
--------------------	--------------------------------

<p>12. Quyidagi kasalliklarning qaysi birida anasarka kuzatiladi? 1). III tabaqali klapan yetishmovchiligida. 2). III tabaqali klapan stenozida. 3). Surunkali glomerulonefrit, surunkali yurak yetishmovchiligi. 4). Yurak kasalligida.</p> <p>a) 1-2; b) 1-3; v) 2-3; g) 2-4.</p> <p>27. Xanjarsimon o'simta asosida I ton kuchayadi? 1). III tabaqali klapan stenozida. 2). III tabaqali klapan yetishmovchiligida. 3). Ekstrasistoliyada o'ng qorinchaning qon bilan kam to'lishida. 4). Ekstrasistoliyada qorinchaning qon bilan ko'p to'lishida.</p> <p>a) 2-4. b) 1-2; v) 1-4; g) 1-3;</p>	<p>14- masala</p> <p>Bemor P. 30 yoshda. jinsi erkak, shifokor qabuliga kelganda holsizlikka, ish qobiliyatini pasayishiga, hansirashga shikoyat qiladi va bemor ko'zdan kechirilganida teri osti yog' qatlamlari sust rivojlanganligi aniqlandi. Bemorni auskultatsiyasida son arteriyasida Traubening qo'shaloq toni va Vinogradov – Dyurozning qo'shaloq shovqini eshitildi. Qanday nuqsonligini aytib bering. Bu bemorlarni ko'zdan kechirganda qanday o'zgarishlar ko'rish mumkin. Rentgenografiyadagi o'zgarishlarini aytib bering.</p>
<p>Tushuncha tahlil: Embriokardiya haqida tushuncha</p>	<p>Amaliy ko'nikma Pulsni sanash texnikasi</p>

AccecmehT 13

<p>Test</p> <p>13. Yurak do'ngligi rivojlanadi? 1). Tug'ma mitral klapan stenozida. 2). Tug'ma II-III tabaqali klapanlar yetishmovchiligida. 3). III tabaqali klapan stenozida. 4). Tug'ma mitral klapan yetishmovchiligida.</p> <p>a) 3-4. b) 2-3; v) 2-4; g) 1-2;</p> <p>28. Aortada II ton susayadi? 1). Aortal klapan yetishmovchiligida. 2). Mitral klapan yetishmovchiligida. 3). Arterial qon bosimining pasayishida. 4). Arterial qon bosimining ko'tarilishida.</p> <p>a) 1-2. b) 2-3; v) 3-4; g) 1-3;</p>	<p>Vaziyatli masala</p> <p>15- masala</p> <p>Bemor O. 13 yoshda, qiz bola. Maktab o'quvchisi. Tibbiy ko'rik vaqtida bemorga auskultatsiya qilinganida yurak uchida uch tonli ritm va tush suyagidan chapda to'rtinchi beshinchi qovurg'a oraliqida diastolik shovqin, yurak cho'qqisida birinchi ton kuchayganligi va o'pka stvolida ikkinchi ton susayganligi aniqlandi. Bu bemorda qanday nuqson borligini ayting. Bemorni ko'zdan kechirganda qanday o'zgarishlar ko'rishimiz mumkinligini aytib bering. EKG dagi o'zgarishlarini aytib bering.</p>
<p>Tushuncha tahlil Aortal klapan yetishmovchiligida auskultatsiya</p>	<p>Amaliy ko'nikma Qon bosimini o'lchash texnikasi</p>

AccecmehT 14

<p>Test</p> <p>14. Mitral klapan stenozida I ton : 1). Sust va ikkilangan. 2). Kuchaygan va ikkilangan. 3). II ton</p>	<p>Vaziyatli masala</p> <p>24 – masala</p> <p>Bemor N. 13 yoshda, qiz bola.</p>
--	--

<p>kuchaygan va I ton ikkilangan.4). Mitral klapan proyeksiyasida I ton ikkilangan.</p> <p>a) 2-4. b) 2-3; v)3-4; g)1-2;</p> <p>29.Aortada II ton kuchayadi? 1). Ruhiiy qo'zg'alishda, Aorta klapani yetishmovchiligida. 2). Gipertoniya kasalligida, og'ir jismoniy zo'riqishda, Ruhiiy qo'zg'alishda. 3). Mitral klapan yetishmovchiligida, og'ir jismoniy zo'riqishda.4). Qon bosimi ta'sirida Aortal klapanining qattiq yopilishida.</p> <p>a) 2-4; b) 1-4; v)3-4; g) 1-3.</p>	<p>Tengdoshlaridan o'sishda orqada qolgan, gipotrofik. Shifokor qabuliga kelganda anamnezida yurak parogi borligini aytdi va so'rab surishtirilganda hansirash ba'zanda yo'talib turishini aytdi. Auskultatsiya qilinganda mitral klapan ochilish toni ya'ni bedana ritmi eshitildi.</p> <p>Bemorga taxminiy tashxis qo'ying. Bemorning asosiy shikoyatlarini aytib bering. Bemorni ko'zdan kechiring. EKG dagi o'zgarishlarini aytib bering. Bu kasallik asoratini aytib bering.</p>
<p>Tushuncha tahlil Tetrada Fallo haqida tushuncha bering</p>	<p>Amaliy ko'nikma Elektrokardiografiya olish texnikasi</p>

AccecmehT 15

<p>Test</p> <p>15. I ton komponentlarini ko'rsating? 1). Mushak komponenti, bo'lmacha komponenti.2). o'pka sitvoli qopqog'i, aorta klapani komponenti.3). Mitral qopqog' komponenti, tomir komponenti,4). Tomir komponenti, o'pka sitvoli qopqog'i komponenti.</p> <p>a) 2-3; b) 1-3; v) 1-4; g) 3-4.</p> <p>40. Regurgitatsio bu</p> <p>a)qonning orqaga qaytishi b) organga oqishi v) aylanma harakati g) qonning sekin harakati</p>	<p>Vaziyatli masala</p> <p>25 – masala</p> <p>Bemor N. 22 yoshda, qiz bola. Shifokor qabuliga kelganda hansirash, holsizlik, yurak urishi bezovta qilishini aytdi. Anamnezida bir necha yildan buyon revmatizm kasalligi bilan kasallanganini aytdi ob'ektiv teri qoplami oqimtir va teri osti yog' qatlami sust rivojlangan. Auskultatsiyada chap tomonda V qovurg'a oraliqida sistolik shovqin eshitildi. Bemorda qanday nuqsonligini ayting. Perkussiyada qanday o'zgarish bo'lishini aytib bering. Auskultativ o'zgarishlarni aytib bering. EKG dagi o'zgarishlarni ayting. FKG dagi o'zgarishlarni ayting.</p>
<p>Tushuncha tahlil: Bedona ritmi haqida tushuncha bering</p>	<p>Amaliy ko'nikma Venoz bosimni o'lchash texnikasi</p>

AccecmehT 16

<p>Test</p> <p>16. Bedona sayrash ritmi qaysi patologik jarayonda yuzaga keladi? 1). II tabaqali klapan yetishmovchiligi sistola paytida.2). II tabaqali klapan stenozi qorincha diastolasida.3). III tabaqali klapan yetishmovchiligi diastolasida.4).III tabaqali klapan stenozi qorincha diastolasida.</p> <p>a) 2-3; b) 1-3;</p>	<p>Vaziyatli masala</p> <p>26 – masala</p> <p>Bemor R. 18 yoshda, qiz bola, shifokor qabuliga kelganda bolaligidan tez-tez surunkali tanzilit bilan kasallanib turishi va anamnezida revmatizm o'tkazganligi aniqlandi. Ob'ektiv lablari, burun uchlari ko'kimtir, auskultatsiyada Botkin-Erb nuqtasida protodiastolik shovqin, sistolik arterial qon bosimi yuqori va diastolik</p>
--	---

<p>v) 2-4. g) 1-2; 30. O'pka sitvolida II ton aktsenti yuzaga keladi? 1). Kichik qon aylanish doirasida qon bosimining oshishida mitral stenozida. 2). O'pkada qon aylanishining qiyinlashishida (emfizema, pnevmosklerozda). 3). Katta qon aylanish doirasida qon bosimining oshishida. 4). III tabaqali va II tabaqali klapanlar yetishmovchiliklarida.</p> <p>a) 1-2; b) 1-3; v) 1-4; g) 2-3.</p>	<p>bosimi past, puls bosimi yuqori, EKGda chap qorincha gipertrofiyasi borligi, FKGda yurak cho'qqisida birinchi va aorta nuqtasida ikkinchi ton amplitudasining pasaygani aniqlandi. Bemorda qanday nuqsonligini ayting. Bemor shikoyatlarini aytib bering. Bemorni ko'zdan kechiring. Auskultativ o'zgarishlarni aytib bering. FKG dagi o'zgarishni aytib bering.</p>
<p>Tushuncha tahlil: I ton komponentlarini aytib bering</p>	<p>Amaliy ko'nikma Yurak perkussiyasi texnikasi</p>

Yurak qon tomir tizimi testlari javob variantlari

1. b	6. g	11. a	16. v	21. v
26. v				
2. v	7. v	12. g	17. a	22. b
27. g				
3. g	8. a	13. v	18. a	23. a
28. g				
4. a	9. b	14. a	19. a	24. a
29. a				
5. a	10. v	15. b	20. g	25. b
30. a				

Nazorat savollari va topshiriqlar.

Test savollarini yechish;

Yurak ritminig buzilishi to'g'risida tushuncha bering;

Aritmiyalar to'g'risida tushuncha bering;

Taxikardiya to'g'risida tushuncha bering;

Mayatniksimon ritm (embriokardiya) to'g'risida tushunchaga ega bo'lish;

Hilpillovchi aritmiya to'g'risida tushuncha bering;

Yurak funksiyasining buzilishi avtomatizm, qo'zg'aluvchanlikning buzilishi to'g'risida tushuncha;

Yurak funksiyasining buzilishi; o'tkazuvchanlik, qisqaruvchanlik, qo'zg'aluvchanlikning buzilishi, EKG diagnostikasi;

Mustaqil ish topshiriqlari.

Yurak ritminig buzilishi haqidagi malumotga ega bo'lish EKG diagnostikasini bilish;

Aritmiyalar to'g'risidagi malumotga ega bo'lish EKG diagnostikasini bilib olish;

Taxikardiya to'g'risidagi malumotga ega bo'lish EKG diagnostikasini bilib olish;

Mayatniksimon (embriokardiya) ritm to'g'risidagi malumotga ega bo'lish;

Hilpillovchi aritmiya to'g'risidagi malumotga ega bo'lish;

Avtomatizmning buzilishi to'g'risidagi malumotga ega bo'lish;

Qo'zg'aluvchanlikning, o'tkazuvchanlikning buzilishi to'g'risidagi malumotga ega bo'lish EKG diagnostikasini bilib olish;

Qisqaruvchanlikning buzilishi to'g'risidagi malumotga ega bo'lish;

Yurak funksiyasining buzilishida EKG diagnostikasini bilib olish;

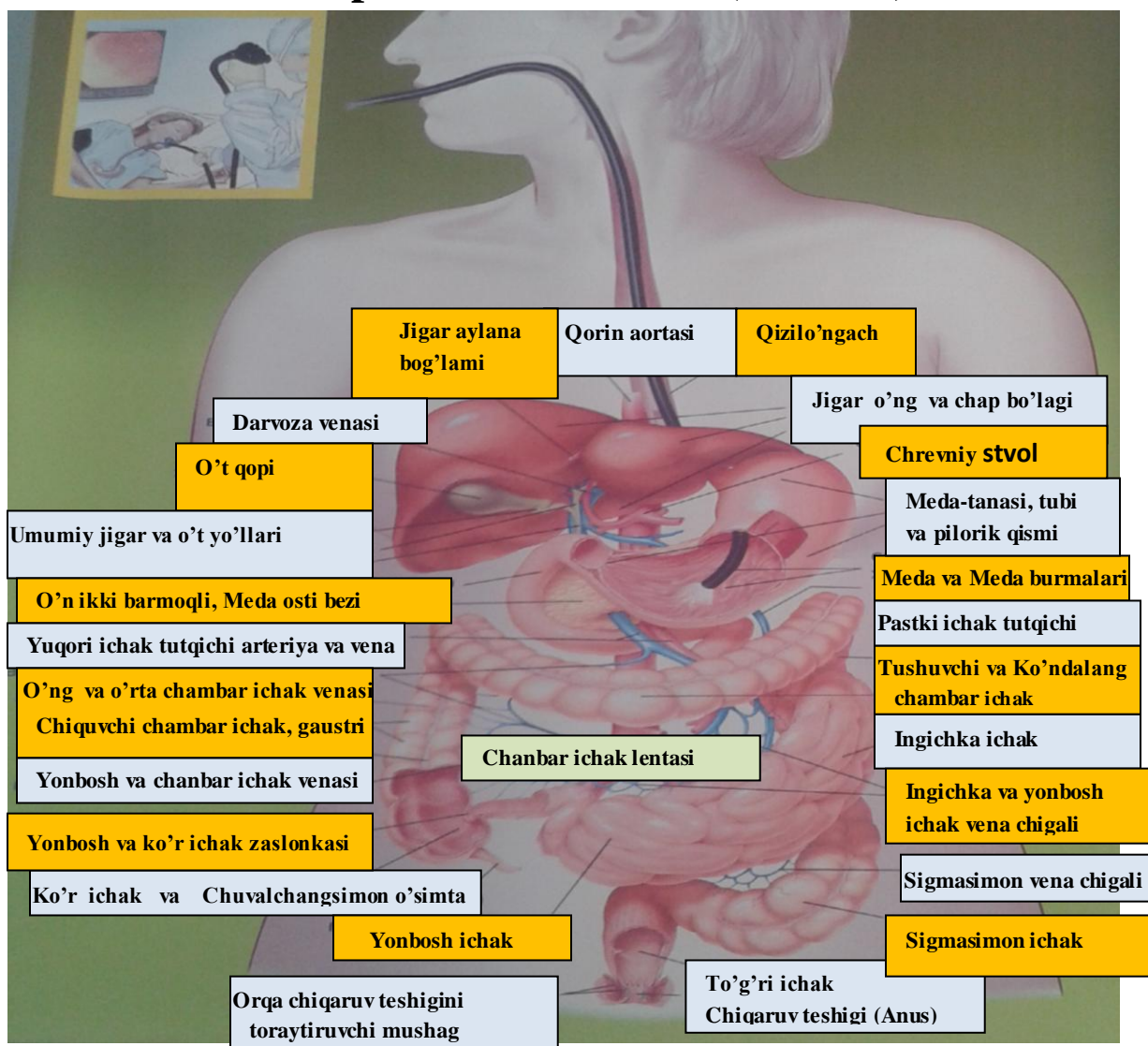
III BOB. Hazm tizimi kasalliklari.

Qizilo'ngach xastaliklari bilan kasallangan bemorlarni tekshirish

Mavzuning maqsadi: Hazm tizimi kasalliklari to'g'risida tushuncha berish. Gastritlar. Me'da va 12 barmoqli ichak yara kasalliklari to'g'risida tushuncha berish. Bemorlarni sub'ektiv va ob'ektiv tekshirish usullari to'g'risida tushuncha berish.

Tayanch atamalar; ezofagit, disfagiya, kardiospazm, zarda qaynashi, kekirish, meteorizm, dispepsiya, axiliya, barvaqt og'riqlar, kechki og'riqlar, gastrit, enterit, yara kasalligi, ezofagoskopiya, gastroskopiya, duodenoskopiya, rentgenoskopiya, tokcha simptomi, Helicobakter pylori, kataral gastrit, gipersekretsiya, giposekretsiya.

Ovqat hazm qilish tizimi a'zolari anatomiyasi va endoskopik tekshiruv usuli (62 surat)



Suratda ovqat hazm qilish tizimi organlari keltirilgan

Ovqat hazm qilish tizimi og'iz bo'shlig'idan boshlanib, tishlar, til, qizilo'ngach, meda, o'n ikki barmoqli ichak, ingichka ichak, yonbosh ichak, ko'r ichak, chiquvchi chamber ichak, ko'ndalang chamber ichak, tushuvchi chamber ichak, sigmasimon ichak, to'g'ri ichak va jigar o't qopi kiradi.

Tishlar istemol qilinadigan ovqatni chaynash vazifasini bajaradi, so'lak bezlaridan ajralgan so'lak uni namlaydi va chaynash yengil kechadi. Til chaynalgan ovqatni yutinishiga yordam beradi. Qizilo'ngachdan ovqat medaga tushadi va u yerda istemol qilingan ovqatga meda shirasidagi fermentlar va xlorid kislotasi tasirida qayta ishlanadi, uglevodlar, oqsillar parchalanadi. Istemol qilingan ovqat tarkibidagi yog'lar medadan o'n ikki barmoqli ichakka o'tgandan so'ng o't qopidan o't yo'llari orqali tushgan o't suyuqligi tasirida emulsiyalanadi va ular meda osti bezidan tushadigan lipaza fermenti tasirida parchalanadi. So'ng istemol qilingan va parchalangan ovqat maxsulotlari ingichka ichakka o'tadi va xuddi shu yerda so'riladi. Suv yo'g'on ichakka so'riladi. Qolgan organizm uchun keraksiz qismi to'g'ri ichak orqali tashqariga chiqariladi.

Qizilo'ngach kasalliklari

Amaliyotda qizilo'ngach kasalliklari bilan kasallangan bemorlar tez-tez uchraydi. Bunday kasalliklar qatoriga rivojlanish anamaliyalari, funksional kasalliklar (qizilo'ngach diskineziyasi), diafragmaning qizilo'ngach yorig'i churrasi, qizilo'ngach shilliq qavati yallig'lanishi (ezofagit), qizilo'ngach peptik yarasi, kardiospazm, divertikulalar, qizilo'ngachning yaxshi va yomon sifatli o'smasi kiradi.

So'rab-surishtirish; Shikoyatlar. Qizilo'ngach kasalliklari bilan kasallangan bemorlar ovqat luqmasining qiyinchilik bilan qizilo'ngachdan o'tishi (disfagiya), ovqat luqmasining og'riq bilan qizilo'ngachdan o'tishi (odenofagiya), qusish, kekirish, jig'ildon qaynashi, so'lak ajralishidan shikoyat qiladilar.

Disfagiya (yunoncha dys-qiyinchilik, funksiya buzilishi, phagein-yemoq) ovqat luqmasining qizilo'ngachdan o'tishining buzilishi dir va qizilo'ngach kasalliklarida asosiy simptom hisoblanadi. Bunda bemorlar ovqat luqmasining qizilo'ngachda turib qolganini, og'riq hamda ovqatlanayotganda qizilo'ngachda (to'sh ortida) noxush his bo'lishini sezadilar. Qizilo'ngach kasalliklarida disfagiya doimiy va vaqtinchalik bo'lishi mumkin. Doimiy disfagiya qizilo'ngachning organik

zararlanishlarida (yangi hosilalar, qizilo'ngachning chandiqli strukturalari) yuzaga keladi. Kasallik boshlanishida faqat qattiq ovqatlarning o'tishi qiyin bo'ladi. Keyinchalik qizilo'ngach qisilishining kuchayishi hisobiga yumshoq hatto suyuq ovqatning ham o'tishi qiyinlashadi.

Paroksizmal disfagiya qizilo'ngachning funktsional jihatdan zararlanishida uchraydi (ezofagospazm) va bu tez-tez ovqatlanish hamda hayajonlanishga olib keladi. Yumshoq hamda suyuq ovqatning qizilo'ngachdan o'tishi qiyinlashadi, qattiq ovqatning o'tishi esa nisbatan osonroq kechadi (paradoksal disfagiya).

Qizilo'ngachdan ovqat o'tishining qiyinlashuvi kekirdak va qalqonsimon bez o'sma kasalliklarida; ko'krak qafasining yomon sifatli o'smasida, mediastenal limfa tugunlarining kattalashuvida, aorta anevrizmasida; kardiya axialaziyasi (yutinganda kardiyaning reflektor tarzda ochilmasligi bilan bog'liq kasalliklar), peptik strikturalar hamda qizilo'ngach o'smalarida kuzatiladi. Chap bo'lmacha gipertrofiyasida qizilo'ngachni siljitishi munosabati bilan ham kuzatilishi mumkin.

Og'riq. Qizilo'ngach kasalliklarida og'riq doimiy, xurujsimon xarakterda bo'ladi, to'sh orqasiga lokalizatsiyalanadi, yelkaga, bo'yinga, ko'krak qafasining chap tarafiga irradiatsiyalanadi, stenokardiya xurujiga o'xshaydi. Funktsional kasalliklarda (diskineziya) og'riq ko'pincha qizilo'ngach devori spastik qisqarishi bilan bog'liq bo'ladi. Ezofagitda og'riq qizilo'ngach shilliq qavatining yallig'lanishi bilan bog'liq. Og'riqni bunday hollarda yuzaga kelishi ko'p ovqat yeganda, tana oldinga egilganda, gorizontol holatda bo'lganida oshqozondagi moddalarning qizilo'ngachga otilishiga (gastro-ezofagial reflyuks kasalligi) olib keladi. Yomon sifatli yangi hosilalarda bemorlar qizilo'ngach seroz qavatida o'smaning o'sishi bilan bog'liq bo'lgan doimiy iztirobli og'riqdan shikoyat qiladilar.

Qusish. Qizilo'ngachdan qusish qizilo'ngachning qisilishida yuz beradi (masalan, chandiqli strikturalar yoki o'smalarda). Oshqozon hamda 12 barmoqli ichak kasalliklaridagi qusishdan farqli ravishda, qizilo'ngachdan qusishda ovqat luqmasi qizilo'ngachda ushlanib qolinadi, qusishdan oldin ko'ngil aynimaydi hamda oldingi qorin devoridagi muskullar ishtirokisiz amalga oshadi. Bunda qusiq massasi HCL kislotasi, pepsin tutmaydigan so'lak aralashgan kam o'zgargan, chaynalgan ovqat massasidan iborat bo'ladi. Qizilo'ngach rakida qusiq

massasi yiring hidiga ega bo'lib, allaqachon iste'mol qilingan ovqat qoldiqlarini, ma'lum miqdorda shilliq tutib, qon aralashgan bo'ladi.

Ovqat luqmasi bilan **kekirish**-qabul qilingan ovqatning ma'lum qismini og'iz bo'shlig'iga qaytishi (regurgitatsiya) va shuningdek qizilo'ngachdan ovqat luqmasining o'tishida to'siq bo'lganida kuzatiladi. Qizilo'ngachda to'plangan moddalarning kechqurungi regurgitatsiyasi ko'pincha kardiya axialaziyasida kuzatiladi.

Zarda qaynashi (pyrosis)-to'sh suyagining qilichsimon o'sig'i sohasida achishish hissi bo'lib, qizilo'ngach kasalliklarida (reflyuks ezofagit, diafragmaning qizilo'ngach yorig'i churrasi, kardiya yetishmovchiligi) uchraydigan simptom. Zarda qaynashining yuzaga kelish mexanizmi medadan otilgan meda va 12 barmoqli ichak shirasini qizilo'ngach distal qismining shilliq qavatini ta'sirlashiga bog'liq. Sanalgan shikoyatlardan tashqari qizilo'ngach kasalliklari bilan og'rikan bemorlar so'lakning ko'p ajralishi (gipersalivatsiya), havo yoki oshqozon moddalari bilan kekirish, o'g'izdan noxush hid kelishi va hiqichoqdan shikoyat qiladilar.

Qon oqish. Tashxislashda muhim simptom bu-qon ketishidir. Uning sabablari qizilo'ngach peptik yarasi va yomon sifatli o'smasi, qizilo'ngach devorining yot moddalar bilan zararlanishi, qizilo'ngach kengaygan varikoz venalarining yorilishi (jigar tsirrozi bilan kasallanganlarda), kuchli qusish natijasida yuzaga keladigan qizilo'ngach kardiya sohasi shilliq qavatining chizikli kesilishlarida, masalan alkogol iste'mol qiladigan bemorlarda (Mellori-Veys sindromi). Oshqozon kasalliklaridagi qon ketishdan farqli ravishda, qizilo'ngachning arterial qon ketishi (masalan peptik yaradan, ta'sirlangan o'smadan) qusiq massasida o'zgaragan qon aralashishi bilan xarakterlanadi. Qizilo'ngachning kengaygan varikoz venalaridan qon ketganda qusuq massasidagi qon rangi to'q qizil bo'ladi.

Kasallik anamnezi. Kardiya axialaziyasi bilan og'rikan bemorlarda ko'pincha disfagiya bezovta qiladi. Qizilo'ngachning ko'pgina kasalliklarida (reflyuks-ezofagit, kardiya axialaziyasi) kasallikning rivojlanish davrlari oz yoki ko'p davomiylikda sog'ayish davrlari bilan almashinganda kasallikning to'liqsimon kechishi kuzatiladi. Yomon sifatli o'smalarga qarshi holda, qizilo'ngachning peptik strukturalarida kasallikning progressivlanib kechishi kuzatiladi.

Hayot anamnezi. Hayot anamnezini yig'ayotganda qizilo'ngach chandiqli o'zgarishlariga olib keluvchi sabablarga-qizilo'ngach

kuyishlari (termik va kimyoviy) va travmalari kuzatilishi ahamiyatli. Chekish, spirtli ichimliklar ichish hamda parhezdagi xatoliklar (yaxshi chaynalmagan, achchiq, haddan tashqari issiq ovqatlarni istemol qilish) ko'pincha reflyuks-ezofagitning rivojlanishiga olib keladi. Ba'zi kasalliklar masalan temir tanqis anemiya, sistemali sklerodermiya qizilo'ngach devorining spetsifik zararlanishiga olib kelib, disfagiya paydo bo'lishi bilan namoyon bo'ladi.

Fizikal tekshirish usullari.

Qizilo'ngachning chandiqli yoki o'smali strukturalari bilan kasallangan bemorlarni umumiy ko'zdan kechirganda sezilarli darajada tana vazni yo'qotilganini bilish mumkin (kaxeksiyagacha olib kelishi mumkin), ba'zan suvsizlanish, vitamin yetishmovchiligi kuzatiladi. Kardiya axialaziya hamda qizilo'ngach yuzasini qoplab olgan o'sma kasalliklarida perkussiya qilinganda Traube sohasi yo'qolishi kuzatiladi.

Instrumental va laborator tekshirish usullari

Qizilo'ngach kasalliklari diagnostikasida rentgenologik, endoskopik, morfologik, ezofagotanokimografik va boshqa tekshirish usullaridan keng foydalaniladi.

Rentgenologik tekshirish. Rentgenologik tekshirish qizilo'ngach holati, shakli, uzunligi, konturlarini baholashga, uning shilliq qavati relifini aniqlashga, motorikaning turli xil buzilishlarini bilishga imkon beradi. Aniq diagnoz qo'yish maqsadida bugungi kunda turli xil rentgenologik tekshirish usullaridan foydalanilmoqda (bariy sulfat qabul qilish bilan amalga oshiriladigan oddiy rentgenoskopiya va rentgenografiya, ikki marta kontrastirovkalash usuli, rentgenokinematografiya va rentgenotelevideniya, pnevmomediastenografiya, kompyuter tomografiyasi, yadroli magnitli rezonans tomografiyasi va boshqalar), bular qizilo'ngach zararlanishiga olib keladigan ko'krak qafasi organlaridagi o'zgarishlarni aniqlashga imkon beradi (limfa tugunlarining, o'smaning kattalashgani, aorta anevrizmasi va boshqalar). Bemorlarni tekshirayotganda yanada aniq ma'lumot olish uchun ularni turli holatlarda har xil proektsiyadagi rentgen suratlarini olish mumkin.

Ezofagoskopiya. Qizilo'ngachni endoskopik tekshirish uchun maxsus yon tomonlama joylashgan yorituvchi optikadan iborat bo'lgan fibroezofagoskopdan foydalaniladi. Ezofagoskopiya qizilo'ngach kasalliklari diagnostikasida yordam beradi, zarur holatlarda zararlangan sohadan biopsiya olishga, olingan materialda gistologik tekshirishlar

olib borishga imkon yaratadi, turli xil davolovchi manipulyatsiyalar: qizilo'ngachni kengaytirish, qonayotgan tomir elektrokoagulyatsiyasi (masalan peptik yaralarda), qizilo'ngach varikoz kengaygan venalari skleroterapiyasini o'tkazishga sharoit yaratadi.

Boshqa tekshiruv usullari. Qizilo'ngach yomon sifatli o'smalarining diagnostikasida qo'shimcha usul tsitologik tekshirish bo'lib, bunda qizilo'ngach yuvilgan suvdan yoki shilliq qavatdan ajratma sifatida olingan yoki bioptat materialdan foydalaniladi. Ajratmani keng yuzali yorituvchi ballonchadan iborat bo'lgan maxsus zond yordamida olinadi. **Ezofagotonokimografiya** qizilo'ngach turli qismlari harakat aktivligini registratsiya qilish, shuningdek qizilo'ngach pastki sfinkteri tonusini aniqlashda va qizilo'ngach diskineziyasi, kardiya axialaziyasi, diafragma qizilo'ngach yorig'i churrasi diagnostikasida qo'llaniladi. Gastroezofagial reflyuks kasalini aniqlashda **qizilo'ngach ichi pH metriyasidan** foydalaniladi. Bunda qizilo'ngach ichi pH i 4,0 dan past bo'lsa oshqozondagi nordon moddalarning qizilo'ngachga o'tilganini bildiradi. So'nggi yillarda qizilo'ngach kasalliklari diagnostikasida **endosonografiya** ancha keng tarqalgan usullardan, bu ultratovushli tekshirish bo'lib, bu tekshirish ultratovushli datchikni ezofagoskop yordamida qizilo'ngachga kiritishdan iborat. Bu metod qizilo'ngach o'smalarini aniqlashga yordam beradi (ayniqsa shilliq qavat ostida bo'lsa) va operativ davolashdagi muhim savollarga javob beruvchi regional limfa tugunlari holatini baholashda qo'llaniladi.

Qizilo'ngachning organik va funktsional qisilishlarini differentsial diagnostika qilishda hozirgi kunda turli xil **farmakologik moddalardan** foydalaniladi. Nitroglitserin qizilo'ngach pastki sfinkteri tonusini pasaytirib, kardiya axialaziyasi bilan kasallanganlarda qizilo'ngachdan ovqat luqmasini o'tishini osonlashtiradi va qizilo'ngachning organik tabiatli zararlanishida bunday effekt bermaydi.

Oshqozon va 12 barmoqli ichak kasalliklari bilan og'rigan bemorlarni klinik tekshirish usullari: (Sub'yektiv va ob'yektiv)

Sub'yektiv tekshirish: So'rab surishtirish (interrogatio): bemorlar shikoyatlari – asosiy va qo'shimcha.

Anamnesis morbi

Anamnesis vitae

Asosiy shikoyatlarga quyidagilar kiradi:

- Og'riq sindromi;
- Dispeptik sindromlar;
- Oshqozon-ichakdan qon ketishi (gemoragik sindrom);
- Astenovegetativ sindrom;
- Tana massasining kamayishi;

Og'riqlar

Tananing qorin qismida og'riq oshqozon va 12 barmoqli ichak patologiyasida ko'proq bezovta qilib turadi. Odatda epigastral sohada tarqaladi va doimiy yoki xurujsimon xarakterga ega bo'ladi. Eng ko'p xarakterda xurujsimon og'riqlar ovqat qabul qilish bilan bog'liq bo'lib, sezon xarakterga ega (bahor va kuz). Og'riq paydo bo'lish vaqtiga qarab jarohat lokalizatsiyasini aniqlash mumkin. Barvaqt va kechki og'riqlar farqlanadi.

-Barvaqt og'riqlar odatda oshqozon patologiyasi bilan bog'liq. Ular ovqatdan keyin tezda paydo bo'ladi (odatda 30-60 minutdan keyin), davomiyligi 1-1,5 soat. Oshqozondagi massa evakuatsiya qilingandan keyin kamayib boradi.

-Kechki og'riqlar 12 barmoqli ichak kasalliklari bilan bog'liq. Ular ovqatdan so'ng (1,5-3 soatdan keyin) paydo bo'ladi. Shuningdek yana och qorindagi og'riq, ovqat iste'mol qilgandan so'ng kuchsizlanuvchi va tungi og'riqlar tafovut qilinadi. Kasallar quyidagilarga shikoyat qiladilar; epigastral sohada bosim yoki og'riq sezishi, oshqozonda hazm bo'lishi bilan bog'liq shikoyatlar. Shuningdek ichaklarda gaz hosil bo'lishi kuchayishi natijasida qorinda dam (meteorizm) kuzatiladi.

Dispeptik sindrom. Dispepsiya-, hazm jarayonini buzilishi bilan bog'liq simptomlar (ko'ngil aynishi, qusish, jig'ildon qaynashi, oshqozonda dam, kuldirash, epigastral sohada og'riq va ichaklarda og'irlik hissi) bezovta qiladi.

Dispeptik sindrom sabablari: Organik va funktsional bo'ladi.

Organik dispepsiya sabablari: reflyuks-ezofagit; yara kasalliklari; gastritlar; surunkali pankreatit; o't-tosh kasalliklari; oshqozon raki.

Funktsional dispepsiya diskinetik, nospetsifik ko'rinishida bo'ladi:

-Diskinetik dispepsiya quyidagi alomatlar bilan birga xarakterlanadi: oshqozon tezda to'yishini his etish, epigastral sohada noxushlikni his etish, og'riq kuzatilmasligi mumkin, ko'ngil aynishi, ayrim mahsulotlardan zaharlanish, ba'zan ingichka ichak zararlanishi.

-Nospetsifik dispepsiya uchun xarakterli qaytalanuvchi kekirish, qorinda dam, ko'ngil aynishi, stress holatlarda paydo bo'ladi.

Oshqozon-ichakdan qon ketishi sabablari:

Yara kasalligi

Gastrit va oshqozon eroziyasi

Ezofagit yoki qizilo'ngach yarasi

Qizilo'ngach venalari varikoz kengayishi (jigar tsirrozi).

Mellori-Veyss sindromi-ko'p marta qusish va uni xuruji sababli oshqozon kardial qismi shilliq qavati kapilyarlari yorilishi natijasida oshqozondan qon ketishidir.

Oshqozon-ichakdan qon ketishi qon aralash qusish va melenaga sabab bo'ladi. Qusuq massaning rangi ketayotgan qon miqdori va oshqozonda qancha vaqt turganligiga bog'liq.

Qo'shimcha shikoyatlar:

Ko'ngil aynishi, epigastral sohada noxushlik his etish adashgan nervning zararlanishi bilan bog'liq. Oshqozon kasalliklarida ko'ngil aynishi odatda og'riq bilan shuningdek tez-tez qusishdan oldin paydo bo'ladi. Ko'ngil aynishi ko'p boshqa holatlarda ham bo'ladi. Oshqozon ichak trakti patalogiyasida odatda ovqat qabul qilishda kuzatiladi.

Qusish – reflektor akt bo'lib, meda va 12 barmoqli ichak maxsulotlarini qizilo'ngach, og'iz bo'shlig'i bazan burunga qaytib chiqishidir. Bu qorin mushaklarini qisqarishi, nafas muskullarining harakati hisobiga sodir bo'ladi. Pilorik sfinkter yopiq holatda bo'ladi. Qusish refleksi ovqat qabul qilish, ovqatni medada turib qolishi, og'riq sezish bilan bog'liq. Markazi uzunchoq miyada joylashgan.

-Ertalabki qusish. Katta miqdorda shilliq bo'lsa surunkali gastrit uchun xarakterli (alkogolizm). Ertalabki qusish o't kislotaga saqlasa, tungi gipersekretsiya uchun xarakterli. Qusish ovqatdan keyin (10-15min) bo'lsa yara yoki oshqozon kardinal qismi raki, shuningdek surunkali gastrit uchun xarakterli. -Yara yoki oshqozon tanasi rakida qusish ovqatdan 2-3 soat o'tgandan keyin paydo bo'ladi.

Oshqozon pilorik qismi yarasi yoki 12 barmoqli ichak yarasida qusish ovqat qabul qilgandan 4-6 soat o'tgandan keyin paydo bo'ladi. 1-2 kun oldingi yig'ilgan ovqatlarni qusish bu sfinkter stenozida oshqozonda ovqat to'planishi bilan xarakterlanadi va aynigan palag'da tuxum hidi bo'ladi.

Qusilgan massa xarakteri:

-Qusiq massa qon saqlashi mumkin. Bu qizilo'ngach, meda-ichakdan qon ketishini bildiradi. Bu qusilgan massa "quyuq kofe" ko'rinishiga bo'ladi.

- Qusuq massasidan chirigan hid kelsa, ovqatning medada ko'p saqlanishi, medaning pilorik qismi stenozi, atoniya uchun xos.

Odatda qusishlar meda va qizilo'ngach kasalliklarida kuzatiladi, ba'zan meda ichak trakti patologiyasidan tashqari, gipertoniyada, zaharlanishlarda, yuqumli kasalliklarda, miyada bosim oshganda, ensefalitda qusish markazining ko'zg'aladi. Bunda qusish birdaniga paydo bo'lishi, ko'ngil aynish va boshqa dispeptik simptomlarsiz kechishi, qusgandan so'ng yengillik sezilmasligi va davomsizligi xarakterli.

Kasallik anamnezi. Kasallik simptomlari qachon boshlangan, ovqatlanish bilan bog'liq, bog'liq emasligi, sezon xarakterda ega yoki yo'qligini, og'riq davomiyligi, kuchayishi, sekinlashishi, nosteroid yallig'lanishga qarshi dori vositalari qabul qilganligi, bemorni o'tkazgan kasalliklari (jigar tsirrozi) meda ichak traktidan qon ketishini aniqlash maqsadida, o'tkazgan kasalliklari va avlodida qayd etilgan kasalliklar surishtiriladi.

Hayot anamnezi. Anamnez yig'ishda bemorning ovqatlanishini baholay olish kerak (ovqatlanish rejimini). Ovqat hazm qilish a'zolari kasalliklari asosiy omili bo'lgan ovqat qabul qilish ketma-ketligi buzilganligini aniqlash. Bemor qanday ovqat iste'mol qilganligi (yog'li, qovurilgan, o'tkir, sho'r, achchiq, o'tkir ichimliklar (uksus kislota)), qancha miqdordaligini aniqlash kerak.

Obyektiv tekshirish usullari: Ko'zdan kechirishda-(inspectio): bemorlarda – oriqlash, hattoki kaxeksiya (rakda va qizilo'ngach axialaziyasida), terini qurishi, oqaruvi (qizilo'ngach rakida) kuzatiladi. Qorin shakli, peristaltikaga etibor beradi. Terida chandiqlar, chiziqlar (striae), pushti rang chiziqlar – Kushing sindromida, teri osti venalarining kengayishi (tsirrozlarda yoki v. cava inferior obstruksiyasida), kindikning bo'rtib chiqishi (astsit, o'smalarda), pushti rangga bo'yalishi (pankreatitda, pastga siljishi (astsitda), yuqoriga (homiladorlikda, chanoq organlari o'smasida). Ekximozlar (yumshoq to'qimalarga qon quyilishi), kindik atrofida – Kullen simptomi, qorin yon devorlarida–Grey Turner simptomi (qorin parda ichra yoki orti bo'ylab teri osti qon oqishida), qorin bo'shlig'i o'smalarida assimetriya kuzatiladi. Qorin sathi kuzatilayotgan paytda qorin oldingi devorini nafas ekskursiyasiga ishtirokiga; teri osti venoz anastomozlarga va operatsiyadan keyingi chandiqlarga alohida e'tibor berish maqsadga muvofiqdir.

Palpatsiya –o'tkazishda bir qo'llab (mono manual) va ikki qo'llab (bimanual) palpatsiyadan foydalaniladi. Yuza palpatsiyada qorin devori mushaklari tarangligi (rezistentligi), mushaklar tonusiga, og'riqli nuqtalar bor yo'qligiga etibor beriladi, oshqozon yara kasalligi va gastritga aloqador epigastral sohadagi og'riqlar, qorin mushaklari taranglashishi kuzatiladi. Chuqur palpatsiya to'rt momentdan iborat; 1-qo'lni qorin devoriga qo'yish, 2-terini tortib burma hosil qilish, 3-ichkariga kirish, 4-palpatsiya. Palpatsiya ketma ketligi-sigmasimon ichak, ko'r ichak, ko'ndalang chanbar ichak, ko'tariluvchi (chiquvchi) chanbar ichak, tushuvchi chamber ichak, va meda, xuddi shu tartibda perkussiya qilinadi. Chuqur palpatsiyada oshqozonning katta va kichik egriligi va pilorik qismini aniqlaymiz. Ba'zan kattalashgan o'smalar palpatsiya qilinadi. Ichaklar holatiga baho beriladi va og'riqlar aniqlanadi. **Perkussiya** (informatsiyasi past va shuning uchun kam qo'llaniladi) shunga qaramasdan pilorostenozda chayqalish simptomi musbatligi, jigar, taloq hajmi va meda ichak traktida timpanik tovush aniqlanadi. **Auskultatsiya** qorinda kuldirashlarni, aorta anevrizmi bo'lsa ustida shovqin eshitiladi. Hozirgi kunda fizikal tekshirish usullari kombinatsiyalashgan holatda amalga oshirilmoqda. Bunday usullar tashxisni aniqlashda katta ahamiyatga ega.

«Kombinatsion» usullar:

1 – auskultoaffrikatsion:

Epigastral sohasiga fonendoskop qo'yiladi va qo'l barmoqlari yordamida qorin oldingi devori bo'ylab lin. mediana anterior proektsiyasida xanjarsimon o'simtadan kindikka qadar sirpanuvchi harakat amalga oshiriladi. Oshqozon quyi chegarasi odatan sirpanuvchi tovush susaygan nuqtada joylashadi.

2 – auskultativ perkussiya

Ushbu kombinatsion usul amalga oshirilayotgan paytda tekshiruvchi barmoqlari teri bo'ylab sirpantirilmaydi, balki yengil to'qillatib uriladi.

Meda shirasini tekshirish - Oshqozon shirasini tekshirish (oshqozonning sekretor funksiyasi)-oshqozon shilliq qavatining morfologik va funktsional holatini o'rganish, shuningdek masofadan turib uning evakuator funktsiyasiga baho berishga imkon beruvchi asosiy metodlardan biri. Oshqozon shirasini tekshirishning zondli va zondsiz usuli keng tarqalgan. Zondlash oshqozonning sekretor (oshqozon shirasi miqdori) kislota va ferment ishlab chiqarish funksiyasi (sekretor funksiyasi) ni tekshiruvchi metod hisoblanadi. Oshqozon

bezlarining sekretor funksiyasi haqida tasavurga ega bo'lish uchun maxsus (ingichka) zond bilan zondlash va oshqozon suyuqligini doim yoki 1 xil vaqt oralig'idan keyin so'rib olinishi kerak. Barcha holatlarda boshlang'ich bosqichda intensiv oshqozon shirasi 1 soat (har 15min) davomida uning tinch va ovqat hazm qilish oralig'ida olinadi va u bazal sekretiya deyiladi. Laboratoriyada zond orqali ovqat hazm qilish jarayonida oshqozon shilliq qavatining sekretor faoliyatini tekshirish uchun bemorlarga ovqatga javoban hosil bo'ladigan shira ishlab chiqarilishini stimullovchi medikamentoz preparatlar teri ostiga yuboriladi (gistamin, pentagastrin,). Oshqozon sekretiyanini stimullovchi kimyoviy preparatlar laborator tekshirish uchun yaroqli bo'lgan toza oshqozon shirasini olishga yordam beradi. Gistamin in'eksiya qilingandan keyin tekshirilayotgan odamda bir necha daqiqadan so'ng o'tib ketuvchi qizarish, boshida bosim va issiqlikning sezilishi kuzatiladi. Yuqoridagi nojo'ya ta'sirlarni oldini olish uchun, hamshira 20-30 daqiqa oldin dimedrol, suprastin va boshqa allergiyaga qarshi preparatlar mushak orasiga yuborishi kerak. Hozirgi kunda oshqozon shirasini stimullovchi ovqat mahsulotlarini (kofein, alkogol, karam qaynatmasi, go'shtli bulyon) qabul qilish rad etilmoqda. Chunki ular sust stimullovchi xususiyatga ega, shuningdek, ular oshqozonning kislota va ferment ishlab chiqarish funksiyasiga ob'ektiv baho berishga yo'l qo'ymaydi.

Oshqozon shirasini zondsiz tekshirish (siydikda uropepsinni aniqlash, desmoid proba, ion almashinuvi testi-atsidotest) faqat orientirlovchi ahamiyatga ega. Ushbu metod faqat oshqozon sekretor funksiyasining saqlangan yoki saqlanmaganligi haqida taxminiy ma'lumot beradi. Oshqozon sekretor faoliyatining miqdoriy ko'rsatkichlarini zondsiz usulda aniqlab bo'lmaydi. Zondsiz tekshirish usuli faqatgina chegaralangan miqdordagi aholini yoppasiga tekshirishga imkon beradi. Poliklinika, statsionarda meda, o'n ikki barmoqli ichak va boshqa hazm trakti kasalliklari bilan kasallangan bemorlarni zondsiz usulda tekshirish maqsadga muvofiq emas. **Tayyorlash:** oshqozon shirasini tekshirish uchun bemorlarni quyidagicha tayyorlanadi: tekshirishdan bir kun oldin kechqurun soat 20 da yengil tushlik qilish kerak. Tekshirish o'tkaziladigan kuni esa nonushta, suyuqlik, dori qabul qilinmaydi.

Zardob tarkibidagi gastrinni tekshirish. Oshqozon va o'n ikki barmoqli ichak kasalliklarida zardob tarkibida gastrin borligini

radioimmun metod yordamida tekshirish diagnostik ahamiyatga ega. Fiziologik holatda zardob tarkibida gastrin miqdori 100-200 ng/l ni tashkil qiladi. Uning 600 ng/l dan oshishi (gipergastrinemiya) Zollinger-Ellison sindromi (meda va 12 barmoqli ichak yarasini meda osti bezi adenokartsinomasi bilan birga kelishi) va pernitsioz anemiyada kuzatiladi.

Helicobakter pylorini aniqlash. Helicobakter pylori oshqozondan biopsiya yordamida olingan materialni tekshirish yo'li orqali aniqlanadi (ko'pincha FEGDS o'tkazilganda). Tekshirish uchun Ureaz testi qulay hisoblanadi. Bunda bioptat, tarkibida machevina saqlovchi gelga surtiladi. Agar Helicobakter pylori bo'lsa bir necha daqiqa o'tgach rang o'zgaradi. Helicobakter pylorini kulturada o'rganish qiyin, serologik yo'l bilan tekshirib bo'lmaydi.

Rentgenologik tekshirish - Medani tekshirish uchun rentgenografik va rentgenoskopik metodlar qo'llaniladi. Rentgenoskopik tekshirish orqali oshqozonning harakat funksiyasiga taxminiy baho berish mumkin. Bemorni tekshirishga tayyorlash uchun kechqurun yengil ovqatlanadi va o'sha kuni ertalab tozalovchi huqna qilinadi. Tekshirish och qorinda va vertikal holatda o'tkaziladi. Kontrast modda sifatida bariy sulfat qo'llaniladi. Tekshirish oshqozon shilliq qavatining relifini o'rganishdan boshlanadi. Ovqat hazm qilish stadiyasiga bog'liq ravishda oshqozon burmalari keng doirada o'zgaradi (burmali yoki tekislashgan). Burmalar yo'nalishi buzilgan soha patologik o'choq hisoblanadi. Tekshirishning muhim komponenti bu oshqozon konturlarini o'rganish hisoblanadi. Malum bir joydagi doimiy botiqlik soyasi "tokcha" (nisha) termini bilan yuritiladi (oshqozon yarasiuning tipik belgisi), ko'rsatkich barmoq simptomi aniqlash mumkin. Oshqozon ma'lum bir sohasining kontrast modda bilan to'lmasligi oshqozon deffekti deb ataladi (o'sma oldi holati).

Fibroezofagogastroduodenoskopiya. Tolali optikadan foydalana boshlangach gastroduodenoskopiya intensiv rivojlandi va bu metod meda va o'n ikki barmoqli ichak kasalliklariga tez va aniq ma'lumot beradigan metod hisoblanadi. Ushbu metod yordamida morfologik tekshirish uchun biopsiya olish mumkin. Bu metodning qulayliklaridan biri bu uzoq vaqt qon ketishini mahalliy davolash shuningdek rentgenologik tekshirishda aniqlab bo'lmaydigan shilliq qavatdagi o'zgarishlarni aniqlash mumkin. Rentgenologik tekshirishda oshqozonda yara aniqlanganda, o'smaning yaraga aylanmaganligini gistologik

tasdiqlash uchun endoskopik tekshirish olib borish kerak. Meda o'smasiga gumon qilinganda (shuningdek tana massasining kamayishi, anemiya) endoskopik tekshirilishi asosiy ko'rsatmadir. Vaholanki endoskopik tekshirish rentgenologik tekshirishdan farqli ravishda bazi bir holatlarda oshqozon o'smalarini aniqlashga yo'l qo'ymaydi. Masalan infiltrativ o'suvchi oshqozon o'smasini aniqlab bo'lmaydi, chunki u shilliq qavat butunligini deyarli o'zgartirmaydi. Endoskopik tekshirishda biopsiya olish va qon oquvchi yaralarni kuydirish qulay.

Oshqozon shilliq qavatidan biopsiya olish va uni gistologik tekshirish.

Ushbu tekshirish metodidan o'sma bor yoki yo'qligini aniqlash uchun foydalaniladi. Tekshirish uchun bir necha joydan to'qima olinadi. 80-90% holatlarda diagnoz to'g'ri chiqadi. Oxirgi paytlarda bu metoddan *Helicobakter pylori*ni aniqlash uchun foydalanilmoqda. Bioptatni tekshirish nafaqat mikroorganizmni o'z vaqtida aniqlashga shuningdek morfologik o'zgarishlarni aniqlashga ham yordam beradi (masalan, yallig'lanish, atrofiya, metaplaziya.)

O'tkir gastrit

Gastrit – me'da shilliq qavatining o'tkir yallig'lanishi dir. Morfologik hamda funktsional qayta qurilishi va rivojlanib boruvchi atrofiya bilan surunkali shaklga o'tishi mumkin.

Etiologiyasi. Bunda dag'al va to'liq yanchilmagan sifatsiz oziq-ovqat mahsulotlari, turli mikroorganizmlar (*Helicobakter pylori*, stafilakokk, salmonellalar) bilan zararlanish, dori vositalar birinchi o'rinda aspirin va boshqa nosteroid yallig'lanishga qarshi dorilar (NYQD) qabul qilish, etanol va ekzoallergenlar, haddan ziyod issiq ovqat qabul qilish, toksik moddalarni medaga tushishi kabi ekzogen omillar muhim o'rin tutadi. Endogen omillar ham gastrit kelib chiqishiga ahamiyati katta. Bular nafas, buyrak, jigar va yurak yetishmovchiliklari hamda tizimli kasalliklardan keyin paydo bo'ladi. NYQD prostoglandinlarni ingibitsiyalanishi bilan bog'liq bo'lib, bunda ko'pincha o'tkir eroziv gastrit kelib chiqadi. O'tkir ichimliklar ichish, ma'lum bir oziqa mahsulotlariga allergiya, kuyish, travma va operatsiya natijasida, stress tufayli ham kelib chiqishi mumkin.

Eroziv gastritning kelib chiqishi me'da shilliq qavatida qon aylanishining buzilishi bilan birga yuqoridagi sabablar muhim rol o'ynaydi.

Klinikasi. O'tkir kataral gastritda epigastral sohada og'riq, dispeptik sindrom (ko'ngil aynishi, oziq-ovqat, shilliq va o't suyuqligi aralashgan qusish), ba'zan subfebril isitma bilan xarakterlanadi. Simptomlari me'da shilliq qavatida patogen faktorlar ta'siri 6-8 soatdan keyin paydo bo'ladi. O'tkir eroziv gastrit turli ko'rinishdagi va davomiylikdagi qon ketishi bilan asorotlanishi mumkin (shuning uchun bu o'tkir gastritning xavfli shaklidir). Bemorning epigastral sohasi palpatsiya qilinganda yengil og'riq yoki diskomfort perkussiya q'ilganda timpanik tovush eshitiladi. Rentgenologik tekshirish kam ma'lumot beradi. Diaqnoz FEGDS bilan tasdiqlanadi, bunda ko'p sonli eroziya va giperemiya aniqlanadi. FEGDS qo'llanilganda odatda me'da shilliq qavatida diffuz giperemiya kuzatiladi. Shilliq qavatni kechroq bosqichlarida atrofiyasi yoki bo'lmasa gipertrofiyasini ko'rishimiz mumkin. Meda shilliq qavati burmalari qalinlashadi yoki tekislanishi mumkin.

Tekshirish usullari; rentgenologok, endoskopir, laborator tekshirish metodlari.

Davolash. Birinchi o'rinda me'da shilliq qavatini ta'sirleydigan dori vositalari qabuli to'xtatiladi. Asosiy kasallikni davolash bilan birga uning asosida rivojlangan eroziyani og'riqsizlantirish, qon ketishlar o'rni to'ldiriladi. Yaraga qarshi zarar yetkazmaydigan dieta tayinlanadi. Kerak bo'lganda me'da shirasi kislotaligini kamaytiradigan dori vositalari bilan davolanadi.

Surunkali gastrit

Surunkali gastrit-me'da shilliq qavatining surunkali yallig'lanishi bo'lib, bunda strukturasi qayta qurilishi va rivojlanib boruvchi atrofiya, motor, sekretor, evakuator va boshqa funksiyalarining buzilishi bilan kechadigan kasallikdir.

Surunkali gastrit kelib chiqishida asosan ekzogen va endogen omillar rol o'ynaydi. **Ekzogen omillarga** dag'al yetarli chaynalmagan oziq-ovqatlar; etanol va u qator moddalar; nospetsifik yallig'lanishga qarshi dori darmonlar; Helikobakter pylori; kislota va ishqorlar parlari; radiatsion nurlar kiradi.

Endogen omillar; O't reflyuksi; Qonda mochevina ko'payishi; Yurak qon tomir yetishmovchiligi natijasida meda shilliq qavati gipoksiyasi; Meda shilliq qavati mikrotsirkulyatsiyasi buzilishi;

Diagnoztikada endoskopik usul aniq malumot beradi va biopsiya materiali gistologik tekshirish uchun olinadi. Kasallik boshlang'ich bosqichlarida shilliq qavat yuzaki buzilishlari limfotsitar va plazmotsitar infiltratsiya bilan birga bo'lib, kechki bosqichlarida esa shilliq qavat bezlari shikastlanadi va oxirida gastrit rivojlanib shilliq qavat atrofiyalanadi, burmalari kamayadi. Etiologik faktorlar orasida birinchi o'rinda *Helicobakter pylori* turadi, shuningdek mikroob bo'lmagan faktorlar (alkogol, NYQD, kimyoviy agentlarning ta'siri, o't reflyuksi, dori vositalari) va autoantitelo ishlab chiqarish hisoblanadi.

Surunkali gastritning sekretor funksiyasiga qarab;

Surunkali gipoatsid va anatsid gastrit;

Surunkali giperatsid gastrit;

Morfologik o'zgarishiga qarab;

Surunkali atrofik gastrit;

Surunkali gipertrofik gastrit (Menetre kasalligi 1888 y);

Eroziv gastrit;

Surunkali antral (rigid) gastrit

Klinikasi; Kam simptomli kasallik: 1 – og'riq sindromi: xarakteri, intensivligi, lokalizatsiyasi, irradiatsiyasi, davomiyligi, yuzaga keltiruvchi omillar (odatan taom qabulidan keyin 30-50 min o'tgach); aniq lokalizatsiyalanmagan, tarqoqdir.

2 -Dispeptik sindromlar: epigastral sohaning dam bo'lishi, u ovqat iste'mol qilish bilan bog'liq; kekirish, ko'ngil aynishi, qusish, ishtahaning buzilishi, qorinda shish, kuldirashi, meteorizm, turg'un bo'lmagan ich ketishi (nausea, vomitus, haemotemesis, eructatio, regurgitatio, melena);.

3-Astenovegetativ sindrom: anoreksiya, og'iz achishi, gipersalivatsiya yoki og'iz qurishi;

Gastritda yuqori yoki normal sekretor funksiyaning klinik namoyon bo'lishida gastritda hosil bo'ladigan kislota va pepsin ishlab chiqarishining yetarli bo'lmaganligi bilan farq qiladi. -**Sekretor funksiyasi normal** yoki yuqori bo'lgan gastritda, zarda qaynashi, nordon kekirish, ovqat iste'mol qilgandan keyin epigastral sohaning og'irlashuvi va to'mtoq sanchiluvchi og'riqning bo'lishi (ba'zan "och qolish" yoki "kechki" og'riqlar), ich qotishga moyil bo'ladi. - **Sekreziyasi yetarli bo'lmagan** gastritlarda quyidagilar xarakterli: epigastral sohada to'mtoq og'riq va shish, ko'ngil aynishi, ishtahaning pasayishi, og'izda yoqimsiz ta'm, hidlangan kekirish, kuldirash, ich

ketishiga moyil bo'lish. Bulardan tashqari, gipovitaminoz (terining qurishi, tirnoqlarning o'zgarishi) va ba'zan demping sindromi (ovqat yegandan keyin holsizlik, ko'p terlash, bosh aylanishi, yurak tez urishi) belgilar kuzatiladi. **Og'iz bo'shlig'idagi o'zgarishlar.** Bemorlar og'iz bo'shliqlari ko'zdan kechirilganda milklaridan qon oqishi, tilining qalinlashganligi, qizarganligi, so'rg'ichlari tekislanganligi, atrofida tishlari izi borligi, xeyloz va angulyar stomatit rivojlanganligini ko'rishimiz mumkin hamda terisi quruqligi ko'zga tashlanadi.

Instrumental tekshirish metodlari

Oxirgi diagnoz ko'pincha FEGDS yoki shuningdek biopsiya materialini gistologik o'rganib qo'yadi. Nihoyatda muhim Helicobakter pylorini aniqlash hisoblanadi (eradikatsion terapiya bilan davolash mumkin). Me'da sekretor funksiyasi me'dani fraktsion zondlash orqali unda me'da sekretsini stimullovchilar (gistamin, pentagistamin) qo'llash orqali aniqlanadi. Qon zardobida gastrin darajasining kamayishi asosan me'da antral sohasi shikastlanganda aniqlanadi.

Davolash. Surunkali gastrit yengil kechsa odatda maxsus davo kursi talab etmaydi. Dietaga rioya qilish tayinlanadi, u yengil o'zlashtiradigan ovqatdan iborat bo'ladi va alkogol va NYQD qabul qilmasligi kerak. - Kerak bo'lganda B12, shuningdek me'da shirasi yoki ovqat bilan xlorid kislotasi tayinlanadi. - Agar Helicobakter pylori aniqlansa eradikatsion terapiya o'tkaziladi (trixapol, metronidazol va h.k.). Og'riqni olish maqsadida no-spa, platiffilin; reparativ jarayonlarni yaxshilash maqsadida Aloe 1,0; hazm jarayonlarini yaxshilash maqsadida festal, mezim, kreon va b.q.; vitaminoterapiya o'tkaziladi.

Nosteroid yallig'lanishga qarshi dorilar gastropatiyasi

1986-yil S.N. Roth tomonidan NSAID-gastropathy (nosteroid yallig'lanishga qarshi dori (NYQD) -gastropatiya) terminini taklif qildi. Bu gastroduodenal zonaning eroziv yarali shikastlanishi hisoblanib, shu preparatlarni iste'mol qilish bilan bog'liq bo'lib, klinik endoskopik ko'rinish bilan xarakterlanadi.

Patogenezi. NYQD -gastropatiyalarining patogenezi to'g'risidagi zamonaviy tushunchalar tsiklooksigenaza (TSOK, prostaglandin sintetaza) kontsepsiyasiga asoslangan. Ammo NYQD terapiyaning birinchi kunlarida bu vositalarning asosiy roli mahalliy jarohatlovchi effektlarga bog'liq. Ko'pchilik NYQDlar kuchsiz organik kislotasi hosilalari bo'lib, me'daning kislotali muhitiga ionlanmaydi va

epiteliotsitazalarning gidrofob membranasi orqali o'tadi. O'sha vaqtning o'zida shilliq qavatda mahalliy shikastlanish ro'y beradi- adaptatsiya fenomeni qisqa davrda yarim chiqaruvchi preparatlar uchun yozilgan (voltaren, diklofenak, ibuprofen): ularni prostaglandinlar ifodalamaydi, balki o'stiruvchi omillar ifodalaydi va erta NYQD -gastropatiyaga adaptatsiya spontan bitishga moyil bo'ladi. Konstitutsional izoforma TSOK-1 ingibirlanganda NYQD og'ir gastroduodenal shikastlanish sodir bo'ladi, endoskopik va klinik yaralarni keltirib chiqaradi. Prostaglandin 12 yetishmovchiligida me'da devorida mikrotsirkulyatsiya yomonlashadi, bu NYQD -gastropatiyaning muhim patogenetik zvenosi hisoblanadi. Prostaglandin E2 sintezining pasayishi bikarbonat va shilliq sekretsiasini kamaytiradi, kislota maxsulotlarining ortishi himoya hamda agressiya faktorlari disbalansi kuchayadi. Bu ultserogenezga ega bo'ladi va antisekretor hamda gastroprotektor moddalarning kuchli profilaktik effekti bilan tushuntiriladi. NYQD-gastropatiya lokalizatsiyasi ko'pincha me'da antral qismida bo'ladi. Nihoyat gastroduodenal zonada NYQD ikkilamchi adaptatsiyasi sodir bo'ladi (prostaglandinli gastroproteksiya fenomeni) 3-4 oydan keyin NYQD-gastropatiya qabul qilish xavfi pasayadi.

Oshqozon va 12 barmoqli ichak yara kasalligi

Meda va 12 barmoqli ichak yara kasalligi – bu organizmning surunkali davom etuvchi va tez-tez retsidivlovchi umumiy kasalligi bo'lib, ularning shilliq qavatda yarali defektlar paydo bo'lishi bilan kechadi. Yaraning paydo bo'lishi meda shirasi tarkibidagi kislota bog'liq. Shilliq qavat butunligi xlorid kislota va pepsin saqlagan meda shirasi ta'sirida buziladi. Shilliq qavatdagi yara dispeptik sindrom va qorindagi uzoq davom etuvchi og'riqning asosiy sababi hisoblanadi. Kasallik silliq kechib, unga mavsumiylik xos (bahor va kuz).

Yara kasalliklari ichida 12 barmoqli ichak yarasi ko'proq uchraydi. Bundan tashqari meda ichak traktida simptomatik (ikkilamchi) yaralar ham yuzaga keladi. Bularga tireotoksikozda kelib chiqadigan, nosteroid yallig'lanishga qarshi dorilar, Kushing kasalligida va stressdan keyingi, bazi bir yurak qon tomir, nafas olish tizimi, buyrak kasalliklari tufayli kelib chiqadigan, Zollinger-Ellison sindromi (meda osti bezi adenomasi, gastrinoma bilan yara birga kelishi), Kurling (kuyishlarda) yuzaga keladigan yaralarni kiritish mumkin.

Yara kasalliklari joylashishi bo'yicha; **Meda yarasi**-kardial, subkardial, tana qismi, antral qismi, pilorik qismi yarasi uchraydi. **12 barmoqli ichak yarasi**; Bulbar, postbulbar yaralar uchraydi. Yaralar soni bo'yicha bir yoki ko'p yara bo'lishi mumkin. Yaralar; xuruj davri; chandiqlanish davri; remissiya davri farqlanadi;

Etiologiyasi. Yara rivojlanishi shilliq qavat butunligini ta'minlaydigan himoya va agressiya omillar o'rtasidagi balans buzilishi bilan ta'riflanadi. Yara kasalligini etiologiyasida genetik moyillikni ham ahamiyati kattadir. Avloddan avlodga o'tishi to'g'risida aniq malumot yo'q. Yara hosil bolishiga olib keluvchi sabablar quyidagilar bo'lishi mumkin.

Infeksion nazariya 1983 yilda Helikobakter pylori Avstraliyalik (B.Marshall, A. Warren) olimlar aniqlashdi (63 surat)

Pepsinogenni ko'payishi Peptik - 1856-1878 y (C. Bemard, H. Quincke);

Yallig'lanishdan keyin (gastrit)-1817-1923 y (F. Uden va G.E. Konjetzny),

Qon-tomir nazariyasi (Vaskulyar - 1852 y (R. Virchov)),

Stress -1953 y (Seiye),

Kislotali peptik omil – 1956 y (L.R. Dragstedt),G hujayralar giperfunksiyasi;

Kortiko-vistseral – 1949 y (k.M. Bikov, I.T. Kurtsin),

Travmatik - 1912 y (L. Aschoff),

I (0) qon guruhi;

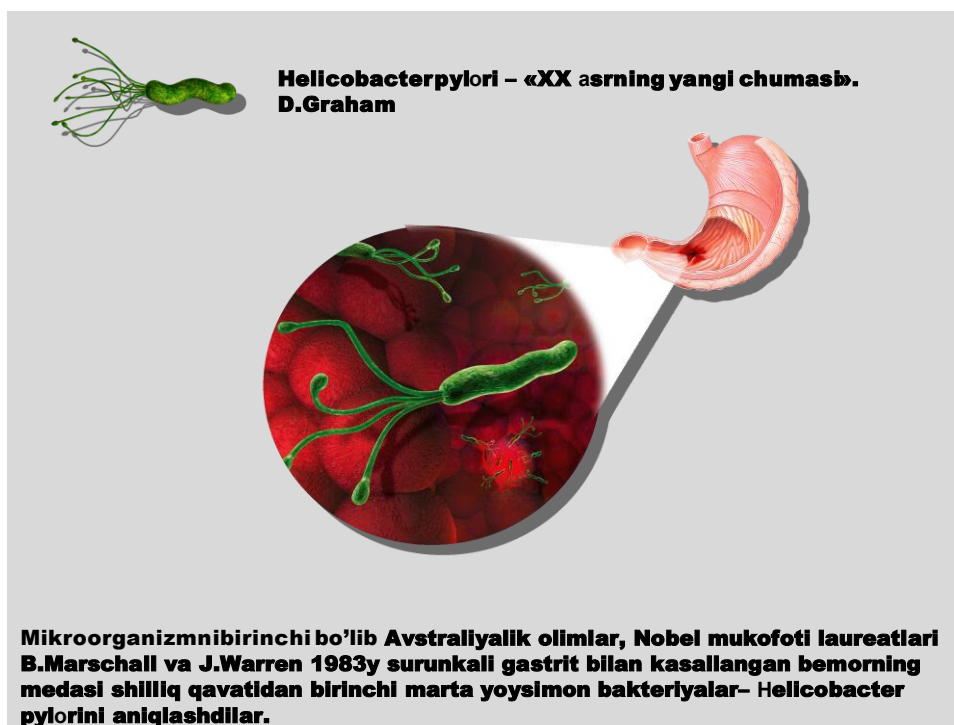
Alfa antitripsin yetishmovchiligi;

Alfa makroglobulin yetishmovchiligi;

Mukoproteidlar yetishmovchiligi;

B5, B15, B35 HLA antigen mavjud kishilarda yara ko'proq kuzatiladi.

Patogenez. Kasallik rivojlanishiga agressiv va himoya omillari orasidagi muvozanatni buzulishi yotadi. Agressiv omillar kuchi oshsa, himoya omillar ham kompensator osha boradi yoki zaiflasha boradi. Agressiya omillari va gastroduodenal gipermotor diskineziya medadagi oziq-ovqat va meda shirasini tezda 12 barmoqli ichakka evakuatsiya qiladi va meda shirasi tarkibidagi xlorid kislota shilliq qavatga tasir qiladi.



63 surat

Quyidagi jadvalda agressiv va himoya omillari keltirilgan

	Agressiv omillar	Himoya omillar
1	Meda shirasi tarkibidagi xlorid kislota	Medada shilliq hosil bo'lishi
2	Meda shirasi tarkibidagi pepsin	Bikarbonatlar ishlab chiqarilishi
3	Meda shirasi tarkibidagi gastrin	Shilliq qavat mikrotsirkulyatsiyasi yetarli bo'lishi
4	Nosteroid yaraga qarshi dorilar	Yetarlicha shilliq qavatda prostoglandinlar
5	Helikobakteri pylori	Shilliq qavatning regenerator holati
6	O't kislotalari	Immun tizim himoya qiladi
7	Meda va 12 barmoqli ichakni motor evakuator funksiyasini buzulishi	Shilliq qavatning agressiv omillar tasiriga rezistentligi;

G hujayralarda sintezlanadigan gastrin, pepsin hamda xlorid kislota ishlab chiqarilishini kuchaytirib agressiv omilni yuzaga olib keladi. Gastrin sintezini vagus xolinergik (adashgan nerv) kuchayishi (stimulyatsiya), medani antral qismi cho'zilishi, oqsillarni qisman hazm

bo'lishi, o't suyuqligi, katexolaminlar, spirtli ichimliklar va medani antral qismi ishqoriy muhit kuchaytiradi. Aksincha uni sintezini pH ni antral qismda pasayishi, xolinergik qamal, sekretin, somatostatin, prostoglandinlar va vazoaktiv interstitsial peptidlar kamaytiradi. Adashgan nerv parietal hujayralar M xolinoretseptorlarga tasir qilib xlorid kislota sintezini kuchaytiradi, gastrinni gipersekretsiyasi bilan ham tasir qiladi. **Gistamin** medani antral qismidagi semiz hujayralar (Lamina propria) dan ajralib chiqadi va tasir qiladi.

Gastrin yoki xolinergik mediatorlarni, parietal hujayralar kislota ishlab chiqarishini gistamin stimullaydi. Bu esa H₂-gistamin retseptorlari antagonistlarini (tsimetidin, ranitidin va b.q.) terapevtik effektini tasdiqlaydi. AKTG meda sekretsiyasini kuchaytiradi va meda shilliq qavatidagi shilliqni kamaytiradi, shu munosabat bilan agressiv omillarni tasiri kuchayadi.

Meda sekretsiyasini pasaytiruvchi omillar.

12 barmoqli ichakning S hujayralarida va ingichka ichakning proksimal qismida ishlab chiqaruvchi sekretin shilliq ishlab chiqarishi kuchaytiradi, gastrin va xlorid kislota ishlab chiqarilishini kamaytiradi, silliq mushaklarni qisqartiradi. Medaning antral qismi va meda osti bezining D hujayralarida ishlab chiqariluvchi somatostatin gastrin ishlab chiqarilishini susaytiradi. Ingichka ichak hujayralarida ishlab chiqariluvchi vazoaktiv interstitsial peptid hamda ko'p miqdordagi yog'lar va uglevodlar gastin ishlab chiqarilishini sekinlashtiradi.

Himoya omillariga quyidagilar kiradi (yuqoriga jadvalga qarang).

Meda shilliq qavatini himoya funksiyasini pasaytiruvchi omillar.

Xlorid kislota, pepsin, o't kislotasi.

Kasallik patogenezida shilliq qavat rezistentligining pasayishi yotadi, bundan tashqari pilorik sfinkterning susayishi natijasida o't kislotalarining me'daga otilishi ham ahamiyatga ega. 12 barmoqli ichak yara kasalligida asosiy rol ni kislota-peptik omili o'ynaydi. Gastroduodenal reflyuks tufayli medaga tushuvchu o't kislotalari meda shilliq qavatini vodorod ionlariga o'tkazuvchanligini oshiradi va bu medada xlorid kislota hosil bo'lishini kuchaytiradi yani medada kislotali muhitni oshiradi.

Helikobakter pylori shilliq osti qavatda, vorsinkalar orasida, hujayralar oralig'ida joylashib ko'pgina fermentlar ureaza, proteaza, NO sintetaza ishlab chiqarib to'g'ri tsitotoksik tasir qiladi, medada bosh hujayralarni faollashtiradi, xlorid kislota va pepsinogen-1 ishlab

chiqarilishini kuchaytiradi, mahalliy yallig'lanish chaqiradi, shilliq qavatda hujayralarni o'sishi va regeneratsiyasini pasaytiradi, medada vodorod ionlarini harakatini susaytiradi va shilliq qavat himoya bar'eri pasayadi.

Shilliq qavatda arteriolalar va kapilyarlarni spazmi, venulalarni kengayishi shilliq qavatda gipoksiya rivojlanishiga olib keladi. Bu metabolik jarayonlarni susaytirib regeneratsiya jarayonini pasaytiradi, hujayralar o'tkazuvchanligini oshiradi. Adrenalin va noradrenalin adenilattsiklazani faollashtiradi, tsAMF miqdorini meda va 12 barmoqli ichak hujayralarida ko'paytirib meda shilliq qavati lizasomalarini faoliyatini buzadi. IgA yetishmovchiligi va ishemiyaga olib keluvchi mikrotsirkulyatsiya ham shilliq qavat rezistentligini kamayishiga olib keladi

Meda shilliq qavatini himoya funksiyasini oshiruvchi omillar.

Prostaglandin E shilliq qavatda bikarbonatlarni hosil bo'lishini kuchaytiradi, tsitoprotektiv tasir qiladi, gastroduodenal shilliq qavatda mikrotsirkulyatsiyani yaxshilaydi. Ular shilliq qavat epiteliysini agressiv omillardan himoya qilishda markaziy rol o'ynaydi. Prostoglandinlar sintezida kalit ferment – tsiklooksigenaza (TsOG) bo'lib, organizmda 2 formada uchraydi. TsOG-1 va TsOG-2

TsOG-1 – u me'dada, buyrakda, trombosit, endoteliyda bo'ladi.

TsOG-2 induksiyasi yallig'lanish natijasida yuzaga keladi, bu fermentni ishlab chiqarilishi yallig'langan hujayralar tomonidan amalga oshiriladi.

NYQD klinik effekti TsOG-2 ni kamaytirish bilan bog'liq bo'lib, nojo'ya ta'sir sifatida TsOG-1 ni ham kamaytiradi. Bu esa me'da shilliq qavati himoya qatlami buzilishi bilan kechadigan, yara kasalligiga yaqin xarakterga ega bo'lgan gastropatiya rivojlanishiga olib keladi. Hozirda yallig'lanish kasalligida effektiv va bexavotir bo'lgan TsOG-2 selektiv ingibitorlariga katta umid bog'langan. Nosteroid yallig'lanishga qarshi dori vositalar prostoglandinlar sintezini pasaytiradi.

Endogen opiatlar gastrin va somatostatinlar miqdorini kamaytiradi va spazmolitik tasir qiladi. Yara rivojlanishida noxush omil bo'lib albatta tashqi omillar: stress, parhezning buzilishi, chekish kabilar ham xizmat qiladi.

Klinik kechishi. Yara kasalligini klinik simptomlari yaraning lokalizatsiyasi, chuqurligiga va qo'shimcha gastrit, gastroduodenit bilan

birga kechishi bilan bog'liq. Kasallik xuruj va remissiya bilan kechib, asosan kuzda va bahorda xuruj qiladi.

Xarakterli belgilari – ovqat qabul qilish bilan bog'liq bo'lgan qorindagi og'riq va dispeptik belgilar.

- Og'riq epigastral sohada lokalizatsiyalanadi, ovqat yegandan keyin tezda paydo bo'lsa medaning kardial qismi yaralariga xos bo'lib, bemorlar ovqat yeyishdan qo'rqadilar. Og'riq belga, umurtqaga (bel qism) irradiatsiyalanadi, bu ko'proq yara me'daning orqa devorida bo'lganda xos. Og'riq ovqat qabul qilganda paydo bo'ladigan – erta (ovqatdan 30-40 min dan keyin, bu oshqozon yara kasalligiga xos). Og'riq xurujida kislotali tarkibga ega oshqozon massasi bilan qusish kuzatiladi, bundan keyin esa og'riq tez susayadi, bemor yengillik sezadi. Kechki (ovqatdan 3-4 soat keyin va tungi og'riqlar, 12 barmoq ichak yarasiga xos) paydo bo'ladi. Og'riq sindromini ovqatlangandan so'ng, kislotalilikni kamaytiradigan modda (masalan sut) istemol qilish kamaytiradi, sezon (bahor, kuz) xarakterga ega.

- Yara kasalligining o'tkirlashuvi (ayniqsa 12 barmoqli ichak yarasi) ko'pincha yo'g'on ichak motorikasi buzilishi bilan bog'liq qabziyat bilan kechadi (5% bemorda bu asosiy symptom hisoblanishi mumkin).

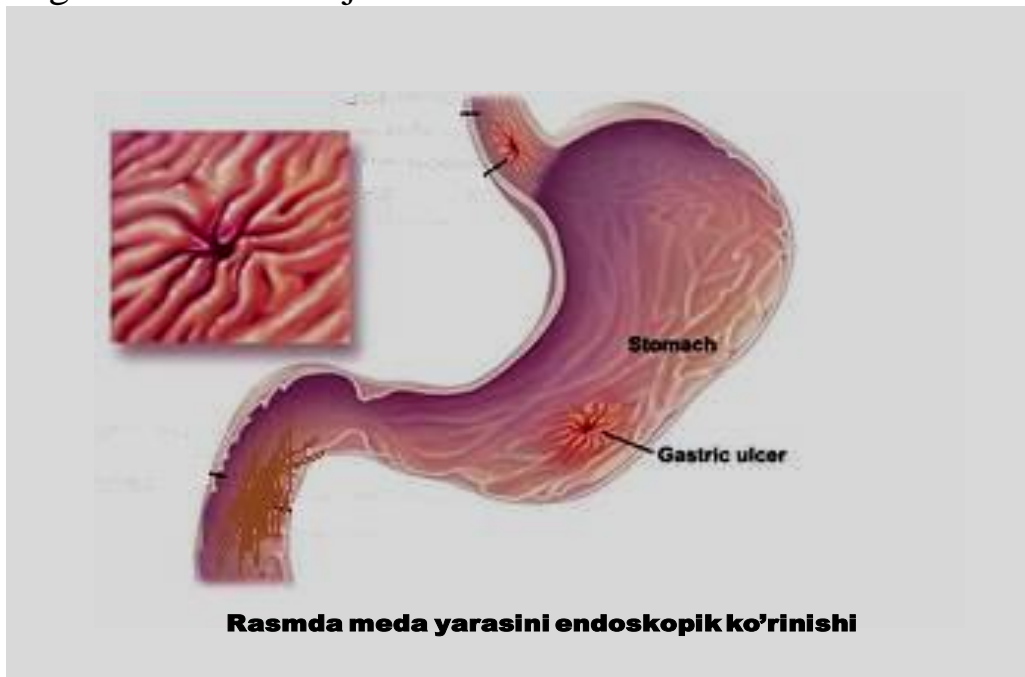
- Zarda qaynash, kekirish kuzatilishi mumkin.

Ko'zdan kechirganda til karash bilan qoplangan. Qorinni palpatsiya qilganda mushaklar biroz tarang, epigastral sohada yoki 12 barmoqli ichak ildizi sohasida og'riqni aniqlash mumkin. Og'riq asosan bir nuqtada bo'ladi. Bazi bir bemorlarda epigastral sohada, meda ustida turtkilovchi perkussiya qilganda og'riq sezadilar-**Mendel simptomi**. Bazanda ko'krak va bel umurtqalari tanasi va o'simtasi sohasida og'riqli nuqtalar aniqlanadi (simptom Boasa, Openxovskogo, Pevznera). Bir xil bemorlarda ko'krak oldyonlari va orqa yuzasida Zaxarin-Gedning giperesteziya zonalari aniqlanadi, asosan D5-D9 segmentlarda.

Bemorlarni rentgenoskopik tekshiruvda bariy sulfat beriladi va tokcha (nisha) simptomi va ko'rsatkich barmoq simptomi musbat bo'ladi, yarali deformatsiya.

Gastrofibroduodenoskopiya tekshiruvda yarani, yaradan keyingi chandiqli, gastrit, duodenitni ko'rishimiz mumkin. Endoskopik tekshiruvda shilliq qavat burmalari tekislangan atrofida qizarish bo'ladi, qon ketish bosqichida uni ko'rishimiz mumkin, poliplar ko'rinadi (64 suratga qarang). Biopsiya olish mumkin (quyidagi surratga qarang).

Laborator tekshirish. Qon tekshiriladi-yaraning qon ketish davrida eritrotsitlar va hemoglobin miqdori tushgan bo'ladi va rang ko'rsatkichi past bo'ladi. Qonda gemopoez kuchayishi hisobiga retikulotsitlar ko'rishimiz mumkin. Yara kasalliklarida meda shirasida xlorid kislota tekshiriladi. 12 barmoqli ichak yara kasalliklarida bazal va stimullangan xlorid kislota tekshiriladi va gipersekretsiya kuzatiladi, subkardial va meda tanasi yaralarida xlorid kislota meyorda yoki pasaygan bo'ladi. Gistamin yuborilgandan keyin axlorgidriya kuzatilsa 12 barmoqli ichak yarasi yo'qligidan dalolat beradi. Yashirin qon ketishini aniqlash uchun Gregerson usulida najas tekshiriladi.



64 surat

Asorotlari

- Perforatsiya;
- Qon ketish;
- Pilorik qism stenozi;
- Qo'shni organga penetratsiyalanishi;
- Sariqlik -12 barmoqli ichak yarasida Oddi sfinkteri yara chandigi' va osma bilan yopilsa kuzatiladi;
- Malignizatsiya;

Perforatsiya "xanjarsimon" og'riq bilan xarakterlanadi, keyinchalik o'tkir peritonit rivojlanishiga olib keladi.

Qon ketish yara kasalligida kuzatilib, axlatni yashirin qon ketishga tekshirganda aniqlash mumkin. **Axlat Gregerson usulida tekshiriladi.** Axlatni plastik **SARSTEDT** konteynerda grek yong'og'i razmericha olinadi va tekshirish uchun laboratoriyaga yuboriladi. Agar axlatda gijja

tekshirish kerak bo'lsa demak 2 ta konteyner kerak bo'ladi. Gregerson usulida yashirin qon ketishga tekshirishdan 3 kun oldin parhez saqlash lozim bo'ladi. Buning uchun ovqat ratsioni tarkibida baliq, go'sht, yashil poliz maxsulotlari, pomidor va temir moddasi saqlovchi oziq ovqat maxsulotlari bo'lmasligi lozim. Analiz uchun olingan axlat 12 soatdan kechiktirmasdan tekshiriladi va +2 +8°C yuqori bo'lmagan harorat bo'lishi kerak, sovutgichda saqlanadi. Lyambllilar biroz chidamli bo'lganligi tufayli ular tsistasini topish uchun 24 soat ichida analizga yuborsa ham bo'ladi.

Pilorik qismi stenozi u ko'pincha 12 barmoq ichak yara kasalligida, kam hollarda me'dada bo'lganda kuzatiladi. Bu jarayonni rivojlanishi bilan bemorlar ovqatlanish og'riqni kamaytirmay balki oshirishini sezishadi. Ko'proq xarakterli bo'lgan simptomlari—kop' miqdorda qusish bunda bemor ko'p miqdorda me'da shirasini yo'qotadi, bu esa gipoxloremiya va buyrak yetishmovchiligiga olib kelishi mumkin. Yuzaki sirpanuvchi palpatsiyada epigastral sohada "chayqalish" shovqinni sezish mumkin. Stenoz sababi FEGDS va gistologik tekshirish uchun olingan biopsiya orqali aniqlanadi (bu me'da raki va pilorik qism gipertrofiyasini inkor qilish uchun).

Penetratsiya bu termin orqali infiltrlanuvchi-destruktiv jarayonni me'da va 12 barmoq ichakning qo'shni organlar - jigar, me'da osti bezi, charviga o'tishi ta'riflanadi. Bunda tana haroratining subfebril oshishi, EChT oshishi kuzatiladi.

Parhez. Ratsiondan dispeptik holat chaqiradigan va me'da sekretsiasini oshiradigan mahsulotlar (o'tkir ziravorlar, konservalar, achchiq choy, kofe, alkogol, qovurilgan go'sht) chiqarish kerak. Bo'lakli ovqat qabul qilish (har 3-4 soatda), ya'ni 1 martalik ovqat hajmini kamaytirish me'da sekretsiasini kamaytirishda muhim ahamiyatga ega. Chunki ovqat miqdori sekretsiasini stimullaydi parhez bilan bir vaqtda ichish, chekishni ham cheklash kerak.

Davolash-Davolash ko'p hollarda murakkab. Yara bitishi uchun me'da shirasi kislotaligini neytrallashtirish va MNSda qo'zg'alish va tormozlanish jarayonlarini meyorlashtirish kerak. Og'riq oluvchi-no-spa, platifillin; proton nasos ingibitorlari (omeprazol, omez, kvamatel va b.q.), solkoseril, ranitidin va h.k.; reparativ jarayonlarni yaxshilash maqsadida Aloe 1,0; de-nol; vitaminoterapiya.

Eradikatsion terapiya. Helicobacter pylori aniqlangach davolash uni yo'qotishga (eradikatsiya) qaratiladi. Davo qat'iy standartlashtirilgan

sxema asosida olib boriladi, bunda 3 yoki 4 komponentli bakteriotsid moddalar (tetrasiklin, klaritromitsin, metronidazol, trixapol) va vismut va proton nasos ingibitorlari (omeprazol) dan foydalaniladi. Eradikatsiya 85-90 % bemorda yaxshi samara bergan, Helikobakter pylori retsidivlanishi kam kuzatilgan.

Xirurgik davo. Xirurgik davo konservativ davolash natija bermaganda va shoshilich holatlarda (yara perforatsiyasi, profuz qon ketish yaraning malignizatsiyasi, chandiq-yarali pilorik qism stenozida) asosiy davo metodi bo'lib sanaladi.

Ichak ta'sirlanish sindromi

Ta'sirlangan ichak sindromi – turg'un qator funktsional buzilishlar yig'indisi bo'lib, unda og'riq yoki qorinda diskomfort, defekatsiyadan so'ng ularning kamayishi ich ketishining chastota va konsistentsiyasini o'zgarishi bilan va 2 martadan kam bo'lmagan turg'un (yiliga 3 oydan kam bo'lmagan) ichak funktsiyasining buzilish simptomlari kiradi.

- Ich ketish chastotasining o'zgarishi
- Defekatsiya aktining o'zgarishi
- Najas konsistentsiyasining o'zgarishi
- Najas bilan shilliq ajralishi
- Meteorizm

Bu patalogik o'zgarishlar yo'g'on ichak funksiyasining buzilishi oqibatidir. Bunda yo'g'on ichakda morfologik o'zgarishlar sust namoyon bo'ladi

Kasallikning klinikasi. Bazi bir bemorlarlarda spastik kechadigan qabziyat va qorinda og'riq bo'lsa, ba'zilarida diareya bilan kechishi kuzatiladi. Ba'zi bemorlarda og'riqli qabziyat diareya bilan almashinadi, bu ko'pincha ertalablari, nonushtadan keyin kuzatiladi. Ertalabki suv va shilliqli 3-4-mahalli diareyadan so'ng bemor o'zini kun davomida yaxshi sezishi, uni diareya umuman bezovta qilmasligi mumkin. Bunday hodisalar bir necha hafta, hatto oylar davomida davriy davom etishi va noma'lum vaqtga to'xtashi mumkin. Dizbakterioz rivojlanishi bilan ichakdagi bijg'ish va chirish tufayli meteorizm kuzatiladi.

Fizikal tekshiruv. Og'riq paytida qorin shishgan, peristaltikaning kuchayish belgilari ko'rinmaydi. Palpatsiyada qorin yumshoq, chamber ichakning hamma qismida og'riq aniqlanadi. Sigmasimon ichak spazmga uchragan, qattiqlashgan, ko'r ichak ko'pincha shishgan va palpatsiyada kuldirash, bazan og'riq aniqlanadi.

Diagnostika. -Qon analizida, bioximik tekshiruvda ham o'zgarishlar kuzatilmaydi;

Najasni tekshirish disbakterioz belgilarini aniqlashda yordam beradi.

Rentgenologik tekshiruvlar (irrigografiya, irrigoskopiya) da diskineziyaning o'ziga xos belgilarini: notekis to'lish va bo'shashish, spastik qisqargan va kengaygan ichak qismlarini ko'p miqdorda ichak bo'shlig'iga sekretiya ajratishini almashinishi; Kolonoskopiya biopsiya bilan albatta o'tkaziladi, chunki bioptatlar ta'sirlangan ichak sindromini ichak yallig'lanishida farqlashga yordam beradi.

Bundan tashqari ta'sirlangan ichak sindromi diagnostikasi uchun butun oshqozon ichak traktini yallig'lanish va o'smaga inkor qilish uchun maxsus tekshiruvdan o'tkazish kerak.

Gastroezofageal reflyukus kasalligi. Reflyuks-ezofagit

Reflyuks kasalligining kelib chiqishiga sabab me'da shirasi va ingichka ichak shilliq qavati shiralarining qizilo'ngachga chiqishidir (65 suratga qarang). Buning natijasida qizilo'ngachning yallig'lanishi, ba'zan esa eroziya va shilliq qavatda yara hosil bo'ladi. Reflyuks kasalligining davom etish muddati Berret qizilo'ngachi deb nomlangan maxsus holatning paydo bo'lishiga olib kelib, unga qizilo'ngachning pastki shilliq qavatining epiteliy metaplaziyasi xosdir-bunda me'da yoki ichak tiplari mos kelib, ular qizilo'ngach rakiga aylanishi mumkin.

Etiologiyasi-Reflyuks-ezofagit diafragmaning qizilo'ngach tirqishi churrasi, sistemali sklerodermiya, qizilo'ngach pastki sfinkterining ortirilgan zaifligi hamda homiladorlikda kelib chiqishi mumkin.

Klinik ko'rinishlari-Shikoyatlari og'riq va to'sh ortida zarda qaynashi, ayniqsa issiq yoki sovuq ovqat hamda kislotali muhitni oshiruvchi ovqatlardan (yallig'langan shilliq qavat qizilo'ngach muskullarini spazmini chaqirishi bilan javob qaytaradi) keyin kuchayadi. To'sh ortidagi og'riqlar va zarda qaynashi odatda ovqatdan keyin (ayniqsa ovqat ko'p istemol qilinganda) va egilishlarda (oldinga egilishda yoki yotganda) kuchayadi. Holatning yengil bo'lishi vertikal holatda shuningdek ishqorlantiruvchi vositalar qabul qilganda yuzaga keladi. Og'ir holatlarda esa bunday og'riqlar yoki yomon hissiyotlar bo'yin yoki ikki qo'l sohasiga ham tarqalib stenokardiyaga o'xshagan holatni yuzaga keltiradi. Bundan tashqari kechqurunlari nafas yo'llariga me'da

shirasi aspiratsiyasi natijasida kuchli yo'talishlarga ham olib kelishi mumkin.

Diagnostikasi-qizilo'ngach monometriyasi. Reflyuks kuzatilganda bosim odatda bosimning quyi chegarasining 1/3 dan ham kam bo'ladi

-Reflyuks-ezofagit tashxisini tasdiqlash uchun ba'zan qizilo'ngach pastki sohasining ph ko'rsatkichi o'lchanadi (normada $ph=5-6$; reflyuks-ezofagitda esa $ph=1-2$ ga tushadi).

-Ba'zan kuchsiz kislotali aralashma qabul qilgandagi zarda qaynashiga ham sinama o'tkaziladi yoki reflyuksda invaziv test usuli qo'llanilib, qizilo'ngachning distal qismiga Ph metr elektrod kiritiladi.

-Epiteliy metaplaziyasi va qizilo'ngach eroziyasi holatlarini morfologik aniqlash tsitologik va biopsiyali endoskopiya tekshirishlarni o'tkazish orqali aniqlanadi.

-Ichga bariy sulfat yuborish yordamida rentgenologik tekshirishlar reflyuks-ezofagit kasalligini deyarli 60 % hollarda aniqlash imkonini beradi.



65 surat

Ko'rinishlari	Metodning imkoniyatlari
Sutkalik ph- ko'rsatkichi	Ph ko'rsatkichining 4 dan kichik 7dan katta ko'rsatkichini hamda davomiyligini aniqlaydi. Shuningdek uning subyektiv simptomlar bilan bog'lanishini aniqlaydi. (Ovqat qabul qilish, tananing holati, dori qabul qilish, chekish) preparatlarning qo'llanilish effektivligini nazorat qilish va individual terapiya imkoniyatlarini beradi.
48 soatlik (zondsiz) ph ko'rsatkichini "Bravo" radiokapsulasi yordamida aniqlash	Bemorda ortiqcha noqulayliklarni keltirib chiqarmasdan qizilo'ngachdagi muhit ph ko'rsatkichni zondsiz 48 soat davomida aniqlash imkoniyatini beradi.
Qizilo'ngachni	Qizilo'ngach strukturasi, yaralari, eroziyasi,

rentgenologik tekshirish	diafragma qizilo'ngach tirqishi churrasini aniqlaydi.
Qizilo'ngachni endoskopik tekshirish	Qizilo'ngach yallig'lanishining, eroziyasining, yaralarning, strukturasi, Berret qizilo'ngachi o'zgarishlarini aniqlaydi.
Impedansometriya (qizilo'ngachning ikki faol nuqtasi orasidagi potentsiallar farqi o'lchanadi)	Qizilo'ngach klirensi, qizilo'ngach devorlarining peristaltik harakat aktivligini aniqlash imkonini beradi.
Qizilo'ngach sfinkterlarini monometrik tekshirish	Qizilo'ngach sfinkterlari tonusi o'zgarishini aniqlaydi. DeMeestr bo'yicha norma: Bazal bosim NPS=14,3-34,5mm.sim.ust. NPSning umumiy uzunligi 4 smdan kam emas NPSning abdominal sohasining uzunligi 2 smdan kam emas.

Gastroezofageal reflyuks kasalligi

Gastroezofageal reflyuks kasalligi (GERK) – surunkali qaytalanuvchi kasallik bo'lib, gastroezofageal soha organlarining motor - evakuator funksiyasi buzilishi va to'satdan yoki regulyar meda hamda o'n ikki barmoqli ichak shirasi yoki u bilan birga massalarining qizilo'ngach distal qismiga tushishi natijasida uning eroziv - yarali, kataral yoki funktsional buzilishi demakdir (66 a va b surat).

Hozirgi vaqtda GERK gastroenterologiyaning dolzarb muammolaridan biridir. Bu holat birinchi navbatda GERKning keng tarqalishi bilan bog'liq bo'lsa, ikkinchidan ushbu xastalikning atipik (kardial, bronxo-pulmonal, anemik, stomatologik) belgilarining nisbatan ko'proq kuzatilishi hamda asoratlarning (Barret qizilo'ngachi, qizilo'ngach adenokartsinomasi) qisqa muddat ichida rivojlanishi natijasida yuzaga keladi. Aynan GERK taraqqiy qilgan mamlakatlar (AQSh, Rossiya) da 40- 45 % aholi jig'ildon qaynashidan aziyat chekadi. Ko'p sonli tadqiqotlar shuni ko'rsatadiki, GERKda asosiy klinik belgi jig'ildon qaynashi bo'lib, u aholining 20-40% da uchraydi, homiladorlik davrida esa bu ko'rsatkich 46% gacha oshadi. Gastroezofageal reflyuks kasalligining tarqalishi rivojlangan



a)

66 surat

b)

a) Reflyuksatning qizilo'ngach va og'iz bo'shlig'iga chiqishi

b) Qizilo'ngachdagi o'zgarishlar

mamlakatlarda yuqori suratda o'sib bormoqda. S. Spechler ma'lumotlariga qaraganda (1992) GERK 20-40% aholida uchragan, reflyuks ezofagit esa 2% ni tashkil qilgan, 2001 yilda (O. Philip) GERK 50% aholida, reflyuks ezofagit esa 7-10% kuzatilganligini aniqlagan. 2001 yildan so'ng S. Amidra 70% ayollar, 50% erkaklar u yoki bu darajada GERK klinik belgilaridan aziyat chekishlarini aniqlagan.

O'zbekistonda ham bu ko'rsatkich oxirgi o'n yillikda jadallik bilan ko'payib, asoratlarning rivojlanishi oshib bormoqda.

O'tkazilayotgan tadqiqotlar shuni ko'rsatmoqdaki aholining etnik tarkibi ham GERKning tarqalishiga ta'sir ko'rsatar ekan. Kasallik asosan janubiy-sharqiy Osiyo davlatlarida indeytslarga qaraganda 10 barobar yuqori ko'rsatkichni tashkil etadi. Tayvan, Yaponiya davlatlarida ham bu ko'rsatkich yuqori. Oxirgi yillarda aniqlanishicha GERK oq tanli erkaklarda ko'p uchrashi kuzatilayapti.

Etilogiyasi: GERK – ko'p omilli kasallikdir. Ular **ezofageal va ekstraefageal** omillarga bo'linadi. Kasallik sababi to'liq o'rganilmagan. Xastalikni olib keluvchi asosiy omillarga: gavda vaziyatining gorizontal holatda uzoq saqlanishi, tana massasining oshishi, chekish, qizilo'ngach silliq muskullarini tonusini pasaytiruvchi medikamentoz va alimentar omillar kasallik kelib chiqishiga roli katta. Medikamentoz tsitramon, kofetamin, kaltsiy antagonistlari, papaverin, no-spa, baralgin, nitratlar, progesteron garmoni, xolinolitiklar, teofillin va analgetiklar kabi dori vositalarini uzoq muddat qabul qilish qizilo'ngach muskullarini tonusini pasaytirib kasallikni kelib chiqishida asosiy turtki hisoblanadi. Alimentar omillardan alkogol iste'mol qilish, kofe, choy, kola, myata perechnoe, yog'li go'sht va sala istemol qilish,

un maxsulotlaridan makaron, o'tkir pripravlar, qovurilgan va tsitrusli maxsulotlar istemol qilish kasallik keltirib chiqaruvchi omillardir. Bazi bir patologik holatlar ham kasallik kelib chiqishiga roli kattadir. Bular sistemali kasalliklar (sistemali sklerodermiya), adashgan herv (vagus) neyropatiyasi, nevroitik holat, diafragmal churra, 12 barmoqli ichak yarasi, qorinda dam bo'lishini roli katta.

Homiladorlik, qorin ichi bosimining ortishi, 50 yoshdan katta insonlar, tez va ko'p miqdorda ovqat istemol qilish ham kasallik rivojlanishiga xavfli omildir.

Oxirgi yillarda GERKning kelib chiqishida Helikobakteri pylori (HP) mikroorganizmi ham sabab bo'lishi to'g'risida adabiyotlarda ma'lumotlar keltirilgan.

GERK rivojlanishiga quyidagi sabablar asos bo'ladi (ezofageal):

Kardiyaning yopiluvchi mexanizmining yetishmovchiligi (ezofageal);

Qizilo'ngach klirensining pasayishi (ezofageal);

Qizilo'ngach shilliq qavati rezistentligining kamayishi (ezofageal);

Oshqozon va duodenal massalarning qizilo'ngachga chiqishi (reflyuks) (ekstraefozageal). 12 barmoqli ichak piyozcha qismi stenozi (ekstraefozageal), duodenostaz (ekstraefozageal), duodenal gipertenziyalar (ekstraefozageal);

Kardial jomning yetishmovchiligi (ekstraefozageal). Oshqozonda bosim ko'krak qafasiga qaraganda yuqori, oshqozon massalarining qizilo'ngachga o'tishi doimiy bo'lib turadi, lekin kardial jom funksiyasi normada bo'lganda bu ovqatlanishdan so'ng 5 daqiqadan ko'p davom etmasligi kerak, uzoq davom etishi patologiya hisoblanadi. Qizilo'ngachda normal Ph ko'rsatkichi 5,5-7,0. Qizilo'ngach reflyuksida sutkalik Ph<4 dan past bo'ladi. Qizilo'ngach – oshqozon o'tuvchanligi (kardial jom funksiyasini) quyidagi mexanizmlar saqlab turadi:

- Qizilo'ngach pastki sfinkteri:

- Diafragma-qizilo'ngach bo'g'lami:

- Shilliq qavatning holati:

- Giss o'tkir burchagi, Gubarev klapanining hosil bo'lishi:

- Qizilo'ngach pastki sfinkterining qorin ichida (vnutribryushnoe)

joylashishi:

- Oshqozon kardial qismi (bo'limi) aylanma muskul tolalari.

Patogenezi: GERK patogenezida qizilo'ngach shilliq qavati himoya omillari bilan agressiv omillar orasidagi balansning buzilishi asosiy

sabab hisoblanadi. Qizilo'ngach shilliq qavatini agressiv ta'sirlovchilarga xlorid kislota, pepsin, o't kislotalari, lizoletsitin va tripsin bo'lib, uning himoya omillariga qizilo'ngach pastki sfinkteri antireflyuks bar'er funksiyasi, qizilo'ngach, oshqozon va o'n ikki barmoqli ichakning normal motor faolligi, qizilo'ngach shilliq qavatining shikastlovchi ta'sirga rezistentligidir. GERK keli b chiqish mexanizmida asosiy o'rinni qizilo'ngach antireflyuks bar'er funksiyasining buzilishi hamda qizilo'ngach pastki sfinkteri tonusining pasayishi egallaydi. Bunga kardial sfinkterning yopiluvchi mexanizmining nisbiy hamda absalyut yetishmovchiligi sabab bo'ladi. Kardiyaning nisbiy yetishmovchiligiga intragastral bosimning oshishi, masalan, qizilo'ngach pastki sfinkteri tonusi funksiyasi normada bo'lganda ham, oshqozon antral qismining intensiv qisqarishi natijasi bo'ladi. A.L. Grebenev va V.M. Nechaev (1995) tadqiqotlarida kardial sfinkterning nisbiy yetishmovchiligi 9-13% GERB bilan kasallangan bemorlarda uchragan.

Kardial jomning absolyut yetishmovchiligi uning yopiluvchi mexanizmining buzilishi bilan bog'liq. Yopiluvchi mexanizmning ahamiyati asosan qizilo'ngach pastki sfinkterining holatiga bog'liq. Sog'lom kishilarda bu sohada bosim $20,8 \pm 3,0$ mm simob ustuniga teng. GERK bilan kasallangan bemorlarda u $8,9 \pm 2,3$ mm simob ust. gacha pasayadi.

Qizilo'ngach pastki sfinkteri tonusi ekzogen va endogen omillarga bog'liq. Bosim bir nechta gastrointestinal garmonlar: glyukagon, somatostatin, xoletsistokinin, sekretin, vazoaktiv intestinal peptidlar, enkefalinlar ta'sirida pasayadi. Shuningdek kardiyaning yopilish funksiyasiga depressiv ta'sir qiluvchi vositalar (xolinergik vositalar, tinchlantiruvchi va uxlatuvchi preparatlar, β - adrenoblokatorlar, nitratlar) hamda ovqat mahsulotlaridan yog'lar, shokolad, tsitrus mahsulotlari, tomat, spirtli ichimliklar ta'sir qilib, qizilo'ngach pastki sfinkteri tonusini pasaytiradi. Qizilo'ngach pastki sfinkteri muskul to'qimasiga to'g'ridan to'g'ri xirurgik operatsiyalar, nazogastral zondning uzoq muddat qizilo'ngachda turishi, sklerodermiya ham gastroezofageal reflyuksga sabab bo'lishi mumkin.

Ko'p hollarda oshqozon yoki duodenal massalarning qizilo'ngachga o'tishi diafragma churralarida uchraydi. Bu churra 50% yoshi 50 dan o'tgan kishilarda uchraydi. 63-84% bemorlarda RE belgisi endoskopik tekshuruv vaqtida aniqlanadi. Diafragma qizilo'ngach bo'limi churrasida

reflyuks sabablari: Ko'krak qafasi bo'shlig'ida oshqozon distopiyasi (topografiyasi o'zgarishi), Giss burchagining yo'qolishi va kardiya klapan mexanizmining (Gubarev klapani) buzilishidir.

Shuningdek kimyoviy (qizilo'ngach shilliq bikarbonatlari va neytrallovchi shilliq ta'sirining pasayishi) va hajmiy (ikkilamchi peristaltikaning pasayishi va qizilo'ngach ko'krak qismi tonusining susayishi), ezofageal klirens (oshqozondan qizilo'ngachga o'tuvchi ovqat massalarini yo'qotuvchi funksiyasi) ning pasayishi ham GERK kelib chiqish patogenezida muhim rol o'ynaydi. Boshqa patogenetik omillardan reflyuksatning shikastlovchi ta'siri (xlorid kislota, pepsin, o't kislotalari), qizilo'ngach shilliq qavati rezistentligining pasayishi, oshqozondan ovqat o'tishining buzilishi, qorin ichi bosimining oshishi xastalikning kelib chiqishida turtki hisoblanadi.

Bugungi kunda GERKning rivojlanishida ishqoriy duodenogastral (DGR) reflyuks, duodenogastroezofageal (DGER) reflyukslar ham muhim rol o'ynashi o'z tasdig'ini topgan. DGER reflyuksning kelib chiqishida asosiy sabab privratnikning bekiluvchi funksiyasining yetishmovchiligi, surunkali duodenostaz va o'n ikki barmoqli ichakda bosimning oshishi natijasida kelib chiqadi. Bu buzilishlar asosan oshqozondagi anatomik o'zgarishlar (oshqozon rezektsiyasi, gastrostomiya, enterostomiya, vagotomiya, xoletsistoektomiya) sababli rivojlanadi. Bundan tashqari DGRning rivojlanishida funktsional buzilishlar - hazm trakti yuqori bo'limlari motor - evakuator funksiyalarining diskordinatsiyasi ham turtki bo'ladi.

Hozirgi vaqtda DGRning rivojlanishida quyidagi mexanizmlar aniqlangan:

Sfinkter apparatining yetishmovchiligi: duodenal massalarning erkin oshqozonga va qizilo'ngachga o'tishi (bu pilorik va qizilo'ngach sfinkterlari orqali o'tadi);

Antraduodenal dismotorika – oshqozon va o'n ikki barmoqli ichak orasidagi antral, pilorik koordinatsiyaning buzilishi natijasida duodenal massalarning oshqozonga chiqishi;

Antireflyuks bar'er yetishmovchilik.

DGRlarda reflyuksat tarkibi nafaqat o'tdan, balki uning tarkibida duodenal sok va pankreatik enzimlar mavjud.

GERKning tipik klinik simptomlari jig'ildon qaynashi, kekirish, regurgitatsiya klinik amaliyotda ko'p kuzatiladi, kasallikka tashxis qo'yish aytarli qiyinchilik tug'dirmaydi. Biroq xastalikning «atipik»

ko'rinishlarini o'z vaqtida aniqlash jarayonida ancha qiyinchiliklarga duch kelish mumkin. GERKning «atipik» variantlaridan aynan bronxo'pka turi hozirgi vaqtda ko'p kuzatilayapti. Masalan: adabiyot ma'lumotlarida GERKning «atipik» varianti namoyondasi reflyuks – astma 50% dan 80% gacha hollarda bronxial astma (BA) bilan birgalikda uchrashi ta'kidlanayapti. GERKda uzluksiz jig'ildon qaynashi (haftada bir marta) hamda kasallikning 20 yildan ko'p vaqt davom etishi qizilo'ngachning xavfli o'smasi adenokartsinomaning rivojlanishiga olib keladi.

GERK eroziv ezofagit, gemoragik ezofagit, yarali ezofagit, ezofageal struktura bilan va Barrett qizilo'ngachi hamda ezofageal kartsinoma bilan asoratlanadi.

DGER qo'zishi ikki yo'l orqali: 1. Oshqozon ichi (intrastral) bosim oshishi, bu GERK kelib chiqishi xavfini oshiradi.

2. Duodenal massalar – o't kislotalari va pankreatik enzimlar ham qizilo'ngach shilliq qavatiga shikastlovchi ta'sir ko'rsatadi.

Bundan tashqari GERKning kelib chiqishida homiladorlik vaqtidagi garmonal o'zgarishlar ham sabab bo'ladi. Aynan homiladorlik vaqtida progesteron garmonining oshishi qizilo'ngach pastki sfinkteri tonusiga bo'shashtiruvchi ta'sir ko'rsatadi. Shuningdek bachadonning kattalashib yuqoriga ko'tarilishi ham qorin ichi bosimini oshiradi.

Gastroezofageal reflyuks xastaligini turli formalarining klinik ko'rinishlari.

GERKning turlicha endoskopik tasniflari ishlab chiqilgan. Butun jahon gastroenterologlar kongressida (Los Anjeles) GERKning klinik tasnifi tasdiqlandi va shunga asoslanib quyidagicha ta'riflandi:

- Noeroziv reflyuks kasalligi (NERK),
- Eroziv ezofagit kasalligi (ERK),
- Barrett qizilo'ngachi (BQ)

Butun jahon statistik tahlil ma'lumotlarida ko'rsatilishicha NERK GERKning 60 % ini, ERK 37 % ini va BQ i 3% ini tashkil etadi.

Instrumental tekshirish: NERK - oshqozondagi massalarning tez-tez qizilo'ngachga chiqishi, lekin endoskopik tekshirilganda qizilo'ngach shilliq qavatida o'zgarishlar ko'rinmaydi (endoskopik negativ variant), ba'zida

kataral ezofagit belgilari ko'rinadi. Agar bemorlarni uch oy davomida to'xtovsiz jig'ildon qaynashi, kekirish, regurgitatsiya, epigastral sohada og'riq simptomlari bezovta qilsa tahxis qo'yish mumkin. Bemorlarda odenofagiya va disfagiya belgilari kuzatilmaydi, tana massasining oshishi, semirish belgilari kam kuzatiladi. Ko'proq ayollarda uchraydi. Morfologiyasida qizilo'ngach shilliq qavatining turli darajadagi yallig'lanish belgilari: distrofiya, atrofiya, ko'p qavatli yassi epiteliyning leykoplakiyasi kuzatiladi. O'sma oldi o'zgarishlari, ko'p qavatli yassi epiteliyning displaziyasi gistologiyada bo'lmaydi.

Eroziv ezofagit (reflyuks ezofagit) katta yoshli aholi orasida keng tarqalgan bo'lib, bu ko'rsatkich 30-45% ni tashkil qiladi. Bunda ham oshqozondagi massalarning qizilo'ngachga o'tishi kuzatiladi, shuningdek endoskopiyada qizilo'ngach shilliq qavatida eroziv yoki yarali o'zgarishlar ko'rinadi. Eroziv ezofagitda qizilo'ngach shilliq



67 surat

Reflyuks ezofagit endoskopik manzari qavatining jarohatlanishiga qarab quyidagi etaplarga ajratiladi (**Los-Anjelos klassifikatsiyasi 1997 yil**):

A - bosqich: qizilo'ngach shilliq qavatining bir yoki bir nechta qismining jarohatlanishi, lekin 5 mm dan oshmagan, shilliq qavat birta burmasidan o'tmagan.

B - bosqich: qizilo'ngach shilliq qavatining bir yoki bir nechta qismining jarohatlanishi, 5 mm dan oshgan, shilliq qavat birta burmasidan o'tmagan.

S - bosqich: qizilo'ngach shilliq qavatining bir yoki bir nechta qismining jarohatlanishi, shilliq qavat birta burmasidan o'tgan, protsess 75% gacha qizilo'ngach aylanmasini egallagan.

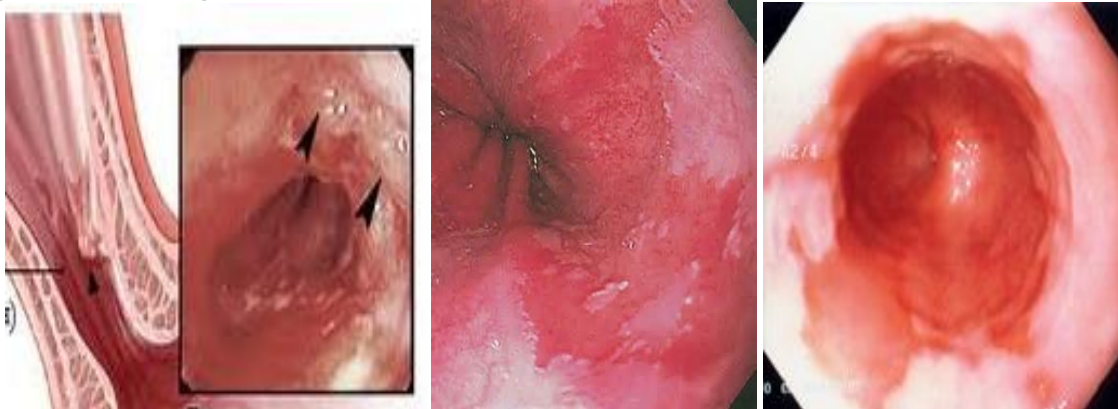
D - bosqich: qizilo'ngach shilliq qavatining jarohatlanishi 75% dan yuori.

E- bosqich: jarohat yuqori aylanmasini egallagan.

Eroziv ezofagit ko'pincha erkaklarda uchraydi. NERKga qiyoslaganda jig'ildon qaynashi chastotasi va davomiyligi yuqori bo'ladi. Shuningdek eroziv ezofagitda kechqurungi jig'ildon qaynashi, odinofagiya, disfagiya yuqori darajada rivojlangan bo'ladi. Kasallikning

davomiyligi uzoq, bemorlarning ko'pchiligida tana massasi oshishi bilan semizlik kuzatiladi, qizilo'ngach pastki sfinkteri tonusi kamdan kam holatda normada bo'ladi, ya'ni pasaygan bo'ladi. **ERK morfologik kartinasida xarakterli o'zgarishlar:** turli darajada va faollikda qizilo'ngach shilliq qavatida yallig'lanish, distrofiya, atrofiya, ko'p qavatli yassi epiteliyning leykoplakiyasi, o'sma oldi o'zgarishlari, ko'p qavatli yassi epiteliyning displaziyasi kuzatiladi. Chekuvchilarda kasallikning qaytalanishi ko'p kuzatilganda qizilo'ngach strikturasi va yarasiga xavf oshadi.

Barrett qizilo'ngachi (BQ) (68 surat)– qizilo'ngach ko'p qavatli yassi epiteliysining oshqozon yoki o'n ikki barmoqli ichak tsilindrik epiteliysiga metaplaziyasidir, metaplaziyalangan epiteliyning displaziyasidir. Klinik manzarasi eroziv ezofagit belgilari bilan bir xil. BQ anamnezi kasallik besh yildan uzoq vaqt davom etganda va yiliga bir marta xurujlanganda kuzatiladi. Asosan 50 yoshdan oshgan erkaklarda moyillik yuqori bo'ladi. Bemorlarda ichak metaplaziyasi faqat eroziv ezofagit bo'lganda kuzatiladi va epiteliy displaziyasi bilan qo'shib keladi. GERK BQ bilan birgalikda kelganda bemorlar har yili endoskopik, gistologik tekshirishdan o'tishlari shart (displastik o'zgarishlarning foizi oshib ketmasligi uchun).



68 a,b,c surat. Barrett qizilo'ngachi endoskopik manzarasi.

GERKning klinik belgilari xilma-xil bo'lib, barcha simptomlar ikki guruhga bo'linadi:

- tipik (ezofageal)
- atipik (ekstraefozageal)

Ezofageal simptomlarga jig'ildon qaynashi, kekirish, epigastral va ko'ks ortida og'riq, disfagiya, odenofagiya, og'izdagi achchiq ta'm, ko'ngil aynish, qusish kiradi. **Jig'ildon qaynashi** – ko'ks orti (qizilo'ngach pastki 3/1 qismi) yoki epigastral sohada turli

intensivlikdagi kuyishish hissi bo'lib, minimal 75 % bemorlarda kuzatiladi. Jig'ildon qaynashi oshqozondagi kislotali massaning qizilo'ngach shilliq qavatiga ta'siri uzoq $\text{pH} < 4$, bo'lganda kuzatiladi. Jig'ildon qaynashi intensivligi va faolligi ezofagit og'irlik darajasi bilan bog'liq emas, asosan xlorid kislota, o't kislotalari bilan qizilo'ngach shilliq qavatining kontaktiga bog'liq. Jig'ildon qaynashi ovqatdan so'ng, gazli ichimliklar, alkogol ichilganda, jismoniy zo'riqishda, tana vaziyati gorizontal holatda bo'lganda kuchayadi. Jig'ildon qaynashi ko'pincha kekirish bilan, ba'zan reflyuks ezofagit bilan keladi. NERKda intensiv jig'ildon qaynashi 10% bemorlarda kuzatiladi, ERKda 32 % kuzatiladi. Ertalabki va kechquringi jig'ildon qaynashi o'rtacha intensivligi past bo'ladi. A.S.Truxmanov (2008) ma'lumotlarida keltirilishicha kunlik jig'ildon qaynashi NERKda 31%, ERK da 62% gacha kuzatiladi. **Kekirish** - oshqozon privratnik qismining spazmi va oshqozon, diafragma qorin muskullarining reflektor qisqarishi natijasida oshqozondan havo hamda gazlarning og'iz orqali ixtiyorsiz chiqishidir. Kislotali reflyuksat muhitiga ega bo'lgan GERK da asosan kislotali kekirish kuzatiladi, ya'ni oshqozon shirasining oshib ketishi natijasida kelib chiqadi. Kislotali kekirish bo'lganda bemorlarda turli darajadagi og'riq simptomlari kuzatiladi. Achchiq ta'mli kekirish o'tning medaga o'tishi natijasida kelib chiqadi. Agar o't medaga tushmasa kekirish havo bilan hidsiz bo'ladi. O't chiqarish yo'llari kasalliklarida kekirish doimiy bo'ladi. **Disfagiya** – yutish aktining qiyinlashuvidir. Doimiy disfagiya qizilo'ngach strikturasi rivojlanishidan dalolat beradi. Tez progressiv rivojlanib boruvchi disfagiya va tana massasining tushishi qizilo'ngach adenokartsinomasining rivojlanishidan darak beradi.

Odenofagiya – yutinganda og'riq hissi. GERKda ham kuzatiladi, lekin asoratlari rivojlanganda ko'p kuzatiladi.

Og'riq belgisi – GERKda asosan qisuvchi, bosuvchi xarakterda bo'lib, tarqalishi epigastral sohada va ko'ks ortida kuzatiladi. Ko'ks ortidagi og'riq kurak orasiga, bo'yinga, pastki jag'ga, ko'krak qafasi chap yarmiga tarqaladi. Ezofageal og'riqlarning boshqa ekstraefageal og'riqlardan farqi, ovqatlanish bilan bog'liq bo'lib, tana vaziyatini o'zgartirganda, ishqorli mineral suvlar va antatsidlar ichilganda yo'qoladi.

Gastroezofageal reflyuks kasalligining atipik shakllari

Atipik (ekstraefageal) belgilar – kardial, bronx – o'pka, otolaringologik, stomatologik, anemik turlari mavjud.

A.A.Sheptulin (2005) tadqiqotlari shuni ko'rsatadiki 25% hollarda GERK faqat atipik belgilar bilan kechadi.

Kardial simptomlar – yurak ritmining buzilishi, ko'krak qafasi chap tomonida og'riqning kuzatilishi. Kardial belgilar ko'pincha vegetativ disfunktsiya natijasida oshqozon massalarining qizilo'ngachga o'tishi natijasida taxiaritmiya, o'tkazuvchanlikning buzilishi, hansirash, terlash, qaltirash, emotsional tanglik, yig'loqilik, qo'rquv hissi, vahima, bosh aylanishi, bosh og'rishi belgilari bilan kechadi. Ayniqsa yoshi o'tgan bemorlarda GERK yurak ishemik kasalligi (YuIK) bilan kechganda kasallikka tashxis qo'yishda chalkashlikka olib keladi. YuIK stenokardiya yakka holda kechganda og'riq xarakteri kuydiruvchi, bosuvchi, qisuvchi turda bo'lib, chap yelkaga, kurrakka beriladi, davomiyligi 20 daqiqa davom etadi. GERKda esa og'riq xarakteri monoton, ta'sirlovchi, kuydiruvchi bo'lib, ma'lum bir davomiylikka ega emas, ko'proq og'riq orqaga beradi. YuIK ni olib keluvchi omillar fizik va emotsional zo'riqish, sovuq qotish bilan xarakterlansa, GERKda sho'r, o'tkir ovqatlar iste'mol qilingandan so'ng, tana vaziyati gorizontol holatda turganda kuchayadi.

Bronx-o'pka fonida kechgan GERKda obstruktiv bronxit, kechqurungi surunkali yo'tal, qaytalanuvchi pnevmoniya, o'pka fibrozi bilan kechadi. 1892 y Osler birinchi marta hansirash, oshqozon massalarining havo yo'llariga aspiratsiya bo'lishini aniqlagan. Bronx-o'pka sindromida 50% hollarda kechqurun paydo bo'ladi. Yo'tal kelib chiqish patogenetik mexanizmida bemorlarda oshqozon massalarining bronxlarga mikroaspiratsiya bo'lishi natijasida shilliq qavatni ta'sirlashidan kelib chiqadi. Tadqiqotlardan aniqlanishicha GERK surunkali yo'tal bilan kechganda 40-75% bemorlarda tipik klinik belgilar (jig'ildon qaynashi, kekirish) kuzatilmaydi. Tashxisni qizilo'ngach ichi pHni aniqlash orqali tasdiqlanadi.

Reflyukus astma

Bronx-o'pka sindromining GERK bilan birgalikda kelganda ko'p uchraydigan turi bronxial astma (BA) kasalligi bo'lib, bu 50-80%ni tashkil qiladi. GERK bilan BA kasalligining patogenetik bog'liqligi reflektor vagus mexanizmi orqali bronxlar giperreaktivligi xlorid kislotaga ta'siriga nisbatan mikro va makroaspiratsiyasi, ikkinchi tomondan BA ni o'zi GERK rivojlanishi uchun turtki hisoblanadi, ya'ni qorin va ko'krak bo'shlig'ida bosim ortishi diafragma qizilo'ngach qismi churrasini keltirib chiqarishi, bronxodilyatatorlarni keng doirada qo'llash (M:

teofillin) qizilo'ngach pastki sfinkteri tonusini pasaytiradi, bu esa o'z navbatida GERKning kelib chiqishiga sabab bo'ladi. Bu toifadagi bemorlarda astma simptomlari bilan birga jig'ildon qaynashi kabi simptomlar birga keladi. Reflyuksatni yuqori bosim bilan hiqildoqqa otilishi natijasida otolaringologik belgilar rivojlanadi. Bunda bemorlarda qo'pol huvillovchi yo'tal, tomoq qichishi kelib chiqadi. Bu turdagi xastalikda bemorlarda ovoz bog'lamlari yarasi, granulyomasi, ovoz tirqishi stenozi, raki xavfi yuqori. Sud tibbiyoti ekspertlarining ma'lumotlariga qaraganda GERK da o'lim sabablaridan biri kislotali, ishqoriy oshqozon yoki o'n ikki barmoqli ichak massalarining halqum va hiqildoqqa o'tishi natijasida hiqildoq spazmi va reflektor nafas to'xtashidan kelib chiqadi. **GERK atipik belgilaridan yana biri stomatologik sindrom bo'lib**, bunda agressiv oshqozon massalarining tish emalini yemirishi natijasida rivojlanadi. **Anemik sindrom** – qizilo'ngach eroziyasi yoki yaralaridan surunkali qon ketishi natijasida kelib chiqadi, ba'zan kataral ezofagitdan diapedez yo'li bilan qon ketishi natijasida ham gipoxrom temir tanqislik kamqonligi kelib chiqadi.

GERK reflyuksat tarkibiga qarab kislotali, aralashgan, ishqoriy turlariga ajratiladi. Aynan reflyuksat tarkibiga qarab GERKning klinikasi ham turlicha kechadi. Kislotali reflyuksat muhitiga ega bo'lgan GERK da oshqozon massalarining qizilo'ngach distal qismiga o'tishi natijasida kelib chiqadi. Kislotali reflyuks uchun xarakterli simptomlar – jig'ildon qaynashi, kekirish, epigastral sohada noxush sezgi, og'riq, og'irlik hissi, odinofagiya, disfagiya. Aynan jig'ildon qaynashi ishqoriy reflyukslarga nisbatan kislotali reflyuksat muhitiga ega bo'lgan bemorlarda ko'p kuzatiladi.

Sablin Oleg Aleksandrovich (2004) olib borgan tadqiqotlarning ko'rsatishicha ishqoriy reflyuksat muhitiga ega bo'lgan GERK ning klinik alomatlari biroz boshqacharoq kechadi. DGR GERKning muhim patogenetik omillaridan biridir. DGERda qizilo'ngach shilliq qavatini zararlovchi duodenal massalarga o't kislotalari, lizoletsitin, tripsin kiradi. Reflyuksat komponentlari oshqozon va qizilo'ngach shilliq qavatiga tushib, epiteliy yuzasida distrofik va nekrobiotik o'zgarishlarga olib keladi. Asta – sekin atrofiya boshlanib, proliferatsiya va turli darajadagi displaziyalar rivojlanadi, bu esa o'z navbatida oshqozon, qizilo'ngach raki rivojlanishini o'n barobar oshiradi. Olib borilgan tadqiqotlar va o'rganilgan adabiyotlar shuni ko'rsatadiki, DGERda GERKning kechishi og'irroq o'tadi va asoratlari BQni keltirib chiqarish

xavfi yuqori bo'ladi. DGERlarning klinik kartinasi turli tuman bo'lib, ko'p hollarda simptomsiz kechadi. Kasallik belgilari sekin-astalik bilan rivojlanadi. Bemorlarni ko'ks ortida og'riq, og'irlik hissi, og'izdagi achchiq ta'm, ko'ngil aynishi, o't aralash qusish, odenofagiya, disfagiya, shuningdek jig'ildon qaynashi, kekirish, bezovta qiladi. DGER 5-20% bemorlarda GERK bilan birga uchraydi. Ishqoriy reflyuks muhitiga ega bo'lgan GERKda qizilo'ngachdagi PH yettidan yuqori bo'ladi.

Gastroezofageal reflyuks kasalligining diagnostikasi. GERKning diagnostikasi bemorlarning kasallik anamnezi, klinikasi, instrumental Fibroezofagogastroduodenoskopiya (FEGDS) – NERK bilan ERKning differentsatsiya qilish uchun, asoratlarni aniqlash uchun), laborator (GERKda maxsus laborator belgilar yo'q, lekin umumiy qon tahlili, qon guruhini va rezus omili) ni tekshirish mumkin hamda morfologik (biopsiya – qizilo'ngach shilliq qavatida GERK asoratli kechganda yara, struktura va malignizatsiya bo'lganda o'tkaziladi) tekshirish natijalariga asosanib olib boriladi. Kasallik anamnezi GERKning asoratlarni to'g'ri baholashga yordam beradi. GERKning klinik simptomlari jig'ildon qaynashi, kekirish, regurgitatsiya, epigastral va ko'ks ortida og'riq, og'izdagi achchiq ta'm, ba'zi hollarda atipik belgilari asosida tashxislanadi. GERKda klinik belgilar intensivligi xlorid kislota va o't kislotalarining reflyuksatdagi konsentratsiyasiga, qizilo'ngach shilliq qavati bilan kontaktda bo'lish davomiyligiga va chastotasiga, qizilo'ngachning sezuvchanligiga bog'liq.

Qizilo'ngach shilliq qavati holatini baholash uchun Savari – Miller (Karrison modifikatsiyasi) klassifikatsiyasidan foydalaniladi. Eroziya kuzatilmaganda endoskopik negativ reflyuks kasalligi tashxisi qo'yiladi. Eroziv ezofagit belgilari quydagicha baholandi:

Savari – Miller klassifikatsiyasi 1977 y.

I darja- kataral o'zgarishlar;

II daraja- eroziyalar qo'shilishi, 10-50% qizilo'ngacha distal qismini egallaydi;

III daraja-eroziya va yaralar qizilo'ngach distal qismini 50% dan ko'proq qismi yoki hamma yuzasini qoplab oladi;

IV daraja- yaralarni chuqurlashib ketishi, qizilo'ngach shilliq qavati tsilindrik metaplaziyasi rivojlanishi;

Biopsiya – qizilo'ngach shilliq qavatida GERK asoratli kechganda yara, striktura va malignizatsiya bo'lganda o'tkaziladi.

A.S.Truxmanov (2008) tadqiqotlaridan aniqlanishicha eroziv ezofagit morfologik kartinasi o'sma oldi o'zgarishlari, ko'p qavatli yassi epiteliyning displaziyasi 11% ni tashkil etadi.

Qizilo'ngach yarasi morfologik kartinasi – qizilo'ngach shilliq qavatida bir nechta ko'plab eroziyalar, yallig'lanishning yuqori uchinchi stadiyasi, qizilo'ngach epiteliysining og'ir distrofik o'zgarishlar 71% ni tashkil etadi.

Qizilo'ngach strikturasi morfologik kartinasi – yuqori chastotada yassi epiteliyning displaziyasi 76% ni tashkil qiladi.

Kapsulali endoskopiya (Bravo kapsulasi) (69 surat) - Bravo radiokansulasi 2003 yilda Medtronic (AQSh) firmasi tomonidan chiqarilgan. Qizilo'ngach pastki sfinkterida 5 sm yuqorida o'rnatiladi. 24 - 48 soat davomida qizilo'ngach bo'shlig'idagi PH ni aniqlab boradi, alohida yozib boruvchi qismi tashqariga, cho'ntakka joylashtiriladi. Tekshirish yakunida ma'lumotlar kompyuterga tushiriladi va tahlil qilinadi. Qizilo'ngach pastki sfinkteridagi PH aniqlanadi.



69 surat

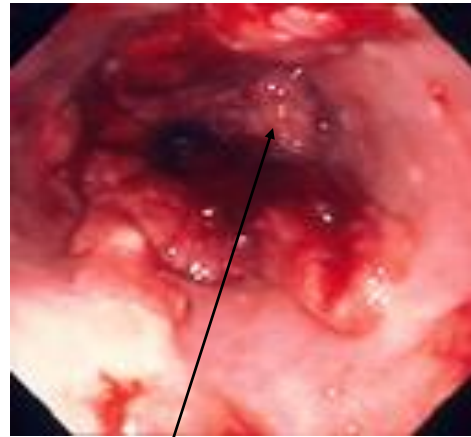
Rentgenologik tekshirish – qizilo'ngach teshigi churrasi, strukturasi, adenokartsinomasi taxmini bo'lganda o'tkaziladi.

Impendansometrik teshiruv. Qizilo'ngachni 2 ta faol nuqtasida potentsiallar farqini aniqlaydi. Qizilo'ngach devorlarida peristaltik harakat faolligini, qizilo'ngach klirensini baholaydi.

Qizilo'ngach sfinkterini monometrik tekshiruv. Qizilo'ngach sfinkterini tonusini o'zgarishini aniqlashga imkon beradi. Meyorda De Meestr bo'yicha-bazal bosim qizilo'ngach pastki sfinkterini 14,3-34,5 mm.sim ust.teng. umumiy uzunligi 4 smdan kam emas. Qizilo'ngach pastki sfinkterini qorin qismi uzunligi 2 smga teng.

Qo'shimcha tekshirish usullari. 24 soatlik qizilo'ngach ichi Ph-metriyasi- qizilo'ngachda Ph sutka davomida to'rtdan past bo'lganda tashxislanadi. Qizilo'ngach ichi monometriyasi – qizilo'ngach motor funksiyasini baholash uchun, qizilo'ngach pastki sfinkteri funksiyasini baholash uchun o'tkaziladi. Qorin bo'shlig'i organlari UTT – Qo'shimcha kasalliklarni aniqlash uchun o'tkaziladi. EKG, veloergometriya – atipik kardial variantni farqlash uchun o'tkaziladi. Proton pompasi ingibitorlari bilan test – klinik simptomlarni bartaraf etish uchun o'tkaziladi.

Bioximyoviy usulda tekshirish. SF – 26 spektrofotometr (Rossiya) apparati yordamida oshqozon sokidagi bilirubin, o't kislotalari miqdori aniqlanadi. Bu usul aynan DGR da tashxisni oydinlashtirib beradi.



70 surat

Gastroezofageal reflyuks kasalligi asorati.

- Qizilo'ngachdan tashqari kasallikni yuzaga chiqishi;
- Qizilo'ngach eroziyalari, peptik yaralari;
- Qizilo'ngachdan qon ketish;
- Barret qizilo'ngachi;
- Qizilo'ngach adenokartsinomasi (70 suratga etibor bering);

Gastroezofageal reflyuks xastaligini qiyosiy davolash tamoyillari

GERK ni davolashdan asosiy maqsad: - Klinik belgilarni bartaraf etish: Eroziv yaralarni bitishini tezlashtirish: Inson yashash sifatini yaxshilash: Asoratlarni bartaraf etish yoki kelib chiqishini oldini olish: Qaytalanishini oldini olish.

Antireflyuks davolash xastalik asoratli kechganda hamda adekvat medikamentoz terapiya samarasiz bo'lganda statsionarga gospitalizatsiya qilinadi. Medikamentoz terapiya va endoskopik davo samarasiz bo'lganda yoki operativ muolaja strukturada, BQ da, qon ketishda operativ fundoplikatsiya qilinadi.

Gastroezofageal reflyuks kasalligini davolash algoritmi;
Nomedikamentoz davo; Yashash sharoiti va parhezni o'zgartirish (lifestyle modification) ya'ni:

- Birdan ko'p ovqat iste'mol qilishni cheklash (bu ko'p miqdorda kislota ishlab chiqishiga sabab bo'ladi):

- Qizilo'ngach pastki sfinkterida bosimni pasayishiga sabab bo'luvchi va qizilo'ngach shilliq qavatini ta'sirlovchi maxsulotlarni: kuchli yog'li maxsulotlar, qaymoq, tort, pirojniy, yog'li baliq, go'sht (o'rdak, cho'chqa, qo'y, yog'li govyadina) maxsulotlari, spirtli ichimliklar, tarkibida kofein saqlovchi maxsulotlar (kofe, kola, achchiq choy, shokolad), tsitrusli maxsulotlar, tomat, piyoz, sarimsoq, qovurilgan maxsulotlar, gazli ichimliklar chegaralanadi:

- Tamaki maxsulotlarini chekmaslik (bu qizilo'ngach pastki sfinkteri tonusini pasaytirib, reflyuksga sabab bo'ladi):

- Ovqatlangandan so'ng 2 soat davomida gorizontaal vaziyatda bo'lmaslik:

- krovatda bosh 15-20 sm yuqori vaziyatda yotish:

- qorin ichi bosimni oshishiga sabab bo'luvchi holatlar: bandajlar, fizik zo'riqish va og'ir yuk ko'tarishni chegaralash:

- Reflyuksga sabab bo'luvchi dori vositalari (sedativ, trankvlizatorlar, kaltsiy kanallari ingibitorlari, betta blokatorlar, teofillin, prostaglandinlar, nitratlar) ni qabul qilmaslik.

II. Medikamentoz davo; GERKni davolash kurslari: NERK 4-6 hafta

- omeprazol 20mg/sut yoki - lansoprazol 30mg/sut yoki - ezoprazol 20 mg/sut yoki - rabeprazol 10-20 mg/sut Antatsidlar 3 mahal sutkasiga ovqatdan 40-60 daqiqadan so'ng

Davo samaradorligi kriteriysi: simptomlarni uzoq muddatga yo'qolishi

Reflyuks ezofagitda davo kursi 8-12 hafta, ushlab turuvchi davo 26 – 52 hafta

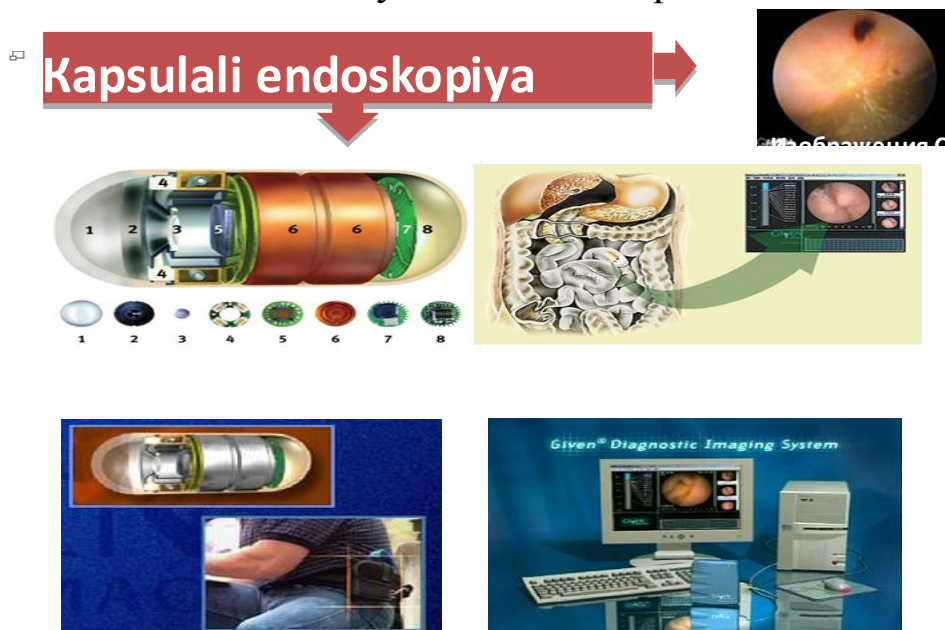
DGR da ursodezoksixolevoy kislota 250-350 mg/sut; omeprazol 20mg sutkasiga ikki mahal; lansoprazol 30 mg sutkasiga ikki mahal; ezoprazol 40 mg/sut; - rabeprazol 20 mg/sut;

Davo samaradorligi kriteriysi: simptomlarni uzoq muddatga yo'qolishi hamda endoskopik tekshiruvda qizilo'ngachda yallig'lanish belgilarining regeneratsiyasi.

GERKni davolashni bir qancha qiyinchilik tomonlari aniqlangan, ya'ni o'n ikki barmoqli ichak yara kasalligida o'rtacha chandiqlanish 3-4 hafta, oshqozon yarasida 4-6 hafta, qizilo'ngach eroziyasida esa chandiqlanish 8-12 haftada yuzaga keladi. 60-70 % bemorlarda birinchi

uch oylikda kasallikni tez qaytalanishi kuzatiladi. Bu aynan GERKda keng tarqalgan (epidemiologik, klinik va terapevtik) aspektlarga bog'liq bo'lib, gastroenterologiyaning hozirgi kundagi bosh muammosidir.

GERKning patogenezida oshqozon va qizilo'ngachning motor funksiyasini tiklashda asosiy davo turi prokinetiklar bo'lib, bunda oshqozon-ichak traktining harakat funksiyasi normallasadi. Bir necha vaqt davomida prokinetik sifatida dopamin retseptorlarining blokatorlari metoklopramid qo'llanilgan. Hozirgi vaqtda metoklopramidning markaziy nojo'ya ta'sirlari (ekstrapiramid buzilishlar) va giperprolaktinematik ta'siri bo'lganligi uchun qo'llanilmaydi. Bundan farqli periferik dopamin retseptorlari blokatori domperidon va 5-HT₄ serotonin retseptorlari aktivatori sizaprid qizilo'ngach pastki sfinkteri tonusini oshirib, qizilo'ngach klirensini, oshqozonning harakat funksiyasini yaxshilaydi, 10 mg dan sutkasiga 4 mahal qo'llanilganda samaradorlik yaxshi, markaziy nojo'ya (ekstrapiramid buzilishlar) va giperprolaktinematik ta'sirlar chaqirmaydi, lekin sizaprid ba'zi hollarda aritmogen ta'sir beradi. Avval prokinetiklar monoterapiya ko'rinishida (asosan NERK) da qo'llanilgan, bemorlarda davo samaradorligi 70-80% bo'lgan. Hozirgi vaqtda bu preparatlar yordamchi sifatida proton kanali blokatorlari bilan kombinatsiya ko'rinishida qo'llaniladi.



**71surat. 1.Optik kolpak 2. Linza fiksatori 3. Linza 4. Yoritgich
5. Kamera 6. Batareya 7. Peredatchik (malumot uzatgich)
8. Antenna**

Nazorat savollari va topshiriqlar.

Test savollarini yeching;

Gastritlar to'g'risida tushuncha bering.

Me'da va 12 barmoqli ichak yara kasalliklari etiologik omillarini aytib bering.

Qizilo'ngach xastaliklari etiologik omillarini aytib bering.

Hazm tizimi kasalliklarining patogenezi aytib bering.

Gastrit bilan kasallangan bemorlardan subyektiv, obyektiv malumot yig'ing.

Meda va 12 barmoqli ichak yarasi bilan kasallangan bemorlardan anamnez yig'ing.

Meda va 12 barmoqli ichak yarasi bilan bemorlarni instrumental tekshirish

Hazm tizimi kasalliklari bilan bemorlarni laborator, rentgenologik tekshirish

Hazm tizimi kasalliklari bilan bemorlarni endoskopik tekshirish

Mustaqil ish topshiriqlari.

Bemorlarni GEFDS tekshiruvga tayorlash va o'tkazish texnikasini o'rganish;

24 soatlik qizilo'ngach ichi Ph-metriyasini o'rganish;

Bemorlarni rentgenologik tekshiruvga tayorlash va o'tkazishni o'rganish;

Impendansometrik tekshiruvga tayorlash va o'tkazishni o'rganish;

Qizilo'ngach sfinkterini monometrik tekshiruvni tayorlash va o'tkazish

Hazm tizimi kasalliklari bilan bemorlarni laborator tekshiruvga tayorlash.

Meda shirasini zonlash texnikasini o'rganib, bajara olish;

Duodenal zonlash va uni o'tkazish texnikasini o'rganish;

Jigar va o't yo'llari kasalliklari

Mavzuning maqsadi: Jigar va o't yo'llari kasalliklari. Surunkali gepatitlar. Jigar tsirrozi. Surunkali xoletsistit va pankreatitlar to'g'risida tushuncha berish.

Tayanch atamalar; Teleangioektaziya (tomir yulduzchalari), Palmar eritema, ksantoma, ksantelazma, Dyupyuitren kontrakturasi, gnekomastiya, Kayzer-Fleysher halqasi, jigar usti sariqligi, jigar osti

sariqligi, parenximatoz sariqlik, gepatomegaliya, portal gipertenziya, astsit, meduza boshi, jigar tsirrozi.

Gepato biliar tizimni anatomo-fiziologik xususiyatlari

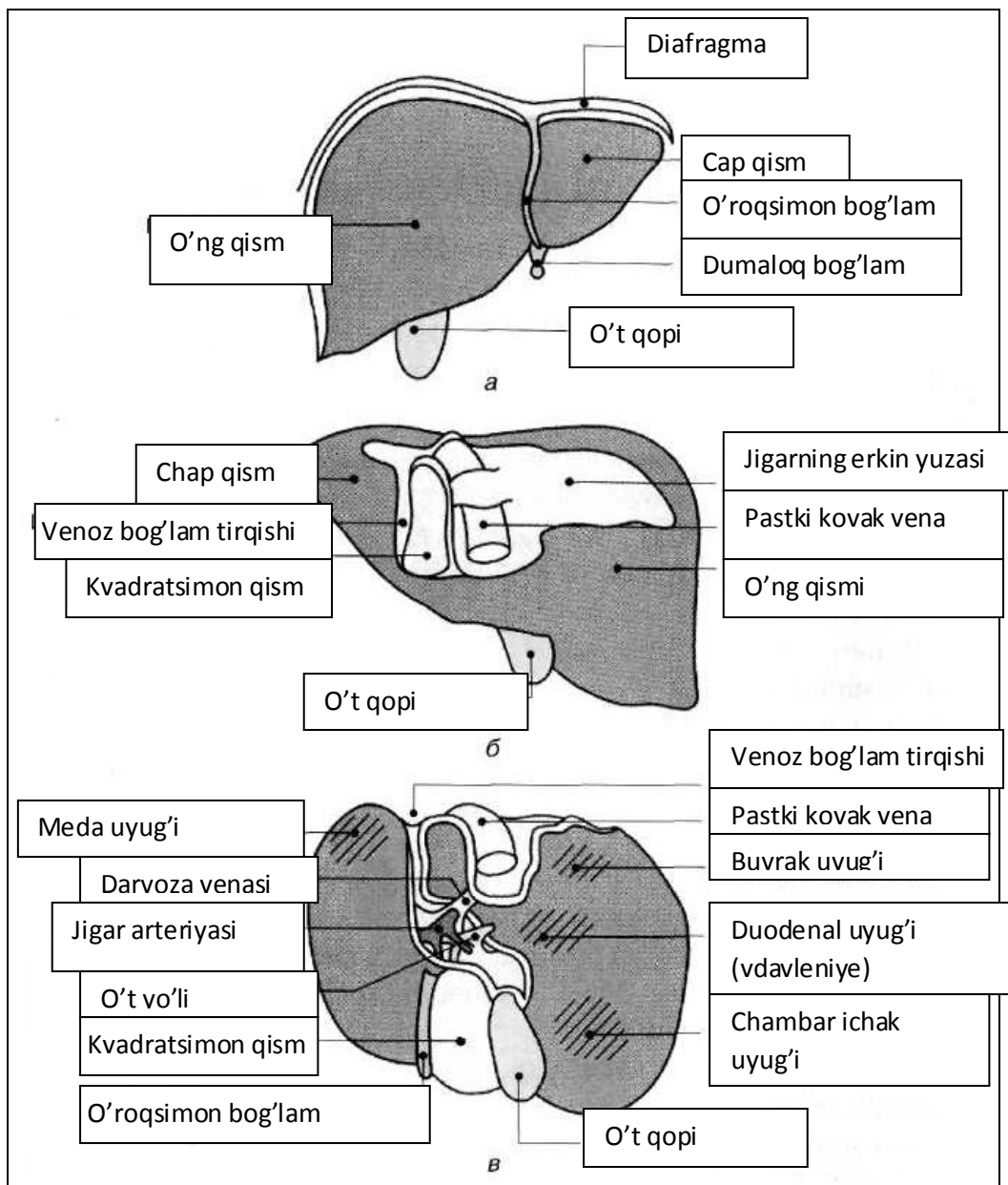
Jigar (hepar) insonning ichki azolarining eng kattasidir va klin shaklidir. Jigarning asosi ko'krak qafasining o'ng tomoniga old tomonga yo'nalgan holda joylashib, yuzasi taloq tomonga qaraydi, silliq, yumshoq va yaltirrab turadi. Meyorda jigar yuqoridan V qovurg'a orasidan boshlanib, pastki chegarasi o'rta o'mrov chizig'idan o'ng qovurg'a yoyigachadir. Jigarning kengligi 25-30 sm, uzunligi 12-20 sm, qalinligi 6-10 sm. Nafas olish fazasida jigarning pastki chegarasi qovurg'a yoyidan biroz pastga siljiydi. Katta kishilarda jigar massasi tana massasining 1/18 qismini va yangi tug'ilgan bolalarda 1/50 qismini tashkil qiladi, uning massasi erkaklarda 1500-1800 va ayollarda 1300-1500 g ni tashkil qiladi. Jigarning diafragmal yuzasi old va yuqoriga yo'nalgan bo'lib, diafragmaning pastki yuzasiga yotadi. Jigarning vistseral yuzasi pastga va orqaga yo'nalgan. Jigarni diafragma va qorinning oldingi devori bilan o'roqsimon bog'lam (lig. falciforme) birlashtirib turadi (72 rasm.a). O'roqsimon bog'lamni pastki dumaloq (aylana) bog'lam (lig. teres hepatis) deb ataluvchi erkin qismi kindik venasini o'zida bog'lab turadi. Venoz bog'lam (lig. coronarium hepatis) frontal yuzada joylashib, uning o'ng va chap cheti uchburchak shaklida kengayib, o'ng va chap uchburchak bog'lamni (lig. triangulare dextrum et sinistrum) hosil qiladi. Jigarning orqa tomonida venoz bog'lamni ikki varag'i kengayib, jigarning bir qismi ochiladi va diafragmada yotadi (rasm. 72 b). Jigarning bir qismidan tashqari (area nuda) hamma joyi vistseral qorin parda (brushina) bilan qoplangan. Qorin parda ostiga jigarning yupqa fibroz qobig' glisson kapsulasi yotadi. Jigarning darvoza tomonidan fibroz to'qima organ parenximasiga kirib, qon tomirlar bilan birga yo'naladi.

Jigarni makroskopik ko'zdan kechirganda o'ng (lobus hepatis dexter), chap (lobus hepatis sinister), kvadrat (lobus quadratus) va dum (lobus caudatus) qismi ajratiladi. Kvadrat va dum qismi jigarni o'ng qismini tashkil qiladi. Jigar qismi va diafragmal yuzani chegarasi bo'lib o'roqsimon bog'lam, vistseral-venoz tirqish (lig. venosum (Arantii)) va jigarni dumaloq bog'lami xizmat qiladi. Jigarning o'ng qismi diafragmal yuza bilan chap qismini o'roqsimon bog'lam, vistseral tomondan pastki kovak vena va o't qopini tubini (dno) birlashtiruvchi liniya ajratib turadi. Jigarning kvadrat qismi o't qopi, dumaloq bog'lam va jigar darvozasi

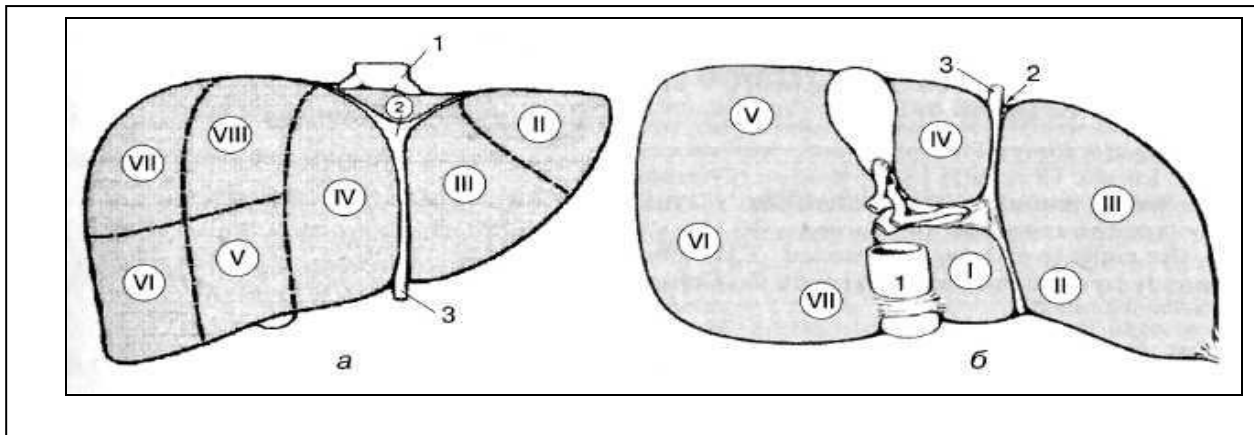
orasida joylashgan. Dum qismi pastki kovak vena, jigar darvozasi va venoz bog'lam orasida joylashgan. Jigarning dum va kvadrat qismi orasidagi chuqurchada jigar arteriyasi, darvoza venasi va umumiy o't yo'li o'tgan va u jigar darvozasidir (porta hepatis)(rasm.72 B).

Jigarning o'ng qismi chap qismidan katta va o't qopiga yaqin joylashgan, o'ng qism davomi shakliga ko'ra tilga oxshab, "Ridel qismi" deyiladi. Bu ko'pincha jigar kattalashgan deb xato qilish mumkin.

Qon tomirlar va o't yo'llarining taxsimlanishiga ko'ra segmentlarga bo'linib, jigarda 8 ta segment mavjud (73 rasm). Uchinchi qator darvoza venasi, jigar arteriyasi va o't yollari bilan o'rab olingan jigar parenximasini segment deb tushunamiz. Jigar qismlari (lobulus hepatis) orasida uncha ko'p bo'lmagan biriktiruvchi to'qima, jigar qismlari orasidagi o't yo'llari, arteriya va vena joylashgan. Bular jigar uchligi hisoblanadi. Jigar qismlari bir biri bilan bog'lanib turgan jigar plastinkalari (balka) lardan tuzilgan. Jigar qismlarini markazida markaziy vena joylashgan. Jigar plastinkalari orasida sinusoid kapilyarlar joylashgan. Sinusoid kapilyarlar qonni qismlar periferiyasidan uni markaziga yani markaziy venaga haydaydi.



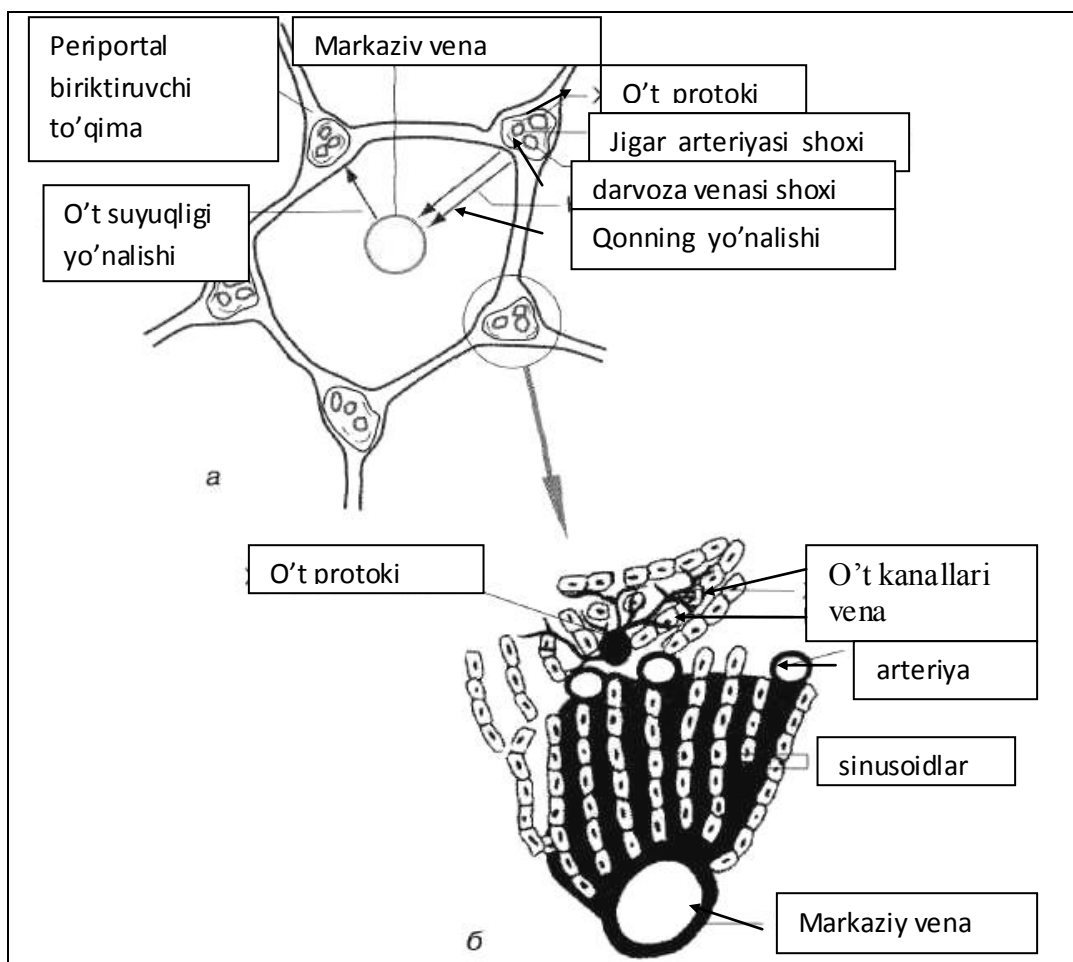
72 rasm. Jigar [Kuntz E., Kuntz H.-D., 2002]. **a** – oldindan ko'rinishi; **b** – orqadan ko'rinishi; **B** – pastdan ko'rinishi.



73 rasm. Kuin bo'yicha jigarni segmentlarga bo'linishi [Kuntz E., Kuntz H.-D., 2002].

a – yuqoridan ko'rinishi ; *b* – pastdan ko'rinishi.

1 – pastki kovak vena; 2 – o'roqsimon bog'lam; 3 – dumaloq bog'lam.



74 rasm. Jigar qismlari tuzilishi [feyts O., Moffet D., 2002].

a – darvoza venasidan markaziy venaga va keyin pastki kovak venaga qonni oqishi ko'rsatilgan.

b – jigar sinusoidlaridan qon oqayapti, o't suyuqligi o't yo'llaridan oqib o't protoklariga yig'iladi.

Jigar atsinuslari (75 rasm) ikita terminal jigar venulalari orasida joylashgan (markaziy venalar), ularni shartli chiziqlar bog'lab, atsinus o'qini hosil qiladi. Atsinus zonalari periferiyadan markazga qadar sonlardan tashkil topgan. Gepatotsitlar 1 zonasi afferent tomirlarga yotadi, ular kislorod ko'proq saqlaydi. Ichki zona 1 yo'nalishi bo'yicha atsinus bo'limidan tashqariga zona 3 ga qadar kislorodning portsiyal bosimi pasayadi va jigarga keladigan nutriyentlar hamda toksinlar miqdori pasayadi. Jigar hujayralari funksiyalari ham shunga qarab taqsimlangan.

Atsinuslar jigarda faqat mikrotsirkulyatorgina emas, balki sekretor funksiya ham bajaradi, chunki o't yo'llari triada tarkibiga kiradi. O't kanalchalarini diametri zona 1 ga, zona 3 ga nisbatan katta. Murakkab atsinuslar ham mavjud, ular kamida 3 ta oddiy atsinusdan tashkil topgan. Qon murakkab atsinuslardan 3 chi zona, oddiy atsinuslarga joylashgan terminal jigar venulariga oqadi.

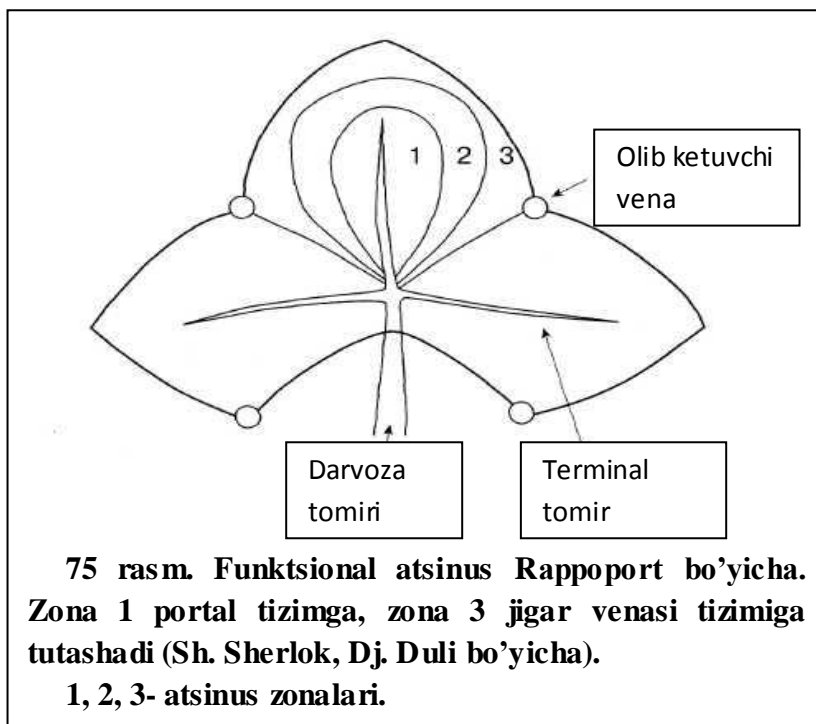
Jigarni qon bilan taminlanishi. Jigar darvoza venasi va jigar arteriyalaridan qon bilan taminlanadi, ular jigar darvozasiga kiradi. Darvoza venasi qorin bo'shlig'i azolaridan, yani medadan, ingichka va yo'g'on ichaklardan, meda osti bezidan hamda taloqdan qonni olib keladi (76 rasm). Jigar arteriyasi kislorod va oziq moddalarga boy bo'lgan arterial qon olib keladi. Jigar ichida darvoza venasi va jigar arteriyasi, jigar qismlari (dolya) arteriyalari va venalarigacha bo'linadi. Jigar qismlari orasidagi venalardan, jigar qismlari ichiga jigar plastinkalari (balkalari) orasida joylashgan qismlar ichidagi sinusoidal kapilyarlar o'tadi va markaziy venalarga tushadi. Sinusoidal kapilyarlar boshlanish qismida jigar qismlarini aylanib o'tuvchi arterial kapilyarlar tushadi. Jigar qismlari markaziy venalarni yig'uvchi venalar tashkil qiladi, ulardan pastki kovak venaga tushuvchi jigar venalari hosil bo'ladi (rivojlanadi).

Jigarning limfa aylanish tizimi. Limfatik kanallar chuqur va yuza chigallar (spleteniya) hosil qiladi. Birinchi portal tomirlar va jigar venalari shoxlariga paralel joylashadi, ikkinchi kapsulalarda topiladi. Bu chigallar orasida ko'p anastamozlar mavjud, shuni hisobiga kichik shoxlar kapsula orqali kiradi. Yuzadagi limfa tomirlar limfa stvollarini 14 tasini birlashtiruvchi qalin to'r hosil qiladi. Portal limfatik stvol 80 % jigar limfalarini so'radi.

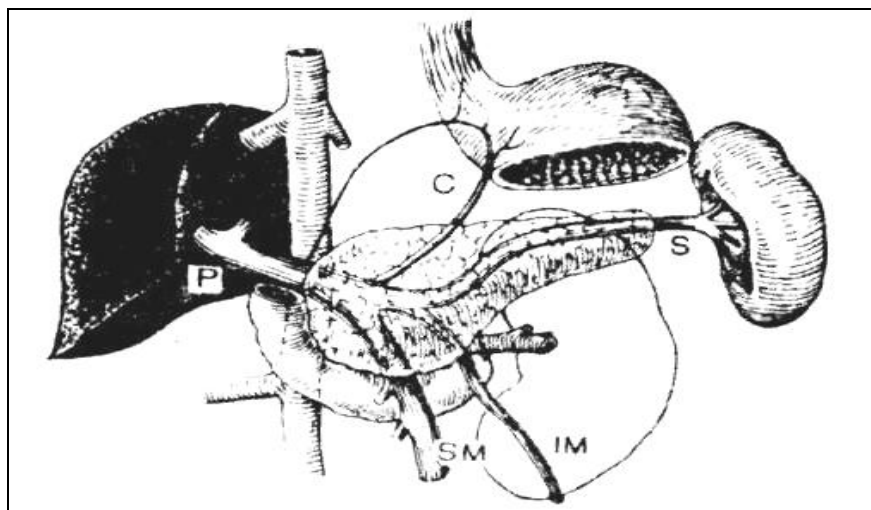
Jigarning innervatsiyasi. Jigar simpatik va parasimpatik nerv tizimi bilan innervatsiyalanadi. Nerv tolalari quyosh chigalini, adashgan va o'ng diafragmal nerv pastki ko'krak qismidan (gangliya) chiqadi va jigar arteriyalari, darvoza venasi, o't yo'llari atrofida chigal hosil qilib chiqadi. Tolalarni ko'p qismi oldingi va orqangi sitvolni hosil qiladi, ular jigarga darvoza sohasidan kiradi. Bazi bir tolalar jigar venalari va bog'lamlariga ham mavjud. Simpatik tolalar bilan asosan arteriyalar innervatsiyalanadi

va o't protoklari simpatik va parasimpatik nerv tizimi bilan innervatsiyalanadi. Miyelinsiz simpatik tolalar zona 1 dagi alohida gepatotsitlarga shox beradi (innervatsiyalaydi).

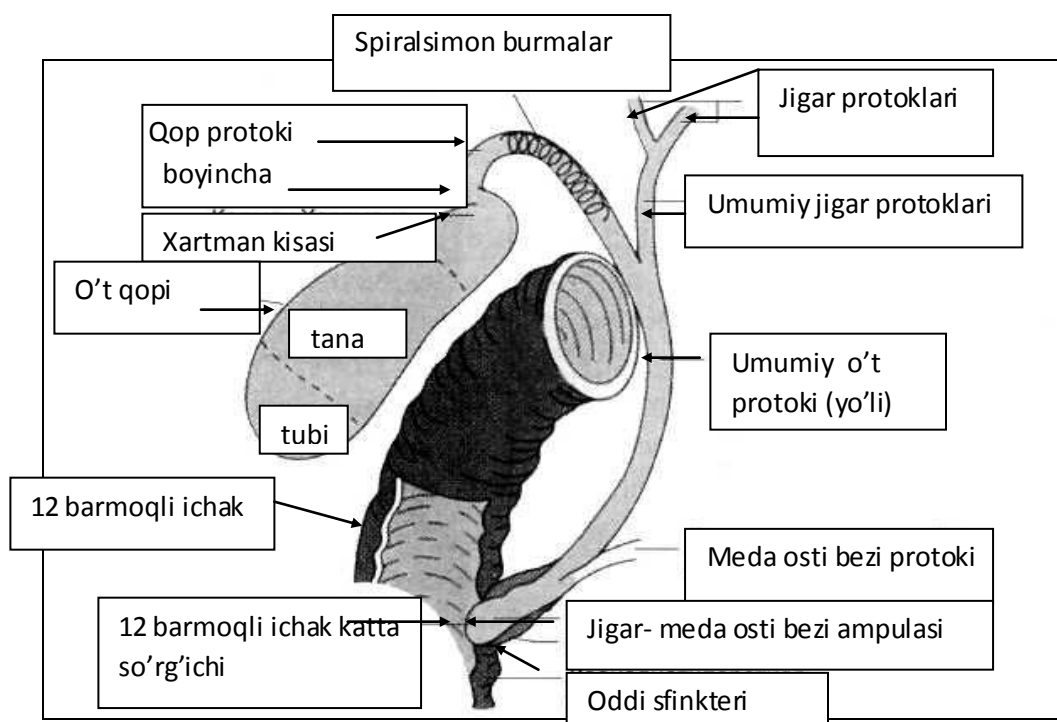
Ko'pchilik jigar nervlari aminergik yoki peptidergik hisoblanadi. Immunologik tekshiruvlar ko'rsatishicha jigar nerv tolalarining bazi birlarida ko'pchilik boshqa biologik aktiv moddalar ham mavjud, shu bilan birga vazoaaktiv intestinal peptid, neuropeptid Y, glyukogon, somatostatin, neyrotenzin va b.q. Neparenximatoz jigar hujayralarida sintez qilinadigan prostaglandinlar tasiri bilan jigar innervatsiyasi bog'liq yani innervatsiya effektini kuchaytiradi.



Biliar tizim. Biliar tizimni o't kanallari, jigar ichi va tashqi o't protoklari, peribiliar bezlar, o't qopi va 12 barmoqli ichak katta so'rg'ichi (faterov so'rg'ichi) tashkil qiladi. Jigar ichi protoklari umumiy jigar protoki bifurkatsiyasidan boshlanadi (77 rasm).



76 rasm. Darvoza venasi va uni katta shoxlari (no L. Schiff). P – darvoza venasi, C – medaning venech venasi, IM – pastki ichak tutqichi venasi, S – taloq venasi, SM – yuqori ichak tutqichi venasi.



77 rasm. O't qopi va o't yo'llari (Sh. Sherlok, Dj. Duli

bo'yicha).

Katta protoklar va o't qopi. Jigarning har bir segmentida sektor protoklariga tushyuchi o't protoklari mavjud va ular o'ng va chap jigar protoklariga qarab yo'naladi (o'ng bo'lsa o'ngda va chap bo'lsa chapga). O'ng va chap jigar protoklariga uzunligi 1,5 sm (o'rtacha 2 sm) va diametri 0,4-1,3 sm (o'rtacha 0,66 sm) keladigan umumiy jigar protoki hosil qilib birikadi. Umumiy jigar protoki o't qopi protoki bilan birikadi (ductus cysticus), va umumiy o't protokini hosil qiladi [ductus choledochus (biliaris)]. Bularni joylashish o'rni jigar-12 barmoqli ichak bog'lami varaqlari orasida, o'ngdan umumiy jigar arteriyasi va oldindan darvoza venasi bo'ylab. Protok 12 barmoqli ichak yuqori qismi orqa tomonidan uni tushuvchi qismi va meda osti bezi bosh qismiga orasidan pastga boradi. Keyin 12 barmoqli ichak medial devori tushuvchi qismi va katta so'rg'ich cho'qqisiga ochiladi. Bungacha meda osti bezi protoki bilan birikadi. Bu ikki protoklar qo'shilishidan keyin kengayma hosil bo'ladi. Bu «jigar meda osti ampulasi» (faterov ampula) nomini olgan. Ampula atrofidagi mushak qobig' tsirkulyar qavat qalinligi-«jigar-meda osti bezi ampulasi sfinkteri», yoki «ampula sfinkteri» yoki «Oddi sfinkteri» nomini olgan.

Gepatobiliar tizimi kasalliklari bilan kasallangan bemorlarni tekkirirsh

1. Bemorlarni asosiy va qo'shimcha shikoyatlari.
2. Kasallik anamnezi (kasallik belgilarini birinchi bo'lib qanday yuzaga chiqqanligi, kasallik simptomlarini kechish dinamikasi, oldin

o'tkazilgan davo choralari va uni samaradorligi, tibbiy xodimga hozirgi murojaatining sababi).

3. Hayot anamnezi (kasb, oilaviy, allergik, epidemiologik, gnekologik anamnez, oldingi o'tkazilgan kasalliklari, transfuziya qilinganligi to'g'risidagi anamnez).

4. Bemorni ob'ektiv tekshirish -ko'zdan kechirish, palpatsiya, perkussiya (ehtimoliy rivojlanish sabablari va holati, kasallikni kuchaytiruvchi va yengillashtiruvchi omillar, qo'shimcha yuzaga chiqishlari).

Mavzu bayoni;

Bemorlarni so'rab-surishtirish jigar kasalliklarini erta aniqlash va tashxislash imkonini beradi. Jigar va o't yo'li xastaliklari bilan kasallanganlar ishtaha bo'g'ilishi, ko'ngil aynishi, qusish, qorinda dam bo'lishi, toliqish, ta'sirchanlik, bosh og'rig'i, teri qichishi, potensiyaning susayishi, hayz tsiklining buzilishi kabi shikoyatlar qiladi. Sariqlik ko'pincha ko'zdan kechirayotganda aniqlanmaydi va uni anamnez yordamida aniqlash mumkin. Bundan tashqari so'rab-surishtirish sariqlik xarakterini aniqlashda yordam beradi. Qusiq massasi yoki najasda qonning paydo bo'lishi ham mumkin. Qorin o'lchamining kattalashuvi va bu bilan bog'liq holda tana massasi ortadi (to'planib qolgan suyuqlik hisobiga).

O't ajratuvchi yo'llar patalogiyasida o't suyuqligini oshqozon va qizilo'ngachga otilishi bilan bog'liq bo'lgan boshqa shikoyatlar ham uchraydi.

Og'iz bo'shlig'ida noxush, odatda achchiq ta'm yog'li va qovurilgan ovqatlar iste'molidan keyin kekirish, ko'ngil aynishi va qusish. Doimiy bir xil xarakterda bo'lmagan najas (qabziyat yoki ich ketishi), qorinning dam bo'lishi kuzatiladi. O'ng qovurg'a osti yoyi sohasida bazan og'riq bo'ladi. Jigardan tashqari o't yo'llari dimlanishi bilan bog'liq bo'lgan teri qichishi yuz beradi.

Umumiy xarakterdagi shikoyatlar

Toliqish, ta'sirchanlik va bosh og'rig'ining paydo bo'lishi markaziy asab tizimi funksiyasi buzilishi (jigar ensefalopatiyasi) intoksikotsiya bilan bog'liq. Jigarning detoksikatsion funksiyalari buzilishi organizmni intoksikatsiyasiga olib keladi. Uyqu buzilishi (uyqu inversiyasi-tungi bedorlik va kunduzgi uyquchanlik) keyinchalik esa hushning yo'qolishi (jigar komasi) ham xarakterli.

Qon ketishi. Qusiq massasida qonning bo'lishi odatda qizilo'ngach kengaygan varikoz venalaridan qon ketishidan yoki jigar xastalıkları bilan tushuntiriladigan darvoza venasida qon dimlanishi bilan (portal gipertenziyadan) yoki eroziv gastrit borligidan darak beradi. Bunday holat najasda qizil qon paydo bo'lishiga (gemmoroidal qon ketish) va najasning qorayish (melena). Qon ketishga eroziv gastrit, alkogolli gastrit, Mellori-Veys sindromi sabab bo'ladi. Milklardan tish yuvganda va burundan tez-tez qon ketishlar, oddiy tasirotlarda teri osti qon quyilishlari kuzatiladi. Ayollarda bachadondan qon ketish holatlari yoki hayz tsiklini uzayishi kabilarni misol qilib olish mumkin.

Og'riq. O'ng qovurg'a yoyi ostida og'irlik, bosim, og'riq bo'lishi mumkin. Og'riq jigarini o'ragan qorin parda ta'sirlanishi bilan bog'liq bo'lishi mumkin, masalan perigepatit (jigar o'smasi va abtsessi) va perixolestsistitda. Ular odatda intensiv xarakterda bo'lib, yuqoriga qarab irradiatsiyalanadi (o'ng yelka sohasiga), o'ng qovurg'a osti palpatsiyalanganda kuchayadi. Jigar kattalashuvida glisson kapsulasi cho'zilishi og'riq simptomini hosil qiladi, bu ko'pincha yurak yetishmovchiligi natijasida jigarda qon dimlanishining paydo bo'lishida kuzatiladi. O't (jigarli) kolikasida o't pufagi va o't yo'llari silliq muskullarining spastik qisqarishi olib keladi. Oxirgisi toshning o't yo'llari bo'ylab siljiganda yuz beradi. Bu og'riqlar kutilmaganda yuzaga kelib, kuchli bo'ladi, ko'pincha yuqoriga irradiatsiyalanadi, bemorga yengillik bermaydigan ko'ngil aynishi, qusish bo'ladi.

Dispepsiya. Ishtahaning pasayishi, og'izda noxush yoki nordon tam bo'lishi, kekirish, ko'ngil aynishi, qusish, qorinda dam bo'lishi, kuldirash, qabziyat yoki ichning suyuq o'tishi kabi simptomlar bezovta qiladi. Bu simptomlarni kelib chiqishiga o't suyuqligining sekretpiyasi buzilishi sabab bo'ladi.

Isitma. Ko'pincha jigar va o't yo'llarida o'tkir yallig'lanish kuzatilganda, (abtsess, jigar raki, gepatit, tsirroznng faol davri) kabi kasalliklarda yuzaga keladi.

Astenonevrotik sindromlar (ishlash qobilyatini pasayishi, holsizlik, tez charchash, uyqusizlik, bosh og'rig'i va b.q.).

Teri qichishi jigar kasalliklariga xos bo'lib, xolestaz bilan birga kuzatiladi. Teri qichishi avjiga chiqish darajasi (azob beruvchi, tunda kuchayadi) jigar ichi va jigardan tashqari o't yo'llari dimlanishi (xolestaz sindromida) sariqlik bilan birga kuzatiladi.

Sariqlik. Jigar kasalliklarida uchraydigan asosiy simptom.

Sabablari. Jigar hujayralari yallig'lanishi (virusli va boshqa), ishemiyasi, ular o'smasi, nekrozi. Jigarni toksik zararlanishi (gepatotrop zaharlar, alkagol, dori vositalari). Autoimmun gepatit. Jigar ichi xoleztazi. Birlamchi skleroz bilan boruvchi xolangit. O't yo'llarida operatsiya o'tkazilgandan so'ng o't yo'llarini chandiqlanib bitishi. Dorilar tasirida boruvchi xolestaz (kontraseptiv dorilar va testesteron va b.q.).

Homiladorlik xolestatik sariqlik. Chaqaloqning gemolitik sariqligi. Sepsis. O't toshlari o't yo'llariga tiqilib qolishi natijasida. O't yo'llarini o'smalar bilan qisilib qo'lishi. O'n ikki barmoqli ichakda o'smalar o'sib umumiy o't yo'lga o'sib kirishi va uning yopilishi. Gijjalar bilan o't yo'llari yopilishi. Badda-Kiari sindromi. Jigar venalari trombozi hisobida kelib chiquvchi tsirroz (Batafsil pastga qarang).

Tam va hid (obonyaniya) bilish sezgisini o'zgarishi ko'pincha gepatit A bilan kasallanganlarda (hid bilish analizatori sezuvchanligini pasayishi-qipoosmiya, hidni yomon qabul qilish-dizosmiya, tam bilish sezgisini pasayishi-gipogevziya, tamning aynishi (iskajeniya)-disgevziya) kuzatiladi.

Umumiy ko'zdan kechirish. Bemorlarni oziqlanishini baholash; Teri rangi, butunligi, soch qoplamlarini tekshirish. Sklera rangini aniqlash. Sut bezi va moyaklar holatini tekshirish. - Qorin old devorini ko'zdan kechirish maqsadga muvofiq bo'ladi.

Umumiy ko'zdan kechirganda organizm ozish darajasiga e'tibor berish kerak, bu holat dekompensirlangan tsirrozda yoki jigar rakida kuzatiladi; Bunda tana massasining pasaygani astsit hisobiga kattalashgan qorin bilan birga kuzatiladi. Izolatsiyalangan astsit sababini tushunish uchun qorin devorining kengaygan venalari ahamiyatga ega («Meduza boshi» 78 rasm-3), bu portal gipertenziya boshlanayotganini bildiruvchi sababdir. Turli etiologiyaga ega bo'lgan uzoq davom etayotgan jigar tsirrozida barmoq falangalarining o'zgarganini sezish mumkin, xuddi «baraban tayoqchalari»dek.

Rivojlanib kechadigan jigarning ayrim kasalliklari (surunkali faol gepatit, jigar tsirrozi), umumiy nospetsifik sindromlar bilan kechadi-noinfeksion harorat, (bu kasalliklardan farqli ravishda o'tkir xoletsistit, xolangit, jigar abtsesida, infeksiyon gepatitda, ko'pincha gektik, qaltirash va ter bilan kuzatiladi harorat bo'ladi), artrit, tomir o'zgarishlari Reyno sindromi bilan («o'lgan barmoqlar» sindromi), quruq sindrom hisoblanuvchi Shegren sindromi, so'lakning (kserostomiya), ko'z

yoshining kam bo'lishi (quruq keratokonyuktiv), tishlarning tarqalgan kariesi. Ba'zan jigar kasalligi sklerodermiya, sistemali qizil bo'richa, revmatoid artrit kabi kechadi, anamnezni o'rganish va tekshirish natijalari, shuningdek, biopsiya, jigarining birlamchi kasalliklarini jigardan tashqari kasalliklardan diagnozlashga yordam beradi. Jigar patologiyasiga tipik bo'lgan belgilar maxsus termin "jigar belgilari" ostida bo'lib, kichik hamda katta guruhlarga bo'linadi (78 suratga qarang).

Jigarning kichik belgilari. Teleangioektaziya ("tomir yulduzchalari" 78 surat -1); Gnekomastiya (78 surat-2); Qizil laklangan lab, til (78 surat -4), og'iz shilliq qavatlar; Palmar eritema (jigar kafti); Ksantomatoz pilakchalar (78 surat -5) (blyashka), ksantelazmalar; nog'ora tayoqcha shaklidagi barmoqlar.

Og'iz hamda burun bo'shlig'i shilliq qavatiga qon quyilishlar, terida ekximoz va petexiya bo'lishi bilan kuzatiladigan gemmoragik sindrom va jigarining alkagolli kasalliklariga oid boshqa belgilar (gigant paratit-quloq oldi bezining kattalashuvi, Dyuppyuitren kontrakturasi 79 surat -kaft aponevrozining fibroz-chandiqli to'lishi va barmoqlarni bukuvchi muskul quruqlashuvi, sklera tomirlarining inyetsirlanganligi).

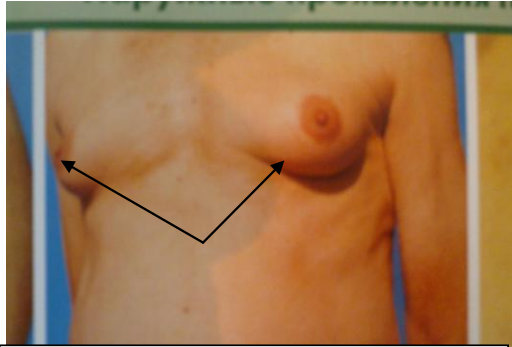
Jigarning katta belgilari

Bu belgilarga sariqlik va gepatomegaliya kirib, jigarining asosiy sindromlari-portal gipertenziya, jigar-hujayra yetishmovchiligi, jigar entsefalopatiyasi, gepatolienal sindrom bilan birga kuzatiladi.

Qorinni umumiy ko'zdan kechirishda qorin hajmini kattalashishi astsit suyuqligi hisobiga va qorin shaklini qurbaqa qorniga o'xshab qolishi, qorin old devori venalarining kengayishi, kindikning bo'rtib chiqishi, meduza boshi simptomi, tomir yulduzchalarni ko'rishimiz mumkin. Qorin terisi rangi sarg'ayishi, qorin terilarida gemorragik toshmalar ham ko'rish mumkin. Jigar sohasini ko'zdan kechirayotganda uni sezilarli o'lchamlarda va hosilalar hisobiga (tugun, o'sma, exinokokkoz kistalari, katta abtsess) qorin devorini ozgina kengayganida kattalashganini (gepatomegaliya) bilish mumkin. Bu holatlarning barchasiga qorinning jigar shishi hisobiga paydo bo'lgan assimetriyasiga hamda harakat paytida o'ng o'mrov osti va epigastral sohaning orqada qolishiga e'tibor berish kerak. Shuningdek, uch tabaqali klapan yetishmovchiligida qon regurgitatsiya to'lqini hisobiga kattalashgan jigar pulsatsiasini ko'rish mumkin. Kattalashgan o't pufagi ko'rinib turadigan bo'rtma hosil qiladi.



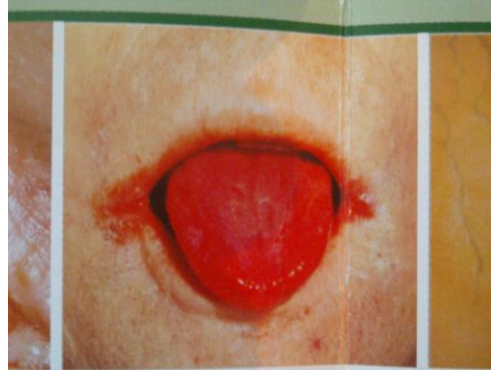
Rasm-1. Teleangioektaziya



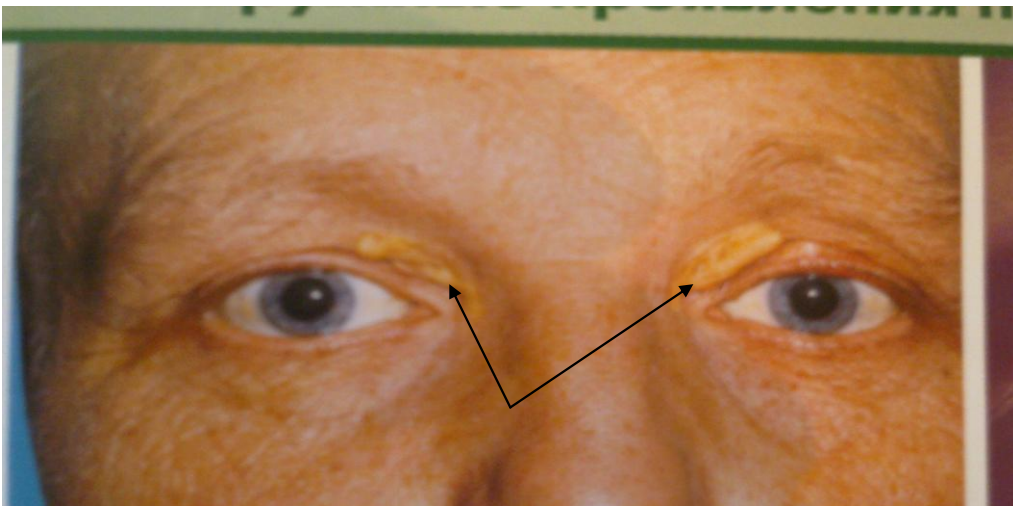
Rasm-2. Gnekomastiya



Rasm-3. "Caput Meduza"



Rasm-4. Laklangan malinasimon til



Rasm-5. Ksantoma

78 surat



Dyupyuitren kontrakturas i

79 surat

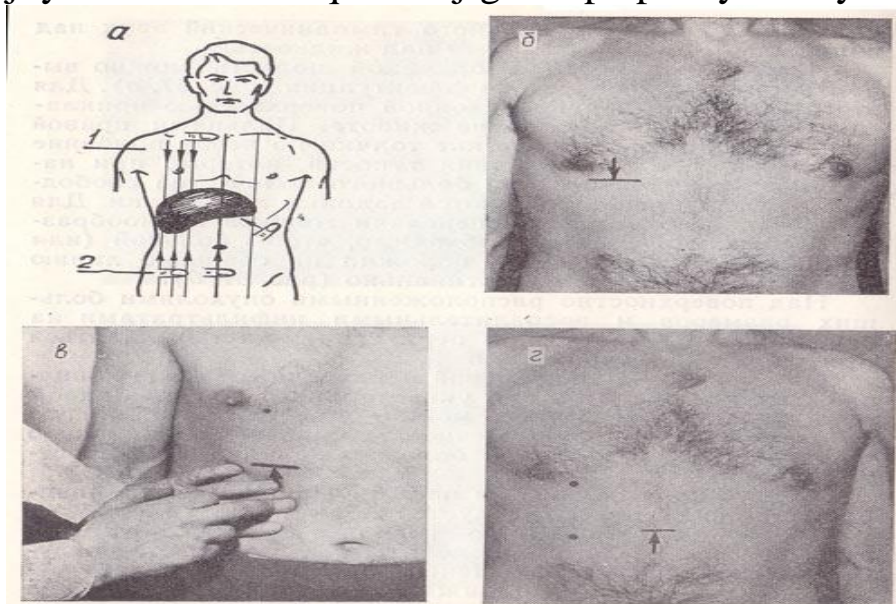
Jigar palpatsiyasi. Jigar palpatsiyasi-shu organni tekshirishning asosiy usuli bo'lib, unda jigar yuzasi silliq va tekis, organ yumshoqdir. Palpatsiya yordamida jigar pastki chegarasi-shakli, butunligi, notekisliklari va sezuvchanligi aniqlanadi. Normada jigar chegarasi palpatsiyalanganda yumshoq, tekis, og'riqsiz bo'ladi. Pastki chegaraning qo'shilishi jigar kattalashmaganida ham bo'ladi, bunda yuqorigi va pastki jigar bo'g'iqliklari qo'shiladi. Jigarni paypaslash Obraztsov bo'yicha chuqur sirg'anuvchi palpatsiya qoidalari bo'yicha bajariladi. Bunda bemorning o'ng tomonida turish kerak, bemorning qo'llari oldinga cho'zilgan oyoqlari esa tizzadan bukilgan holatda yotadi. Bemor nafas chiqarish fazasida qorin devori muskullarining maksimal darajada bo'shashgan holatda bo'lishida palpatsiya qilinadi. Meyorda jigar yumshoq va yuzasi silliqdir. Kasalliklarda jigar qattiqlashadi va yuzasi noteks g'adir budir bo'ladi. Jigar ekskursiyasini kuchaytirish maqsadida chap qo'l kafti bosimi o'ngda oldingi ko'krak devori pastki bo'limlariga beriladi. Palpatsiya qilayotgan o'ng qo'l jigar chegarasidan pastda oldingi qorin devoriga qo'yiladi. Bunda barmoqlar nafas chiqarishda qoriga kirib boradi. Qorinda suyuqlik bo'lsa (astsitda), suyuqlik miqdoriga qarab, jigar palpatsiyasi va perkussiyasi qiyinlashadi. Buning uchun o'ng barmoqni kindikdan pastda o'ng mezogastral sohaga qo'yib, barmoqlarning turtkisimon harakati bilan barmoqlar ostida organ sezilguniga qadar yuqoriga ko'tariladi va jigar chegaralari va yuzalari haqida malumot olinadi.

Jigar perkussiyasi 80 rasm. Jigarning pastki va yuqori chegaralarining o'zgarishi

Jigar chegara	Jigar chegaralarining o'zgarishi sabablari
---------------	--

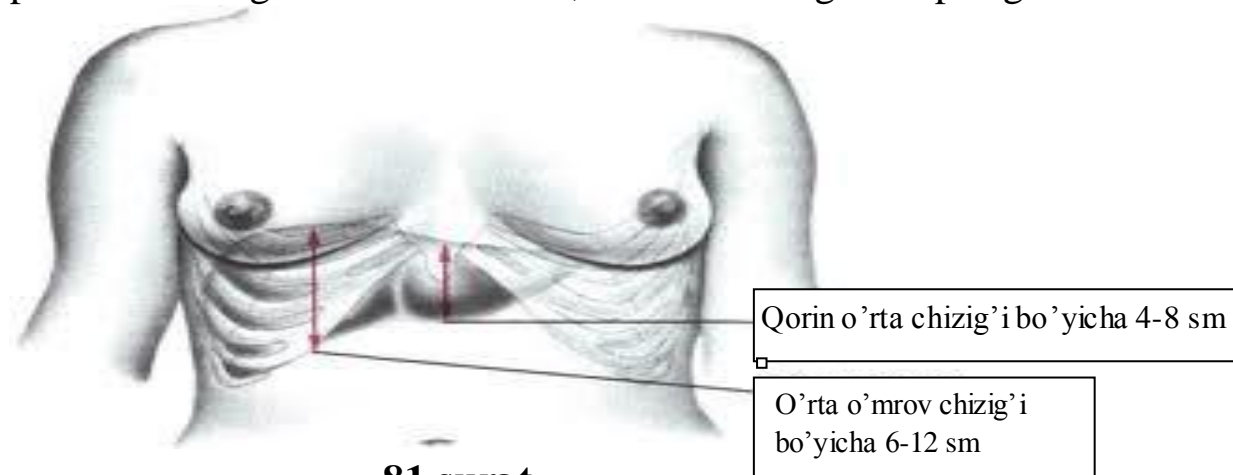
larining o'zgarishi	
Jigar pastki chegarasining pastga siljishi	Jigarga bog'liq; Jigarning gepatit, tsirroz, rak, jigardagi dimlanish tufayli kattalashuvi. Jigarga bog'liq bo'lmagan; O'pka emfizemasi va diafragmaning pastga siljishi tufayli jigar pastga siljiydi
Jigar pastki chegarasining yuqoriga siljishi	Jigarga bog'liq; Jigar tsirrozi va unda o'tkir distrofiya bo'lganda jigar hajmi kichrayganda pastki chegara yuqoriga siljiydi. Jigarga bog'liq bo'lmagan; Meteorizm, homiladorlik va astsit suyuqligi qorinda yig'ilishi tufayli diafragma yuqori turadi shu tufayli jigar pastki chegarasi yuqoriga siljishi
Jigar yuqori chegarasining pastga siljishi	Diafragmaning pastga siljishi, diafragma osti absessi, o'ng tomonlama pnevmotoraks, o'ng tomonlama gidrotoraks tufayli
Jigar yuqori chegarasining yuqoriga siljishi	Jigarga bog'liq; Jigar raki va exinokokki, Jigarga bog'liq bo'lmagan; Meteorizm, homiladorlik va astsit suyuqligi qorinda yig'ilishi natijasida diafragmaning yuqori turishi tufayli

Perkussiya yordamida jigar o'lchami, pastki chegarasini, yuqori chegarasini kam holatlarda (absess, katta kista, katta o'sma tuguni) o'zgarishini bilish mumkin. Odatda jigarning yuqori chegarasi o'ng o'pkaning pastki chegarasiga to'g'ri keladi; pastki chegarasi joylashuvini aniqlash jigar palpatsiyasi yordamida aniqlanadi.



80 surat

Jigarning pastki chegarasini tinch perkussiya yordamida aniqlasa bo'ladi. Perkussiya timpanik tovush sohasida kindik yoki undan pastroqda boshlab plessimetr-barmoqni yuqoriga qarab absolyut tovush hosil bo'lgunicha perkussiyalanadi. Bu jigar pastki chegarasi bo'ladi. Normada jigar qovurg'a ravog'idan chiqmaydi, asteniklarda esa qovurg'a ostida bo'ladi. Chuqur nafas olganda va vertikal holatda jigar pastki chegarasi 1-1,5 sm ga pastga tushadi.



81 surat

O'ng o'рта o'mrov chizig'i bo'ylab kindikdan jigar pastki chegarasigacha va aniq o'pka tovushidan pastga qovurg'alar orasi bo'ylab jigar bo'g'iqligi hosil bo'lguncha perkussiya qilib boriladi. Ikkala nuqtalarni birlashtirib **Kurlov bo'yicha jigarning birinchi o'lchami o'lchanadi. Odatda u 9 sm.** Jigar bo'g'iqligini yuqori chegarasidan ikkita boshqa o'lchamlarni aniqlashda foydalaniladi.

Qorinning o'рта chizig'i bo'ylab, jigar bo'g'iqligi hosil bo'lgunicha yuqoriga qarab perkussiyalanadi. O'рта chiziq bo'ylab yuqori chegarani aniqlash teri ostida to'sh borligi so'nayotgan perkutor tovushni bergani uchun qiyin, shuning uchun bu o'lchamning yuqori nuqtasi sifatida shartli ravishda birinchi jigar bo'g'iqligi o'lchami yuqori chegarasi bilan bir xil bo'lgan nuqta olinadi. Bu nuqtalarni birlashtirib Kurlov bo'yicha ikkinchi o'lcham olinadi, odatda u 8 sm.

Kurlov bo'yicha uchinchi o'lchami chap qovurg'a yoyi yaqinida unga parallel ravishda oldingi qo'ltiq osti chizig'idan ichkariga perkussiya boshlanadi. Odatda u 7 sm. Agar jigar kattalashgan bo'lsa birinchi katta o'lcham kasrda ifodalanadi, suratda -o'ng o'рта o'mrov chizig'i bo'yicha umumiy o'lcham, maxrajda esa-qovurg'a yoyidan pastga tushgan o'lcham yoziladi.

Asosiy klinik sindromlar. Sariqlik

Sariqlik (icterus) – bilirubinning jigar hujayralari tomonidan ushlab qolinishini, glyukuronid kislota bilan bog'lanishini, uning transportini buzilishi hisobiga qonda bog'langan yoki bog'lanmagan bilirubin miqdorining oshishi bilan kechadigan sindromdir. Bilirubin miqdorini qonda ko'payishi natijasida teri, oyoq va qo'llar kaftlari, shilliq qavatlarning va skleraning sarg'ayishi, teri qichishi kuzatiladi. Qonda bog'langan yoki bog'lanmagan bilirubin miqdorining oshishi natijasida siydik rangining o'zgarishi (piva rangli) va najas rangining o'zgarishi – oqarishi (jigar va jigar osti sariqligi) hatto to'q rangga kirishi (jigar usti sariqligi) da kuzatiladi. Bilirubin miqdorini qonda ortishiga sabab qonni haddan tashqari ko'p parchalanishi, jigar hujayralari yetishmovchiligi yoki o't yo'llarida patologik jarayon bo'lishi mumkin. Sariqlikda bilirubinning qondagi miqdori oshsa terida, shilliq qavat va sklerada to'planishi kuzatiladi. Terining sarg'ayishi- (karotin va akrixinning ko'payishi) yuzaga kelishi boshqa faktorlar yordamida ham kelib chiqishi mumkin (soxta sariqlikda); tarkibida ko'p miqdorda karotin, akrixin tutgan mahsulotlar iste'moli (sabzi, tomat) ham sariqlik chaqiradi-sariqlikdan farqli ravishda bunda ko'zning sklerasi sarg'aymaydi. Klinik jihatdan tananing turli sohalarining sarg'ayishi giperbilirubinemiya darajasiga bog'liq. Tanada sariqlikni rivojlanish ketma-ketligi quyidagicha; boshida sklera keyinchalik esa til pastki qismi shilliq qavati va tanglay, undan keyin yuz terisi, kaftlar oxirida esa butun tana sarg'ayadi.

Sariqlik anemiya, gipoproteinemiya, semirishdagi shishlarda kamroq seziladi.

Ozg'in hamda mushaklari rivojlangan bemorlarda teri qoplamlari yorqinroq sarg'ayadi. Yurak yetishmovchiligi natijasida jigarda qon dimlanganda tananing yuqori qismi sarg'ayadi. Davomli giperbilirubinemiya tana rangi yashil hatto bronza-qora tus oladi (melanosariqlik).

Sariqlik sindromi-differentsial diagnostik tekshirishlarni talab qiladigan sindromdir. Shuning uchun ham bilirubin hosil bo'lishi fiziologiyasini va organizmda tarqalish mexanizmlarini bilish muhim.

Bilirubin gem parchalanishining oxirgi maxsuloti bo'lib, uning 80-85% gemoglobindan, qolgan 20-25 % esa gem saqlovchi oqsillardan (tsitoxrom P-450) hosil bo'ladi. Bilirubinning hosil bo'lishi

retikuloendotelial sistema hujayralarida boradi va har kuni 300 mg atrofida bilirubin hosil bo'ladi. Gem parchalanishi natijasida hosil bo'lgan bilirubin erkin yoki bog'lanmagan bo'lib, keyinchalik u plazma oqsillari (albumin) bilan bog'lanadi. Oqsil bilan bog'langan bilirubin qoya orqali jigarga keladi. So'ng jigidagi uridindifosfatglukuroniltransferaza (UDFGT) ta'sirida bog'langan bilirubinga (konyugatsiyalangan) aylanadi.

Konyugatsiyalangan bilirubin o't yo'llari orqali 12 barmoqli ichakga tushadi. Ichakda bakteriyalar tasirida 2 xil pigmentga: sterkobilin (axlatga rang beradi) va urobilinogenga ajraladi. Urobilinogen ingichga ichakda yaxshi so'rilib, ma'lum qismi normada yana jigar va buyraklar orqali ekskretsiya qilinadi (enterogepatik tsirkulyatsiya). Qondagi bilirubin to'qimalarda bir xil tarqalmaydi. U elastik to'qimalar (teri, sklera va qon tomir devorlari) da ko'p miqdorda ushlanib qolinadi, shuning uchun ham sariqlikda bu to'qimalar ko'proq sariq rangga kiradi.

Ko'pchilik ichki azolar og'ir kasalliklarida ham sariqlik sindromi rivojlanadi. Bunday holatlarda albatta differentsial diagnostika qilish maqsadga muvofiqdir. Misol uchun jigar kasalliklarining barchasida sariqlik sindromi kuzatiladi. Gemolitik anemiya, Vitamin B12 va folat kislota tanqis anemiyada sariqlik sindromi kuzatiladi. Pnevmonokokk etiologiyali pnevmoniya bilan kasallanganlarni 5 % atroflari va o'pkaning surunkali obstruktiv kasalligi emfizematoz tipida sariqlik sindromi kuzatiladi. Shuning uchun ham sariqlik rivojlanganlarni o'pkasini yaxshilab tekshirish maqsadga muvofiqdir.

Og'ir yurak yetishmovchiligida ko'pincha jigarda qon dimlanadi, bu o'z navbatida faqat sariqlik rivojlanibgina qolmay, portosistem entsefalopatiyaga ham olib keladi. Og'ir buyrak yetishmovchiligi ham sariqlik sindromini olib keladi.

Sariqlik turlari

Qonda bog'langan yoki bog'lanmagan bilirubin ko'payishi sariqlikning irsiy, yaxshi sifatli va ortirilgan turlarida yuzaga keladi. Sariqlik bazi bir kasallikning simptomidir. Bilirubin almashuvining orttirilgan buzilishi: jigar usti, parenximatoz (jigar-hujayra), mexanik sariqliklarga bo'linadi. Nisbatan ko'p tarqalgan turi-jigar usti sariqligi-gemolitik, jigar-hujayra sariqligi-gepatotsitlar nekrozi yoki jigarning o'tkir va surunkali kasalliklarida kuzatiladigan turi, jigar osti sariqligi

esa-jigar ichi yoki umumiy o't yo'lining obstruksiyasi natijasida yuzaga keladi.

Gemolitik sariqlik

Bu sariqlik qonda ko'p miqdorda konyugirlangan bilirubin bo'lishi bilan xarakterlanadi. Eritrotsitlarning ko'p gemolizi bilan bog'liq holatda bog'lanmagan bilirubinning ko'p ajralib chiqilishida yuzaga keladi:

- Effektiv bo'lmagan eritropoez;
- Vit B12, folat kislota tanqis anemiya;
- Davomli yoki cho'ziluvchan septik endokardit;
- O'pka infarkti sohasidagi qon quyulishlar;
- Malyariya;
- Gemolitik zaharlar ta'siri natijasida (fenilgidrazin, og'ir metal tuzlari);
- Turli xil immunologik kasalliklar natijasida yuzaga keladigan immun gemolitik anemiya ham bor.

Gemolitik sariqlikda teri rangi limon-sariq tovlanadi, teri qichishi bo'lmaydi, taloq kattalashgan bo'lib, anemiya rivojlanadi. **Qonda erkin** (bog'lanmagan) bilirubin miqdori ko'payadi, chunki jigar ko'plab hosil bo'layotgan bilirubinni bog'lashga ulgurmaydi. **Najas rangi** intensiv, bu ko'p miqdorda bilirubin hosil bo'lishi va uni sterkobilinogen shaklida ichakga ajralishi bilan bog'liq. **Siydikda ko'p** miqdorda urobilin va sterkobilinogen bo'lib, bilirubin bo'lmaydi.

Jigar-hujayra (parenximatoz) sariqligi.

Jigar hujayralari shikastlanishi hisobiga ularni zararsizlantirish (detoksikatsion) funksiyasini pasayishi hisobiga, qonda hemoglobinni parchalanishi natijasida hosil bo'lgan bilirubinni glyukuronid kislota bilan bog'lash faoliyatini yani bilirubin glyukuronid hosil bo'lishining pasayishidir va o't yo'llariga kam ajralishi. Sariqlikning bu turi, gepatotsitlar zararlanishi va qonda bog'langan, shu bilan birga bog'lanmagan bilirubin ko'payishi kuzatiladi. Bog'lanmagan bilirubin ko'payishi jigarni bilirubinni glyukuronid kislotasi bilan bog'lash xususiyatini pasayishi hisobiga bo'lsa, bog'langan bilirubinni ko'payishi uni o't yo'llaridan qonga so'rilishi hisobigadir. Siydikda suvda eruvch bog'langan bilirubin va o't kislotalarini paydo bo'lishi, najasda sterkobilinogen kamayishi bilan xarakterlanadi.

Sariqlikning bu turi quyidagi holatlarda kuzatiladi:

-Jigarning virusli zararlanishlarida (A, B turdagi o'tkir gepatitlarda, B, C, D turdagi surunkali gepatitlarda, toksik gepatitlarda, jigarning tsirrozida);

-Alkagolli zararlanishida;

-Dorilar bilan zararlanishda;

-Autoimmun gepatitlar va b.q.;

Teri qoplamlari rangi o'zgargan qirmizi-sariq va qizilroq tus oladi, taloq kattalashishi mumkin. Siydikda xuddi gemolitik sariqlikdek, konyugirlangan bilirubin miqdori oshgan bo'lib, siydik rangi odatdagidan qoraygan bo'ladi, najas esa odatdagidan oqargan bo'ladi.

Bulardan tashqari irsiy gepatozlar (Jilber va Rotor sindromi) ham mavjud va bularda ham bilirubinni glyukuronid bilan bog'lanishi malum etapda buzilib terida yoki shilliq qavatlarda sariqlik yuzaga keladi, bu bolalikdan ham bo'lishi mumkin.

Mexanik sariqlik

Sariqlikning bu turi o't yo'llarining endogen yoki ekzogen sabablar tasirida yopilishi natijasida yuzaga keladi. Endogen yopilishi o't toshlarining, o't yo'llariga tiqilib qolishi va sklerozli xolangitda o't yo'llarining sklerotik o'zgarishi hisobiga vujudga keladi. Ekzogen yopilishi tashqaridan o't yo'llarini qisilishi (o'smalar, jigar darvozalari o'sma metastazlarida, meda osti bezi bosh qismi o'smalari, 12 barmoqli ichak shilliq qavati o'smalari va shishlari, shu ichak yaralari peneteratsiyasi va b.q.). Bu o'zgarishlar o't suyuqligi dimlangan joydan yuqoriga bosim ortishi hisobiga bilirubinglyukuronidni qonga qaytib so'rilishi taminlaydi. Sariqlik qonda regurgitatsiya hisobiga konyugirlangan bilirubinning miqdori qonda oshadi.

Mexanik sariqlikda teri rangi maksimal darajada o'zgargan, davomli sariqlikda teri qoramtir rangda bo'ladi. Qonda bog'langan bilirubin miqdori ko'payadi va bu uzoq davom etsa jigar funktsiyasi ham buzilishi hisobiga bog'lanmagan bilirubin ham paydo bo'ladi. Siydikda bog'langan bilirubin va o't kislotalari paydo bo'ladi. Siydik rangi jigarrang bo'ladi. Najas rangi rangsizlanadi, chunki ichakka sterkobilin tushmaydi. Bemorlar deyarli qonda o't kislotalari ko'payishi (xolemiya) hisobiga har doim teri qichishi, ko'zdan kechirganda terisida qashalgan izlar ko'rish mumkin, terisi tarang. O't kislotalari adashgan nervni qitiqlashi hisobiga, bemorlar pulsi kamayadi (bradikardiya), qon bosimi past bo'ladi. Markaziy asab tizimi xolemiya hisobiga zaharlanib, asteno-nevrotik sindromlar (bosh og'rig'i, bosh aylanishi, tez charchash,

holsizlik, ishlash qobiliyatini pasayishi, tasirchanlik, uyqusizlik va b.q.) ni yuzaga keltiradi. Mexanik sariqlikning yuqoridagi belgilariga asoslangan holda uning to'liqsimon xarakterdaligi seziladi; bu o't yo'lining o'sma bilan to'silishi bilan tushuntiriladi.

Irsiy pigmentli gepatozlarni 8 ta klinik shakli mavjud.

A. Konyugatsiyalangan giperbilirubinemiya

Jilber sindromi,

Meylengraxt kasalligi,

Krigler Nayar sindromi,

Lyusi-Driskoll sindromi,

B. Konyugatsiyalanmagan giperbilirubinemiya

Dabin Djonson sindromi

Rotop sindromi

Bayler kasalligi (tug'ma jigar ichi xolestazi)

Aagenesa-Sammerskill sindromi (tug'ma jigar ichi xolestazi)

Alajilya sindromi (xolestaz bilan kechadi)

Lyutseya-Driskol sindromi

Sindrom Lyutseya-Driskola-1960 yilda ushbu avtor tomonidan yozilgan. (vaqtinchalik oilaviy giperbilirubinemiya) kam uchrovchi irsiy pigment gepatoz bo'lib, chaqaloqlarni tranzitor oilaviy giperbilirubinemiya hisoblanadi. Bunda ona va bola qonida bilirubin konyugatsiyasini ingibitori mavjud bo'lib, bu genetik determinlanganligi bilan tushuntiriladi va qonda konyugatsiyalanmagan bilirubin miqdorini oshishi bilan namoyon bo'ladi. Bazi avtorlar aytishi bo'yicha ona sutida bilirubin konyugatsiyasini ingibitori bo'ladi. Ushbu ingibitor qonga o'tadi va jigarga borib, mikrosomal ferment uridindifosfatglyukuronil-transferaza (UDF-GT) qamal qiladi hamda bilirubin sintezini bug'adi. Ushbu sindrom bola hayotining birinci kunlarida kuchayib boruvchi yadro tipidagi sariqlik bilan namoyon bo'ladi. Bu sindrom oiladagi hamma bolada bolishi bilan xarakterlanib, sariqlik hayotning 3-4 haftasida mustaqil o'tib ketadi va yomon oqibatlarga olib kelmaydi. Ushbu sindromdan bazan bilirubinli entsefalopatiya va letal isxod ham bo'lishi mumkin. Sabab ona sutida bilirubin ingibitori bor bo'lgan holat qayd qilinganda, bolalar suniy ovqatlanishga o'tishlari lozim.

Bayler kasalligi

Bayler (avtor emas-kasallikka uchragan oila) kasalligi- kuchayib boruvchi jigar ichi xolestazi bo'lib, 1975 yilda yozilgan. Bayer kasalligi

juda kam uchrovchi va og'ir kechuvchi oilaviy xolestaz bo'lib, gen orqali o'tuvchi kasalliklar guruhiga kiradi. Autosom retsessiv yo'l orqali irsiylanadi. Kasallik geni 18 xromasomada joylashgan. Kasallik bolalarda hayotining birinchi kunlarida rivojlanib, zo'rayib boruvchi jigar ichi xolestazi bilan kechadi hamda qonda konyugatsiyalangan bilirubin miqdorining oshishi (300 mkmol/l gacha) kuzatiladi.

Klinikasi kuchayib boruvchi sariqlik, teri qichishi, biroz jigar va taloq kattalashishi, bilirubinuriya, najasning biroz rangsizlanishi bilan kechadi.

Kasallik rivojlanishida periportal fibroz rivojlanishi bilan o't yo'llari proliferatsiyasi yotadi. Bu o'z navbatida o't suyuqligi chiqishiga to'sqinlik qiladi va jigar ichi xolestazini keltirib chiqaradi. Mikroflamentlar yoki kanalchalar membranasi funksiyasini buzilishi bog'langan bilirubinni hepatotsitlardan o't kanallariga ekskretsiyasini buzilishiga olib keladi. Kasallik bolalarni 8 yoshigacha o'limiga olib keladi. Medikamentoz davo yo'q, yagona davolash yo'li jigar transplantatsiyasidir.

Aagenes-Sammerskill sindromi

Aagenes-Sammerskill sindromi- yaxshi sifatli oilaviy jigar ichi xolestazi (norvegiya xolestazi). Kasallik autosom retsessiv yo'l orqali irsiylanib, genetik xarakterga ega. Kasallik geni 18 xromasomada joylashgan. O't kislotalari metabolizmini va o'tni ekskretsiyasi hamda bu jarayonlarni gumoral regulyatsiyasi biziladi. Kasallik rivojlanishini asosiy sababi jigar limfa tomirlarini gipoplaziyasidir. Vitamin E yetishmovchiligi ham jigar hujayralarini degenerativ o'zgarishlariga olib kelib, jigar ichi xolestaziga olib keladi. Neonatal davrga taxminan 10 yoshlarda yuzaga chiqadi. Katta yoshda xolestatik sariqlik ko'p marta 3-4 oydan qaytarilishi mumkin va o'tib ketadi. Xuddi shunday yana sariqlik yuzaga kelib, bir necha oydan bir necha yilgacha davom etishi mumkin. Adabiyotlarda yozilishicha 38 yil davomida 27 marta xolestatik sariqlik o'tkazgan bemorlar kuzatilgan.

Kasallik sariqlik sindromi, terining qichishi, bazan qusish, ong qovurg'a ostida og'riq bezovta qiladi. Bemorlarda ishtahaning bo'g'ilishi, holsizlik, oruqlash kabi simptomlar kechadi, ushbu bemorlarda gripsimon holat kuzatiladi. Bilirubin miqdori bog'langan bilirubin hisobiga ortadi, xolestatik fermentlar ishqoriy fosfataza, γ -GGT (gamma glutamiltranspeptidaza) kabi fermentlar miqdori ortadi va

tsitoliz hamda gepatotselyular yetishmovchilik kuzatilmaydi. Davolashda geptral va glyukokortikoidlar, ursosan, ursofalk qo'llaniladi o't suyuqligini haydash uchun.

Alajilya sindromi

Alajilya sindromi-bolalarda xolestaz bilan kechib, tug'ma duktopeniya tufayli yuzaga keladi. Bu genetik determinlangan kasallik bo'lib, autosom dominant yo'l orqali nasldan naslga o'tadi, bunda portal zonalar soni va jigar qismlari orasidagi protoklari kamayib ketishi bilan xarakterlanadi. Bu yuzning uchburchak shakli, skeletning o'zgarishi, to'r parda pigmentatsiyasi, buyrakni va o'pka arteriyalarini anamal rivojlanishi bilan xarakterlanadi. Sariqlik bilan gepatosplenomegaliya barvaqt rivojlanadi. Bemorlar uzoq muddat yashashi mumkin va ularda aqli zaiflik, o'sishdan orqada qolish, ksantomatoz o'zgarishlar, teri qichishi kabi simptomlar har xil darajada rivojlanadi.

Krigler-Nayar sindromi

Krigler-Nayar sindromi-tug'ma irsiy kasallik bo'lib, sariqlik va og'ir asab tizimini shikastlanishi va qonda bog'lanmagan bilirubin miqdorini ortishi bilan kechadi. Kasallik autosom retsessiy yo'l orqali irsiylanadi va bolalar hamda qizlar orasida uchrash foizi bir xil. Giperbilirubinemiya sabab glyukuroniltransferaza fermenti tug'ma yetishmovchiligi va aktivligini pasayishi hisobiga-bilirubin glyukuronid hosil bo'lmaydi. Irsiy negemolitik sariqlik bilan yuzaga chiqadi, og'ir holatlarda miya shikastlanadi, yadroli sariqlik turi.

Krigler-Nayar sindromi 2 variantda kechadi;

1 – Tip- glyukuroniltransferaza fermenti faolligini to'liq bo'lmasligi tufayli yuzaga chiqadi. Bu UGTIAI genini ketma-ketligini kodlovchi gen mutatsiyasi bilan bog'liq va uridindifosfatglukuronidaza fermenti to'liq hosil bo'lmaydi. Bu fermentni yetishmovchiligida bilirubin bilan glukuronid kislota bog'lanmaydi. Bu holat qonda va sariq modda yadrosida bog'lanmagan bilirubinni ko'payishiga olib keladi. Shuning uchun kasallik og'ir kechadi.

2-tip bu Arias sindromi bo'lib, meyorga nisbatan ferment faolligi 20% dan past bo'ladi. Bunda ham UGTIAI genini ketma-ketligini kodlovchi gen mutatsiyasi bilan bog'liq. Bemorlar ko'pincha geterozigot hisoblanadilar. Bemorlarning bir xromasomasida inversiya kuzatilsa, ikkinchisida gen mutatsiyasi kuzatiladi. Ikala o'zgarish birga ham kelishi mumkin.

Tarqalishi- **Krigler-Nayar sindromi** I-tip osiyo aholisini har xil guruhlarida ko'proq uchrab 1 000000 tug'ilgan bolalar ichida 1 holat kuzatiladi. Bolalar va qizlar bir xil foizda kasallanadilar. Morfologik o'zgarishlardan yog'li gepatoz va periportal fibroz kabi o'zgarishlar bo'lishi mumkin.

Krigler-Nayar sindromi I tipi juda og'ir kechadi, teri va sklerani sarg'ayishi tug'ilganda tezda yuzaga chiqadi. Bemorlarda nistagm, tutqanoq, opistotonus, atetoz, aqliy rivojlanishini sekinlashishi kabi simptomlar kuzatiladi. EEGda miyaning orqa bo'lagida faollik va paroksizmal faollik sust bo'lib, qayd qilinadi.

Qonda bilirubin miqdori 200 mkmol/l dan yuqori bo'ladi. O't suyuqligida bog'langan bilirubin umuman bo'lmaydi. Bemorlarni davolamasa hayotning 1 chi yilida yodroli sariqlikdan vafot etadilar.

Bilirubinli entsefalopatiyaning birinchi fazasida shartsiz reflekslar susayadi. Bolalarda holsizlik, uyquchanlik, so'rish qobiliyati susayadi, sekin tasirotlarga tez javob beradi. Ularda nafas sekin bo'lib, to'xtab-to'xtab nafas oladilar. Bemorlarda hiqillash, qusish, bir xil qichqiriqlar kuzatiladi. Terisida tsianoz ko'rish mumkin.

Entsefalopatiyaning 2 fazasi bir necha kundan bir necha haftagacha davom etadi. Bu fazada bosh miya yadrosi shikastlanishi klinikasi kuzatiladi. Bemorlarda spastik paralichdek holat, bo'yin mushaklari rigidligi, tananing majburiy holati opistotonus bilan kuzatiladi. Qo'l va oyoqlar bukilmaydi, qo'llari mushlab turgan holatda. Bolalar qichqiradi, katta liqildoqlar bo'rtib chiqqan, yuz mushaklari harakatlanib turadi, qo'llari yirik titrab turadi, tovushga reaksiya va so'rish refleksi bo'lmaydi. Nistagm, apnoe, bradikardiya, letargiya, tutqanoq kuzatiladi.

Bilirubinli entsefalopatiyaning 3 fazasida bemorlar holati og'ir. Spastik holatlar qisman yoki to'liq yaxshi ko'rinadi.

Bilirubinli entsefalopatiyaning (hayotning 3-5 oylari) nevrologik o'zgarishlar kuchli paralich, parez, nistagm, atetoz kuchlidir. Bolalar o'sishdan, ruhiy rivojlanishdan orqada qoladi. Bolalar boshini ushlay olmaydilar, onasi gapiga, boshqa tovushli qitiqlovchilarga reaksiya yo'q, oyinchoqlarga etibor ham bermaydi. Bemorlar 2 yilgacha, kamdan kam holatda o'smirlik davrigacha yashaydilar.

Vilson-Konovalov kasalligi

Vilson-Konovalov kasalligi-1912 yilda Angliyalik nevropatolog Vilson tomonidan 12 ta oilaviy holat yozilib, ularning hammalarida ham

jigarda kuchayib boruvchi degenerativ o'zgarishlar jigar tsirrozi bilan birga kechganligi to'g'risida malumot berdi va uning patogenezi 1948 yilgacha nomalumligicha qoldi. Shu yili Kumingsning Vilson kasalligida misning jigarda va bosh miyada miqdorini (konsentratsiyasini) ko'payishi to'g'risidagi malumoti chiqqandan so'ng patogenezi aniqlandi. Hozirgi vaqtda misning gepatotoksik xususiyati to'g'risida malumotlar ko'p, Vilson kasalligining genetik defektligi ham aniqlandi.

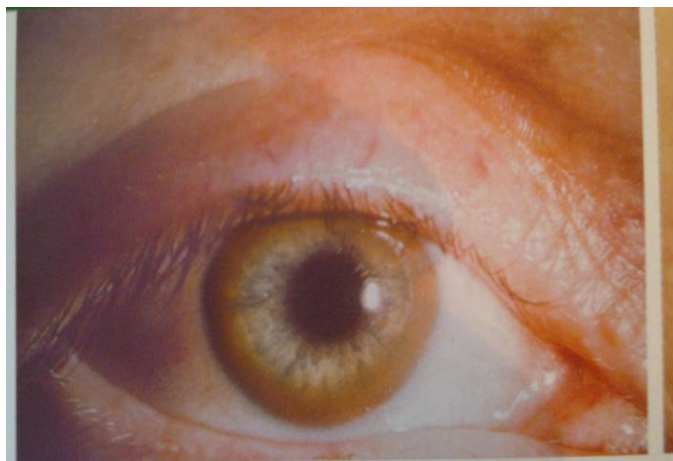
Vilson kasalligi kam uchrovchi irsiy kasallik bo'lib, autosom retsessiv yo'l orqali irsiylanadi va gen (ATP7B ning mutatsiyasi kasallik chaqiradi), 13 (qismi 13q14-q21) xromasomada joylashgan va bu kasallikda oqsil va mis almashinuvi buziladi. Vilson kasalligi geni 1993 y ajratib olingan va 40 dan ortiq mutatsiyaga uchragan genlar mavjud. Har 1000000 aholiga 30 bemor to'g'ri keladi. Yaqin qarindoshlar orasidagi nikohga 90 kishiga 1 bemor to'g'ri keladi. Asosan yoshlikdan namoyon bo'lib, organizmda qonda ko'p miqdorda mis to'planishi bilan kechadi. Boshlang'ich bosqichlarida mis jigarda to'planib, gepatit, tsirroz, jigar yetishmovchiligiga olib keladi. Keyinchalik mis boshqa organ va tizimlarga tushib ularni shikastlaydi. Bosh miyani shikastlab ruhiy asab o'zgarishlarga olib keladi.

Mis metabolizmi. Oziq ovqat tarkibidagi (2,5-5 mg) mis ingichka ichakda sorilgandan so'ng oqsillar, aminokislotalar bilan birikib darvoza venasi orqali jigarga tushadi va ko'p miqdori (90%) shu yerda qoladi. Qolgan qismi ichakdagi mis najas bilan va darvoza venasiga tushmagan qismi buyrak orqali tashqariga chiqariladi. Gepatotsitlarda mis metaloenzimlar tarkibida bo'ladi. Bular superoksiddismutaza, tsitoxromoksidaza, monoaminooksidazalardir. Misning exporti α_2 globulin fraktsiyasiga kiruvchi transport oqsil tseruloplazmin orqali amalga oshiriladi. Misning tseruloplazminga kiritilishi Goldji apparatida amalga oshiriladi. Buning amalga oshishiga Vilson kasalligi geni orqali mis transport qiluvchi P-tipdagi protein –ATFaza bilan birga amalga oshiriladi. Bular misning lizosomal ekskretsiyasiga faol ishtirok etib, misning miqdorini meyorga saqlab turadi. Bu holat izdan chiqsa albatta mis jigarda to'planib qoladi. Jigarni ko'p miqdordagi misdan asrash (detoksikatsion xususiyati), misni glutation, metalotioneyn bilan bog'lanib, biliar tizimda lizasomal ishtirokida ekskretsiya qilinadi. O't suyuqligi orqali 80% jigarga tushgan mis ekskretsiya qilinadi. O't suyuqligidagi mis yuqori molekulali oqsillar bilan bog'langan bo'lib,

ular ingichka ichakka reabsorbtsiya qilinmaydi. Mis bilan bog'langan yuqori molekulali oqsillar ularni ingichka ichakka so'rilishiga to'sqinlik qiladi. **Patogenez.** Kasallik rivojlanishi patogenezida asosiy o'rinni qabul qilingan mis miqdori bilan uning ekskretsiyasi balansiga bog'liq bo'ladi. Vilson kasalligida misni to'planishi uning o't suyuqligi bilan chiqarilishi kamayishi asosan lizasomal fraktsiya hisobiga bo'ladi va jigarga misni to'planishiga olib keladi. Mis ekskretsiyasini kamayishini Vilson kasalligi geni defitsiti bilan bog'liq. Ushbu gen misni Goldji apparatiga transportini va o't suyuqligiga ajralishini taminlaydi. Shuning hisobiga misni apotseruloplazminga birikishi buziladi, bu o'z navbatida tseruloplazminni qon zardobiga kamayishiga olib keladi. Tseruloplazmin tarkibida mis saqlaydi uni qondagi mis hisobiga to'ldirib turadi va bu modda eritropoezda ishtirok etadi. Bu moddani irsiy yetishmovchiligi qon zardobida mis mikroelementini ortishiga sabab bo'ladi va asosan ko'zda sariqlik rivojlanadi hamda yashil halqa hosil bo'ladi. Bunda jigar shikastlanib, tsirroz rivojlanadi va ikkilamchi bosh miya zararlanadi (chehevitsasimon yadroda distrofik o'zgarishlar). Ekstrapiramidal rigidlik, giperkineziya kuzatiladi. Bulbar soha va miyacha faoliyati buziladi, ruhiyat va nutq o'zgaradi, bular jigarni shikastlanish belgilari bilan birga keladi.

Misning toksik tasir mexanizmi. Mis prooksidant sifatida erkin radikallarni katalizlaydi va lipidlarni perekisli oksidlanishini kuchaytiradi. Bu plazmatik membrana va mitoxondriyalar membranasi funksiyasini buzadi, lizasomal fermentlar hujayraga chiqadi, DNK va oqsillar funksiyasi buziladi, antioksidantlar glutation va Vitamin E miqdorini kamayishiga olib keladi. Lipidlarni perekisli oksidlanishi natijasida hosil bo'lgan malonovoy dialdegid kollagen sintezini kuchaytirib, fibrogenezga olib keladi. Misning shox (rogovitsa) parda destsemet membranasiga to'planishi Kayzer-Fleysher halqasini paydo bo'lishi bilan namoyon bo'ladi (82 surat).

Klinik holat: Bemor S. 25 yoshda kasalxonaga tushganda umumiy holsizlik, xotirasining susayishi, kunduzlari uyqu bosishi, gapirishda tormozlanish, qo'llari titrashi hisobiga husnixatni buzilishi, davriy ravishda burundan qon ketish, oyoqlarda shish borligi va quruq yo'talga shikoyat qildi. O'zini bemor deb 2011 yildan buyon hisoblaydi va O'RVI o'tkazgandan so'ng teri qoplamlarida sariqlik paydo bo'lgan.



Kayzer-Fleysher halqasi

82 surat

Vilson-Konovalov kasalligi uchun xos.

Bemor kasalxonada gastroenterologiya bo'limiga yotqizilib, jigar tsirrozi, portal gipertenziya sindromi, astsit tashxisi qo'yildi. Bemorga gepatoprotektorlar bilan birga 300 mg prednizolon, infuzion terapiya tavsiya qilindi va bemorning ahvoli yaxshilanib kasalxonadan chiqarildi. Keyinchalik bir necha marta kasalxonaga yotib chiqdi va gepatoprotektorlar bilan birga diuretiklar ham berildi, ahvoli biroz yaxshilandi. 2011 yildan 2012 yilgacha doimo prednizolon 30 mg tabletkada qabul qilib turdi va dozasi sekin asta kamaytirilib to'liq garmondan chiqarildi. 2011yilda ALAT fermentining faolligi 122 bir/l gacha, AsATning 118 bir/l, IF-549,4 bir/l, GGTP-133 bir/l, umumiy bilirubin 47 mmol/l oshganligi, tseruloplazmin 0,072 gacha, trombositlar 40000 gacha, leykotsitlar 1,8 minggacha pasayganligi aniqlandi. Neytrofil tsitoplazmasiga, kardiolipinga, mitoxondriyaga qarshi antitela manfiy natija berdi. 2013 yil oktyabrda son suyagi boshchasi aseptik nekrozi tufayli chap tos-chanoq bo'g'imida endoprotez qo'yildi. Operatsiya vaqtida qon yo'qotilganligi tufayli 600 ml eritrotsitar massa va 600 ml plazma quyildi. Endokrinologda gipotireoz II daraja bilan hisobda bo'ldi. Menstrual tsikli buzilgan. Yil davomida ahvoli og'irlashib bordi, gapirish qobiliyati va xotirasi susayib bordi. Kasallik tarixi o'rganilganda bolaligidan talog'i kattalashgan.

Ko'zdan kechirganda holati o'rta og'irlikda, terisi rangpar, tomir yulduzchalar mavjud, tili nam, toza. O'pkada vezikulyar nafas, pastki qismlarda susaygan nafas. Yurak tonlari bo'g'iq, ritmik, yurak urishi 90 marta, AQB 110/70 mm.sim.ust.teng. qorin yumshoq, o't qopi

proektsiyasida biroz og'riq, jigar qovurg'a yoyi ostida, taloq +3 sm. Najas kuniga 1 marta o'zgarishsiz. Tizzaning yuqori uchligigacha oyoqlarida shish bor. Peshobi siydik haydovchi vositalar bilan doimiy bir xil.

O'tkazilgan tekshiruvlar; Qon tahlili-eritrotsitlar 4 ming, leykotsitlar 1,8 ming, gemoglobin 122 g/l, eritrotsitlar 4,2 mln. Qonning bioximyoviy tahlili; umumiy oqsil 52,7 g/l, bilirubin 47,2 mmol/l (to'g'ri-27,9 va noto'g'ri 19,3), ALAT-70, AsAT-118. GGTP-109, IF-159 bir/l gacha oshgan va tseruloplazmin 0,072 g/l pasaygan. Koagulogrammada protrombin indeksi 45% (1,79), tromboplastin vaqti qisman faollashgan, fibrinogen 1,82 g/l.

UTT-gepatosplenomegaliya, jigarda diffuz o'zgarishlar (Tsirroz belgilari). O't tosh kasalligi, surunkali pankreatit, kichik toshda suyuqlik.

Okulist xulosasi– Kayzer-Fleysher halqasi, EFGDS 3 darajali qizilo'ngach venalari kengayishi, yuzaki gastrit, bulbit.

Portal tizimni rangli doplerografik tekshirish-darvoza venasi postromboflebit kasalligi, qisman rekanalizatsiya, Portal gipertenziya.

Bosh miyaning MRT xulosasi-gepatotserebral distrofiya, unchalik rivojlanmagan tashqi gidrotsefaliya.

Yuqoridagi klinik, laborator, instrumental tekshiruvlar asosida tashxis qo'yildi.

Vilson-Konovalov kasalligi aralash shakli. Jigar tsirrozi, Chayld-Pyu bo'yicha B klass. Portal gipertenziya sindromi. Qizilo'ngach venalari kengayishi 3 daraja. Splenomegaliya gipersplenizm bilan. Bosh miyaning rigid ataksik zararlanishi. O't tosh kasalligi. Surunkali pankreatit remissiya davri. Surunkali yuzaki gastrit remissiya davri. Duodenit remissiya davri.

Davo rejasi: D-penitsilamin (kuprenil) 250 mg X 1 m/k, keyinchalik doza 250 mgdan 1 gr oshirildi. Vitamin B1 va B6 m/o. Bemorda patogenetik terapiyaga qaramasdan 2 hafta davomida bemorning ahvoli og'irlashdi.

Bemorda umumiy holsizlik kuchaydi, o'ng qovurg'a ostida og'riq paydo bo'ldi. Bemorning siydigi bilan sutkada 492 mkg mis chiqdi (N-2-80mkg). 2 hafta o'tgandan so'ng bemorning ahvoli yaxshilandi. Holsizlik kamaydi, gapirishlari biroz yaxshilandi, misning siydik bilan chiqishi 38 40 mkg ga etdi (N-2-80 mkg).

Qayta qon tahlili olinganda trombotsitlar soni 52. ming g/l gacha, leykotsitlar 2 ming gacha, eritrotsitlar 4,3 mlngacha aniqlandi. Bioximik

tahlillar umumiy oqsil-52,3 g/l, umumiy bilirubin 23 mkmol/l, AlAT 40 bir/l, AsAT-50 bir/l.

Xulosa: Vilson –Konovalov Kasalligi kam uchrovchi kasallik, mis to'planishi bilan kechadi. Bemorlar qonida aminotransferazalar miqdori ortishi bilan kechadigan, psixonevrologik simptomlar rivojlangan va titrash, o'zini tutishini o'zgarishi, nomalum etiologiyali jigar yetishmovchiligi bilan kechsa, surunkali gepatit va tsirroz bilan kasallanganlarni ushbu kasallikka tekshirish lozim.

Jilber sindromi

Jilber sindromi yaxshi sifatli tug'ma funktsional giperbilirubinemiya, irsiy kasallik. Bog'lanmagan bilirubin miqdorining oshishi bilan kechadi. Bu holat bilirubin almashinuvida qatnashuvchi fermentni kodlovchi gen mutatsiyasi natijasida yuzaga chiqadi. Sariqlik jigar shikastlanish belgilarisiz rivojlanadi. Bunda o't suyuqligini chiqarish yo'llari yopiladi va gemoliz bo'ladi. Bu irsiy kasallik bo'lib, glukuroniltransferaza fermenti aktivligi pasayishi (meyordan 30% past) yoki yetishmasligi hisobiga bilirubin almashinuvi buziladi. Autosom dominant yo'l orqali avloddan avlodga o'tadi., jigarda hech qanday funktsional va morfologik o'zgarishlar bo'lmaydi. Ko'proq erkaklarning o'smirlik davrida uchraydi. Bazi bir avtorlar (Strassburg C.P) malumotlariga ko'ra yevropa davlatlarida 3-9 % aholida Jilber sindromi uchraydi.

Kasallikni qo'zg'atuvchi omillar bo'lib, endogen omillardan bilirubin almashinuvida qatnashuvchi fermentni kodlovchi gen mutatsiyasi natijasida yuzaga chiqib, glukuroniltransferaza fermenti aktivligi pasayishi hisoblanadi. Ekzogen omillardan ochlik, jismoniy zo'riqish, alkagol va toksik moddalar tasiri, uzoq muddat dori moddalar qabul qilish va hamroh kasalliklar hisoblanadi.

Kasallik simptomlari; tez charchash, holsizlik, bosh aylanishi, uyqusizlik, uyquning buzilishi, o'ng qovurg'a ostida noxush holat, skleraning har xil darajada sarg'ayishi (jismoniy zo'riqishda, spirtli ichimliklar istemol qilganda, yuqumli kasalliklardan keyin terida qichish bo'lmaydi), o't qopi va yo'llarida toshlarni hosil bo'lishi kabi simptomlar bezovta qiladi. Kam holatlarda dispepsiya, ishtahaning yo'qligi, og'izda nordon tam, kekirish, achishish, ko'ngil aynishi, kam holatlarda qusish, kabziyat yoki ichini suyuq o'tishi, tez-tez o'tishi, qorinda dam bo'lishi, o'ng qovurg'a ostida bo'g'iq, tortiluvchan og'riq

kabi simptomlar bezovta qiladi. Og'riq asosan dieta buzilganda, yog'li, o'tkir taomlar istemol qilganda hosil bo'ladi. Bazan jigar kattalashganligi aniqlanishi mumkin. Xuruj asosan dieta buzilganda, yog'li, o'tkir taomlar, spirtli ichimliklar, anabolik steroidlar, jinsiy garmonlar, glyukokortikoidlar, antibiotiklar, nosteroid yallig'lanishga qarshi dori vasitalar istemol qilish, stress, jismoniy zo'riqish, travma, operatsiyalar, virusli infeksiyalar, gepatitlar kasallik qo'zg'alishiga olib keladi.

Diagnoz umumiy bilirubin 21-51 mmol/l gacha oshishi mumkin. Meyorda umumiy bilirubin 5,1-17,1 (8,6-20,5) mmol/l, Bog'langan 1,7-5,1 mmol/l, Bog'lanmagan 3,4-12 mmol/l

Jilber sindromida maxsus diagnostik probalar o'tkziladi-ochlik sinamasi; 48 soat ichida bemor kam kalloriyali (sutkada 400 kkal) dieta qilsa bilirubin miqdori 50-100% ga oshadi. Bilirubin nahorda va 2 sutkadan so'ng aniqlanadi. Fenobarbital sinamasi-bu modda istemolidan so'ng glyukuroniltransferaza fermenti faolligi oshib, bilirubin miqdori kamayadi.

Asosiy diagnostik kriteriyalari:

-Kuchli namoyon bo'lmaydigan, xronik intermitirlovchi sariqlik kuzatilib, jismoniy zo'riqqanda, asabiylashganda dieta buzilganda, yog'li, o'tkir taomlar, spirtli ichimliklar, anabolik steroidlar, jinsiy garmonlar, glyukokortikoidlar, antibiotiklar, nosteroid yallig'lanishga qarshi dori vasitalar istemol qilish, stress, jismoniy zo'riqish, travma, operatsiyalar, virusli infeksiyalar, gepatitlarda sariqlik kuchayadi.

-Kon'yugatsiyalanmagan fraksiya hisobidan giperbilirubinemiya kuzatiladi.

-Bemor qarindoshlarida ham shu fraksiya hisobidan giperbilirubinemiya kuzatiladi.

-Fenobarbital bilan davolanganda bilirubin normaga tushadi.

Jilber sindromi va tug'ma gemolitik anemiyani qiyosiy tashxislash.

Jilber sindromi -Birlamchi belgilarning paydo bo'lish vaqti -11-30 yoshgacha, Splenomegaliya-kam hollarda, Gepatotsitlarda to'planadigan fer Fenobarbitalning samaradorligi ment-lipofuztsin, Fenobarbitalning samaradorligi-samarali.

Glukuroniltransferaza fermenti faolligi pasayishi xarakterli.

Tug'ma gemolitik anemiya- Birlamchi belgilarning paydo bo'lish vaqti -10 yoshgacha, splenomegaliya-doimiy bo'ladi. Anemiya-xos,

mikrosferotsitoz-xos, eritrotsitlar yashash muddati-kamaygan, eritrotsitlarning osmotik rezistentligi, pasaygan, o't yo'llarida toshlar-ko'p kuzatiladi, gepatotsitlarda to'planadigan ferment- gemosiderin, fenobarbitalning samaradorligi-samarasiz.

Meylengraxt sindrom

Meylengraxt sindromi 1939 yil ushbu avtor tomonidan yuvenil sariqlik yozilgan. Kasallikni avj olishi balog'at (13-17 yosh) yoshiga yetish davrida boshlanib markaziy asab tizimi qo'zg'aluvchanligi bilan kechadi. Kasallikni kelib chiqish sababi UDF-GT fermentini tug'ma defektidir. Bunda gepatotsitlar membranasida erkin bilirubinni qondan ushlab qolish funksiyasi yaxshi saqlangan. **Meylengraxt sindromi** oilaviy giperbilirubinemiya guruhiga kiradi va teri, ko'zning davriy sarg'ayishi bilan kechadi. Bemorlarda kuchli charchash, holsizlik, o'ng qovurg'a ostida kuchsiz og'riq, dispeptik sindromlar kuzatiladi. Ushbu klinika asabiylashganda, jismoniy zo'riqishda kuchayadi. Qonda erkin bilirubin miqdori (80 mkmol/l) gacha oshadi. Eritrotsitlarni tomir ichi gemolizi kuzatilmaydi. **Ushbu sindromni Jilber sindromidan farqlash lozim**, bunda mikrosomal ferment UDF-GT ni faolligi pasayadi. Ushbu ferment gepatotsitlarga bog'langan bilirubinni hosil bo'lishiga javobgar va erkin bilirubinni qondan ushlab qolib, gepatotsitlarga taqsimlaydi. Bemorlarni faol davolash shart ham emas, doimiy parhez saqlasalar shuni o'zi kifoya. Garchi faol davolashga ko'rsatma bo'lsa giperbilirubinemiya 50 mkmol/l dan ortiq bo'lsa va klinika rivojlangan bo'lsa, mikrosomal ferment UDF-GT induktorlari hamda oqsil transportini yaxshilavchi fenobarbital 50 mg x 2 m, ziksorin 600 mg/sut. 2 hafta buyurish kifoya. 2 haftada bilirubin meyoriga tushib ketadi.

Dabin – Jonson sindromi

Dabin – Jonson sindromi –enzimopatik (fermentopatik) sariqlik bo'lib, kam uchraydigan gepatozlar guruhiga kiradi va bog'langan bilirubinni gepatotsitlardan o't kapilyarlariga ekskretsiyasini buzilishi bilan kechadigan patologik jarayon. Bu o'z navbatida bilirubinni regurgitatsiyasiga olib keladi, yani qayta so'riladi. Buning sababi gepatotsitlar kanalchalarida ATF ga tovbe transport tizimini irsiy defektidir (postmikrosomal gepatotsellyulyar sariqlik). Bunda bo'yoqlar (kraskalovchilarni) ni ekskretsiyasi susayadi (sulfbromftalein natriy), temir saqlamaydigan gepatotsit pigmentlari, o't qopida patologiya bo'lmaydi. Bilirubinni gepatotsitlarga tutilishini sababi adrenalin

metabolizmi bilan bog'liq bo'lib, bilirubin bilan melanin to'planib qoladi. Keyinchalik melanozli gepatoz rivojlanadi.

Adabiyotlarda yozilishicha **Dabin-Djonson sindromi** eron yevrelari orasida ko'proq tarqalgan bo'lib, 1:1300 kishiga to'g'ri keladi. Tez-tez oilalarda uchrab va qaytalanib turadigan sariqlik. Bemorlarning 60% protrombin miqdori kamayib ketadi, bu VII omilning pastligi hisobiga bo'ladi. 70% bemorlarni yoshlar tashkil qiladi va qolgan foiz 50 yoshdan keyin.

Dabin-Djonson sindromi irsiy kasallik bo'lib autosom retassiv yo'l orqali irsiylanadi. Gen defekti organik anionlarni transport qiluvchi ion kanallarini genining (cMOAT) mutatsiyasi natijasida yuzaga keladi. Shuning natijasida bilirubin hamda organik anionlarning gepatobiliar transporti buziladi. Bog'langan bilirubin fraktsiyasi miqdori qonda oshadi va bog'langan bilirubin suvda yaxshi eriganligi uchun siydikda bilirubinuriya kuzatiladi. Bog'langan bilirubin miqdori 0,3 mg/l (5,2 $\mu\text{mol/l}$) va umumiy zardob bilirubini 2,0 mg/l (34,2 $\mu\text{mol/l}$) oshsa konyugatsion sariqlik deb aytamiz (yoki tog'ri bilirubin fraktsiyasi 15% dan oshsa umumiy zardob bilirubinidan, bu 2,0 mg/l oshadi).

Dabin-Djonson sindromida jigarning rangi yashil qo'ng'ir rang yoki jigarrang qoramtir tovlanadi va yuzasida qora dog'larni ko'rish mumkin. Bu tirozin, triptofan va fenilalanin sekretsiyasini buzilishi bilan bog'liq. Taloqda ham pigment to'planadi. Gepatotsitlar va Kupfer hujayralari qora pigment bilan to'lgan, lipofutsin bilan kraskalaganda yaxshi ko'rinadi. Pigmentlar lizasomalar bilan bog'langan qattiq tanachalarda topiladi. Lizasomalar notekis, kattalashgan, yog'bosgan, membrana bilan bog'liq. Bemorlarda sariqlik sindromi doimiy bo'lib, ko'pincha teri qichishi bilan namoyon bo'ladi. Kasallik yillar davomida simptomtsiz kechishi mumkin. Ko'pincha yosh erkaklar kasallanadilar. Kasallangan jigar bilirubinni, bromsulfaleinni, xoletsistografiya uchun kontrast moddalarni ekskretsiya qilmaydi. Shu sabab bilirubin miqdori meyordan ortiq, bromsulfalein proba, ishqoriy fosfatazi miqdorlari o'zgaradi. Bemorlarda tekshiruv vaqtida o't qopi soyasi ham ko'rinmaydi kontrast modda ekskretsiyasi buzilishi munosabati bilan. Alohida tekshirganda bog'langan bilirubin miqdori qonda ko'paygan bo'ladi, shu munosabat bilan bilirubinuriya kuzatiladi.

Asosiy tashxislash mezonlari:

- Ko'pincha erkaklarda uchraydi

- Birinchi klinik belgilari tug'ilgandan to 25 yoshgacha namoyon bo'ladi.

- Asosiy belgisi surunkali kuchli namoyon bo'lmagan sariqlik.

- Sariqlik tez charchash, ko'gil aynishi, ba'zan esa qorinda og'riq bilan namoyon bo'ladi. Bemorlarda umumiy simptomlar-charchash, holsizlik, o'zini yomon his etishi, dispepsiya-yomon ishtaha, ich suyuq o'tishi, o'ng qovurg'a ostida og'riq, kolika, tana harorati ko'tarilishi bo'ladi. Bemorlar tomoqlari qizargan bo'ladi.

- Jigar 1-2 sm kattalashishi mumkin

- Siydik rangi to'q rangda, bilirubinuriya kuzatiladi.

- Ko'p bemorlarda kattalashmagan, qonda asosan konyugatsiyalangan fraksiya oshgan bo'ladi.

- Qon tahlilida o'zgarish bo'lmaydi.

Albatta qilinadigan laborator tekshiruvlar.

Umumiy qon tahlili

Umumiy peshob tahlili

Qonda bilirubin aniqlanadi-bog'langan ko'payadi

Siydikda bilirubin

Fenobarbital bilan proba-fenobarbital qabul qilganda bilirubin kamayadi.

Qonda fermentlar aniqlanadi (AcHT,AlAT, GGTP,ShF) biroz ko'payadi

Bromsulfalein proba-zardobda miqdari kopayadi egri chiziq chizganda 45 min. ga nisbatan 90 min.ga

Koproporfirin miqdori sutkalik siydikda o'zgarmaydi

Koproporfirinni I tip izomeri sutkalik siydikda ko'paygan.

Ko'rsatmaga qarab qilinadigan laborator tekshiruvlar.

Virusologik tekshiruv Gepatit B,C,D va h.k.

Instrumental tekshiruvlar (jigar, taloq, o't qopi, o't yo'llari UTTsi)

Peroral va vena ichida kontrast yuborib xoletsistografiya o'tkazish (kasallikda o't qopiga kontrast tushmaydi)

Ko'rsatmasiga qarab ;

Punksion biopsiya (jigar hujayralariga xarakterli pigmentlarni topish uchun)

Diagnostik laparaskopiya (jigarni qora rangga bo'yalishi aniqlanadi)

Diferentsial diagnoz sindron Krigler-Nayar, Jilber, Rotor, virusli gepatit, surunkali gepatit, xolestatik sindrom, mexanik sariqlik, jigar tsirrozi va b.k) bilan o'tkaziladi. Diagnostikada bromsulfalein sinamasi va boshqa funktsional sinamalar, kasallikni oilaviy xarakterga egaligi, kasallikni boshlanishi (bolalikdan, osmirlik davrida), laparoskopiya, punktsion biopsiya va h.k. lar yordam beradi.

Rotor sindromi

Rotor sindromi– irsiy pigmentli gepatoz bo'lib, kasallik rivojlanish xuddi Dabin – Jonson sindromiga o'xshash bo'lib, engilroq kechadi faqat gepatotsitlarning bilirubinni ekskretor funksiyasi yengilroq namoyon bo'ladi. Farqi shundaki, bromsulfalein sinamaga 2 marta manfiy natija beradi yani bo'yoqlar kontsentratsiyasi oshmaydi. Xoletsistografiyaga o't qopi ko'rinadi, qora dog'lar jigar hujayrolariga hosil bo'lmaydi. Morfologik tekshirganda jigarda yog'li distrofiya belgilarini ko'rish mumkin. **Rotor sindromida** - qonda bog'langan bilirubin miqdorini biroz ortishi hamda siydik bilan koproporfirinni ajralishi bilan kechib, jigar fermentlari faolligi buzilmaydi. Bunda jigarda boshqa o'zgarishlar bo'lmaydi. **Rotor sindromi** irsiy kasallik bo'lib autosom retsesiv yo'l orqali irsiylanadi va kasallik bolalikdan rivojlanadi. Kasallik klinikasi ko'pincha simptomsiz kechadi, yuzaga chiqishi sariqlik sindromi bilan namoyon bo'ladi. Dabin-Jonson sindromida bromsulfaleyin sinamasini ekskretsiyasi buzilsa Rotor sindromida uni jigar hujayralarida yutilishi buziladi. Rotop sindromida lidofenin bilan tekshirganda jigar, o't qopi, o't yo'llari ko'rinadi.

Asosiy tashxislash mezonlari:

- Kuchli namoyon bo'lmaydigan, surunkali sariqlik.
- Subektiv shikoyatlari aniq bo'lmaydi.
- Jigar normal o'lchamlarda
- Kon'yugatsiyalangan fraksiya hisobiga giperbilirubinemiya.
- Davriy ravishda siydikda bilirubinuriya kuzatiladi.
- Qon tahlilida va jigar sinamalarida o'zgarish bo'lmaydi.
- Jigar biopsiyasida normal gistologik ko'rinish bo'lib, pigment to'planishi aniqlanmaydi.

Portal gipertenziya

Portal gipertenziya-jigar sindromi bo'lib, darvoza venasidan qonni jigarga o'tishining buzilishi hisobiga yani tashqaridan va ichkaridan v.

portani berkilishi yoki siqilishi va unda bosimning oshishi, bilan xarakterlanadi.

Etiologiya va patogenezi. Portal tomirlarda qon aylanishi buzilishi 3 guruhga bo'linadi: jigar ichi (sinusoidal), jigar osti (postsinusoidal), jigar usti (presinusoidal). Darvoza venasida qon aylanishining buzilishi qiyinlashuvi virusli yoki alkogolli jigar tsirrozida, shuningdek Vilson-Kanavalov kasalida kuzatiladigan jigar tsirrozida, bo'lakchalararo yuzasida biriktiruvchi to'qima o'sganda kuzatiladi. Jigar osti guruhda darvoza venasi oklyuziyasi: devor yallig'lanishi, trombozda, o'sma bilan to'silganda, kattalashgan limfa tugunlarida (limfagranulematoz va leykozlarda), kamroq hollarda esa shistozomoz, sarkoidozda kuzatiladi. Jigar osti guruhda jigar venalari oklyuziyada, Badda-Kiari sindromi kiradi.

Klinik ko'rinishi

Portal gipertenziya klinikasida-klinik triada kuzatiladi:

1. Kollateral venoz qon aylanishining yuzaga kelishi;
2. Astsit
3. Taloqning kattalashuvi.

Bu triada simptomlar darvoza venasida bosim ortishi natijasida anastomozlar rivojlanishi hisobiga bo'ladi. 1. gemoroidal vena chigallari sohasida (pastki ichak tutqichi venasi va gemoroidal venalar orasi anastamoz qon pastki kovak venaga tushishi qiyinlashadi) buni hisobiga gemoroidal venalar kengayadi. 2. qizilo'ngach- meda venasi chigali sohasi (chap meda venasidan qizilo'ngach chigali va yarimtoq venadan yuqori kovak venaga. Buni hisobiga qizilo'ngach pasti venalari varikoz kengayishi kuzatiladi. 3. qorin bo'shlig'i venalari bilan anastamoz qiluvchi kindik atrofi venalari va qorin devori, diafragma venasi, bular qonni yuqori va pastki kovak venaga olib kelishi kerak. Buni buzilishi hisobiga kindik atrofi venalari (Meduza boshi simptomi) va boshqa qorin devori venalari kengayishi, tomir yulduzchalar kabi o'zgarishlar yuzaga keladi. Astsitning yuzaga kelish sababini quyidagicha tushuntirish mumkin; 1-qorin bo'shlig'idagi venalarda bosim ortishi hisobiga qonni zardobi qorin bo'shlig'iga chiqadi. 2-qonning onkotik bosimi pasayadi, chunki jigarda albuminlar sintezi pasayadi. Buyrak usti bezini aldosteronni ko'p ishlab chiqarilishi va jigarni antidiuretik garmonni inaktivatsiya jarayonini pasayishi hisobiga suv va natriy ko'p miqdorda saqlanishini astsit rivojlanishiga roli katta. Bemorlarni ko'zdan kechirganda bemorlar ozg'in, teri va teri osti yog' qatlami sust

rivojlanganligi, qorinning kattalashganligini, qorin devori venalari kengayganligini, tomir yulduzchalarni, meduza boshi simptomini, kindikni bo'rtib chiqqanligini, burundan, milklardan qon ketish izlari va boshqa o'zgarishlarni ko'rishimiz mumkin. Bemorlar yotganlarida qorinlari ikala yonga kengayadi. Palpatsiyada qorinda chayqalish (fluktuatsiya) simptomi musbat bo'ladi, taloq kattalashganligini aniqlash mumkin. Perkussiyada jigar va taloq o'lchamlari haqida malumot olish mumkin.

Davolash. Xirurgik davo choralari ko'riladi va qonni ivish xususiyatlarini yaxshilash maqsadga muvofiq. Simptomatik davo.

Jigar hujayralari yetishmovchiligi

Jigarda, funksiyasini to'laqonlik bilan bajaruvchi gepatotsitlar miqdorining kamayishi hisobiga jigar hujayralari yetishmovchiligi kelib chiqadi. Jigar yetishmovchiligi o'tkir va surunkali turlariga bo'linadi. Uch bosqich tafovut qilinadi; kompensirlangan; dekompensirlangan va terminal yoki distrofik. Uchinchi bosqichi koma bilan yakunlanadi. Jigarning o'tkir va surunkali yetishmovchiligi farq qiladi.

Etiologik omillari; jigarning o'tkir hamda surunkali yetishmovchiligiga toksik maddalar bilan zaharlanish, viruslar, o'smalar bilan zararlanishi, oqsillar va vitaminlar yetishmovchiligi, jigar tsirrozi va b.q.lar olib keladi. Tsirroz bilan kasallanganlarning 30-60% bemorlar jigar entsefalopatiyasiga sabab bo'ladigan jigar komasidan vafot etadilar. Jigarning entsefalopatiyasiga olib keladigan omillar:

- alkogol;
- ovqat hazm qilish traktidan qon ketishi;
- kollaps, shok;
- dori moddalarining ta'siri;
- ko'p miqdorda oqsil qabul qilish;
- infeksiya.

Jigar komasida diurez, qusish kuchayishi hisobiga suv-elektrolit balansi o'zgaradi. Klinik ko'rinishi jigar entsefalopatiyasi, rivojlanib boruvchi astsit hamda gemoragik sindromlar, kuchayib boruvchi sariqlikdan iborat. Jigar entsefalopatiyasi-jigar o'tkir, surunkali kasalliklari yoki darvoza venalari tomirlari bilan umumiy qon aylanish sistemasi o'rtasida shunt hosil bo'lganda qonga ichaklardan toksik moddalarning o'tishi natijasida nevrologik va psixoemotsional buzilishlar bilan kuzatiladigan sindrom.

Jigar yetishmovchiligi asosida jigarning chuqur distrofiyasi va jigar hujayralari nekrobiozi yotadi. Jigardagi bunday o'zgarishlar uning detoksikatsion funksiyasini buzilishiga olib keladi, ichakda (indol skatol) va moddalar almashinuvi natijasida hosil bo'lgan toksik moddalar kollaterallardan qon aylanish doirasiga tushib organizmni zaharlaydi.

Patogenez. Jigar-hujayra yetishmovchiligida jigarning barcha funksiyalari buziladi, bu zaharlanishning kuchayishiga, qon ivish faktorlari sintez buzilganda yuzaga keladigan gemorragik sindromga, astsit rivojlanishi hamda albumin sintezi kamaygani hisobiga shish hosil bo'lishiga olib keladi. Jigar entsefalopatiyasi rivojlanishini shish hamda funktsional buzilishlariga olib keladigan azot birikmalarining organizmda saqlanib qolishi bilan bog'lashadi.

Klinik ko'rinishi. Bu kasallikning klinik simptomlariga birinchi o'rinda tsirrozga, o'limga olib keluvchi, chuqur jigar komasiga sabab bo'luvchi entsefalopatiya turadi. Jigar entsefalopatiyasining bir necha davrlari kuzatiladi:

1-davr (prodromal davr) – emotsional muhit va uyquning buzilishi, tunda uxlay olmaslik kunduzi esa uyquchanlik bilan kechadi.

2-davr – chuqur neyropsixik buzilishlar kechadi. Bunda qo'l barmoqlarining “qarsak choluvchi” (tremor) xos.

3-davr – koma oldi holat: hushning buzilishi-sopor, dizartriya, patalogik reflekslar paydo bo'lishi “qarsak choluvchi” titrashning kuchayishi, Cheyn-Stoks yoki Kussmaul nafas tipining paydo bo'lishi. Og'izdan shirin-xushbo'y hid kelishi, jigar o'lchamining kichiklashuvi, teri qichishisiz rivojlanuvchi sariqlik, gemorragik sindrom, gipoalbuminemiya, tana harorati oshishi kuzatiladi.

4-davr – jigar komasi davri, arefleksiya bu davr uchun xos.

Bundan tashqari jigar-hujayra yetishmovchiligida gipoalbuminemiya, giperbilluribinemiya, shuningdek qonda protrombin va xolesterin miqdori kamayishi kuzatiladi.

Bemorlarda asosan astenonevrotik, dispeptik, sariqlik, shish, gemorragik sindronlar va isitma bezovta qiladi. Bemorlarda va asosan erkaklarda endokrin buzilish belgilarini ko'rish mumkin (moyaklar atrofiyasi, ginekomastiya, bosh sochlari, qo'ltiq osti va boshqa sohadagi tuklarning to'kilishi), bu esterogenlarni inaktivatsiyasi bilan bog'liq. Ayollarda bachadon va sut bezi atrofiyasi, menstruatsiyani buzilishi kabi o'zgarishlar bo'ladi.

O't suyuqligini tekshirish. Duodenal zondlash

O'n ikki barmoqli ichak shirasi tarkibi 1) Meda shirasi; 2) O't suyuqligi; 3) Meda osti bezi sekreti; 4) Ichakning shilliq qavatidan ajralib chiquvchi ichak shirasidan iborat. Duodenal tekshirishlar o't suyuqligi yo'llari va o't pufagi haqida ma'lumot beradi. Bu usul Lyutkens va Oddi sfinkterlarining funktsional holati, qisqarishi va kontsentratsiyasini bilishga imkon beradi. Shuningdek o't yo'llaridagi yallig'lanishlar, kasallik qo'zg'atuvchi va chiqaruvchi mikroblarni aniqlash mumkin.

Duodenal tadqiqotlar maxsus "duodenal zondlar"-uzunligi 1,5 metr bo'lgan va sirtida uning kirish chuqurligini bildiruvchi belgilar qo'yilgan yupqa rezinali trubkalar yordamida olinadi. Rezina trubkaning bir uchida analizni yig'adigan metal idishga o'rnatiladi. Bunda nahorda o'n ikki barmoqli ichakdan shira olinadi. Bunda bemor duodenal zondni birinchi belgisigacha yutadi va o'ng yoni bilan kravotga yotadi. Oshqozondan o'n ikki barmoqli ichakka yengil o'tishi uchun tos sohasiga yostiq yoki valik qo'yiladi. Bemor asta-sekin zondni belgilangan belgisigacha ichiga yutadi. Bu holatda zond o'n ikki barmoqli ichakdan quyiroqqa o't yo'li va meda osti yo'li tirqishiga kirgan bo'ladi. Odatda bu jarayon 1-1,5 soat va ba'zi holatlarda esa 15-20 minut davom etadi. Bunda sarg'ish rang suyuqlik-**A** porsiya ajralib chiqa boshlaydi. Uning tarkibini o't suyuqligi, meda osti bezi, ichak va meda shirasi tashkil etadi. **B** porsiyaning olinishi (o't pufagidagi o't) **A** porsiya ajralib chiqa boshlashidan faqat 20-30 min o'tgach amalga oshiriladi. Buning uchun o't pufagiga zond orqali asta-sekin qisqarishlar uyg'otgichi kiritiladi (30-50 ml, 33% li magniy sulfat, 40ml zaytun moyi, 30-40 ml-10% li osh tuzi 30-50ml-10% li glyukoza eritmasi va h.k). Odatda o't pufagining qisqarishi ovqatning ta'siri ostida uning faoliyatini boshqaruvchi va qo'zg'atuvchi va boshqa mexanizmlar ta'siri ostida kuzatiladi. O't pufagi muskul qisqarishlari bilan birgallikda Oddi va Lyutkens sfinkterining zaiflashuvi ham kuzatiladi. Duodenal zondlashda maxsus aralashmalar qo'llanilib, ular 5-10 mindan keyin qora-qizg'ish yoki ko'kimtir yoki qoramtir rangli pufakchalar **B** porsiyaning olinishiga imkon yaratadi. O't pufagi bo'shagandan so'ng yana tillarang-qizg'ish shaffof o't **S** porsiya pufag bo'yinchasi va jigar ichi o't yo'llaridan ajralib chiqishi boshlanadi.

Yuqorida tavsiflangan an'anaviy duodenal zondlash usullaridan tashqari, oxirgi yillarda 5 fraksiyali duodenal zondlash usullari ham qo'llanmoqda. U o't pufagiga keluvchi o't maydonini hisobga olgan holda uning alohida fraksiyalari ajralib chiqish vaqtini va har bir fraksiyani miqdoriy tahlil qilish imkonini beradi. O't pufagidan o't ajralib chiqishi tavsifnomalarini aniq bilish uchun duodenal zondlashning xromatik fraksion usuli qo'llanadi. Bunda bemor duodenal zondlash o'tkazilgunga qadar 10-15soat qolganda ichiga metilenli jelatin kapsulali bo'yoqni qabul qiladi. Bu preparat o'tni boshqa organlardan aniq ajratish imkonini beradi.

O't pufagining shilliq qavatidagi konsentratsion so'rgish fraksiyalarini va ularning patologiyasini yuqoridagi usullar yordamida o'rnatish mumkin. O'tning kimyoviy tarkibi o't pufagida sodir bo'luvchi modda almashinuvini, jigarning holatini va organizmdagi modda almashinuvini (jumladan patologik jarayonlar) ham bilish imkonini beradi.

O't suyuqligi mikroskopiyasi. Oshqozondagi leykotsitlar og'iz, oshqozon yoki ichakka tegishli bo'lishi mumkin, shuning uchun duodenal zondlashda ikki kanalli zondan foydalanish maqsadga muvofiqdir va u oshqozondagi qoldiqni so'rib olish imkonini beradi.

Lyamblyalarning mavjudligi oshqozon-ichak traktida turli patologik (asosan yallig'lanish va diskinetik) jarayonlarga sabab bo'ladi. Sog'lom kishilarning o't pufagida lyamblyalar uchramaydi. Xoletsistit kasalligi bilan og'rikan bemorlarda esa lyamblyalar o't pufagining shilliq qavatiga joylashib, (mikroblar bilan birga) diskineziya va yallig'lanish jarayonlarini kuchaytiradi.

Xoletsistit tashxisida G immunoglobulin, A, R-oqsillar, C-reaktiv protein, ishqoriy fosfatazalar, S-nukleotidazalar, malon dialdegidlar konsentratsiyalarining oshishi qayd etiladi. Ammo lizotsim, bilirubinlar miqdorining pasayishi kuzatiladi.

O't kislotalari, xolesterin va letsitinlarning nisbatini bilgan holda litogenlik ko'rsatkichi (yoki koeffitsientini) aniqlash mumkin va u quyidagicha hisoblanadi:

Litogenlik indeksi = $\frac{\text{O'tdagi xolesterin miqdori}}{\text{O't kislotalari, xolesterin va letsitinlarning berilgan nisbatlarda eritish mumkin bo'lgan xolesterin miqdori}}$

O't kislotalari, xolesterin va letsitinlarning berilgan nisbatlarda eritish mumkin bo'lgan xolesterin miqdori

Agar litogenlik ko'rsatkichi birdan kichik bo'lsa, bunday o't to'yinmagan, agar birdan katta bo'lsa o'ta to'yingan deyiladi (ba'zan bu ko'rsatkichni "to'yinish ko'rsatkichi" ham deyiladi). Xolesterin bilan to'yingan o'tda xolesterinlarning kristallanishi xos bo'lib, shu sababli ular litogen deyiladi.

Qonning bioximik analizi. Jigar va o't yo'llari kasalliklari diagnostikasida bioximik ko'rsatkichlarni tekshirish muhim ahamiyatga ega. Birinchi navbatda jigarining asosiy ko'rsatkichi bo'lgan bilirubinni aniqlash muhim. Jigarining shikastlanishida namoyon bo'ladigan asosiy bioximik ko'rsatkichlardan biri bu jigar to'qimasi tomonidan ishlab chiqariladigan fermentlar aktivligining o'zgarishi.

Ushbu analiz jigar funktsiyalariga baho berish va jigar kasalliklarini differentsial diagnostikasi uchun qo'llaniladi (yallig'lanish, infiltrativ, almashinuv, yurak qon tomir, gepatobiliar kasalliklar.)

Bilirubin. Bilirubin miqdori jigarining yutish, almashinish va ajratish funksiyalarini xarakterlovchi ko'rsatkichdir. Bog'langan bilirubin, bog'lanmagan bilirubin bilan o'tkazilgan sinama ko'rsatkichlariga qarab differentsiyallanadi.

Transaminaza. Glutamat oksaloatsetat transaminaza va alaninaminotransferaza jigar hujayralari holatini ko'rsatuvchi sezgir fermentlardir. Ular miqdorining maksimal oshishi jigardagi nekrotik o'zgarishlarda (virusli gepatit, jigar intoksikatsiyasi o'tkir tsirkulyator yetishmovchilik jigar venalari o'tkazuvchanligining buzulishi) va ba'zan o't yo'llarining o'tkazuvchanligi buzilganda kuzatiladi (konkrement). Transaminazaning aktivlik ko'rsatkichlari kasallikning qay darajada og'ir ekanligini ko'rsatmaydi.

Kam ma'lum bo'lgan o'zgarishlar xolestaz va infiltratsiyada kuzatiladi. Alanin aminotransferaza ko'rsatkichlari jigar shikastlanishining darajasini ko'rsatadi. Bunda aspartataminotransferaza ko'ndalang targ'il mushaklarda topiladi. Alkogolli gepatit aspartataminotransferazaning ko'rsatkichlarini alaninaminotransferazaga nisbatan ko'p miqdorda o'sishini keltirib chiqaradi.

Laktat dehidrogenaza- fermentni tekshirish jigar kasalliklari diagnostikasida katta ahamiyatga ega emas .

Ishqoriy fosfataza – bu xolestatik sindrom o't yo'llari o'tkazuvchanligi buzilishi (qondagi bilirubinga nisbatan tez o'shadi) jigarining infiltrativ kasalliklarida sezgir ko'rsatkich hisoblanadi. Spetsifikligi past, chunki bu ferment boshqa to'qimalarda ham uchraydi.

Ishqoriy fosfataza aktivligi bolalarda, homiladorlarda va suyak kasalliklarida yuqori, spetsifik to'qima izoenzimlarini termostabilligi bilan farqlab bo'ladi (jigar enzimlari suyak enzimlari aktivligi pastligida termostabil hisoblanadi).

5-nukleotidaza – gepatobillar sistema kasalliklarida enzim aktivligi o'sishi ishqoriy fosfataza o'zgarishlari bilan bir xil ammo, u ko'proq jigar hujayralari holatini ko'rsatadi. Buni ishqoriy fosfatazaning jigarga bog'liq o'zgarishlarini farqlash uchun tekshiriladi, ayniqsa bolalik yoshida, homiladorlikda, suyak kasalliklarida.

Gamma-glutamil transferaza – ishqoriy fosfataza miqdori bilan bir xil o'zgarib turadi. Gepatobillar sistema shikastlanishida uning aktivligi tezda oshadi. Shuningdek oshqozon osti bezi, buyrak, yurak, o'pka kasalliklarida sezgir.

Protrombinli vaqt – gemokoagulyatsiya faktorlari aktivligining indikator bo'lib xizmat qiladi. Uning ko'payishi ushbu omil aktivligining yetishmovchiligini ko'rsatadi. Gemokoagulyatsiyaning barcha omillari 8-chi omildan tashqari jigarda ishlab chiqariladi. Jigar to'qimasining keng o'choqli shikastlanishi natijasida uning yetishmovchiligi kelib chiqadi (gepatit, intoksikatsiya, tsirroz). 2, 7, 9, 10 omillar faqat **K** vitamin ishtirokida faol bo'ladi.

Albumin – qonda albumin konsentratsiyasining kamayishi uning jigarda kam ishlab chiqarilishini (surunkali jigar patologiyasi yoki uzoq davom etuvchi och qolish) yoki siydik yoki axlat bilan intensiv chiqarilishini ko'rsatadi. Jigar disfunktsiyasining unchalik ham sezgir bo'lmagan indikator chunki uning qonda yarim yashash vaqti 15-20 sutkani tashkil etadi. Surunkali jigar patologiyasi bilan kasallangan bemorlarda albumin yetishmovchili disfunktsiya namoyon bo'lishi bilan xarakterlanadi. Globulin kamayishi asosan surunkali jigar kasalliklarida kuzatiladi. Globulin kamayishi surunkali gepatitning autoimmun formasida kuzatiladi.

Ammiak qon zardobida ko'payishi jigarning detoksikatsiya funksiyasining buzilganligidan dalolat beradi. Bu fulminant gepatit jigar tsirrozida gepatotoksik agentlar ta'sir etganda va jigar tsirrozida kuzatildi. Ko'plab bemorlarda qon zardobida ammiakning bo'lishi jigar entsefalopatiyasidan dalolat beradi. Entsefalopatiyada ko'proq namoyon bo'ladi, ammo almashinuv jarayonlarining buzilishini aniqlashga imkon bermaydi (jigar shikastlanishi uremiya yoki organizmda karbonat anhidridning ko'payishi).

Instrumental tekshirish usullari.

Jigar va o't yo'llari kasalliklarini aniqlash uchun kontrastli rentgenologik, (KT) UTT (UZI) endoskopiya, duodenal zondlash, laparoskopiya, biopsiya, radionukleid tekshirish usullaridan foydalaniladi.

Rentgenologik, radionukleoid, ultratovushli tekshirish usullari.

Kontrast modda yordamida rentgenologik tekshirish portal vena tizimida bosimning oshishi-qizilo'ngach venalarining varikoz kengayishini aniqlashda eng qulay metoddir. Bundan tashqari xoleografiya metodidan o't yo'llarini tekshirishda ham foydalaniladi. Bunda kontrast modda parenteral yo'l orqali yuboriladi. Shuningdek o't yollarini rentgenologik tekshirish- trans jigar (transpechyonochnuyu) teri orqali xolangiografiya o'tkaziladi. Bunda umumiy o't yo'lga yoki o't pufagiga qorin devori yoki jigar to'qimasiga kontrast modda punktsion yo'l orqali yuboriladi. Rentgenokontrast xolegrafiya qo'shimcha ravishda umumiy o't yo'lga endoskopiya orqali kontrast modda umumiy o't yo'lga retrograd yuboriladi (ERXPG). Bu metod o't yo'lining torayishi natijasida kelib chiquvchi o't yo'li gipertenziyasini aniqlashga yordam beradi. Bu birlamchi sklerotik xolangitni aniqlashda oltin standart hisoblanadi. Jigar parenximasida o'choqli va diffuz o'zgarishlarni aniqlashda UTT (UZI), KT, radionukleoidli tekshirish qo'llaniladi. Zarur hollarda angiografiya o'tkaziladi.

Bu metodlar ichida FEGDS muhim hisoblanadi. Bu metod yordamida qizilo'ngach venalaridagi, oshqozon shilliq qavatidagi o'zgarishlar (portal gipertenziya sindromi uchun xarakterli), shuningdek erroziv ezofagit (ko'pincha jigarining alkogol ta'sirida shikastlanishida kuzatiladi) va o'n ikki barmoqli ichak kasalliklarini aniqlaniladi.

Laparoskopiya va biopsiya. Jigar va o't yo'llari kasalliklari diagnostikasi uchun laparoskopiya va biopsiya metodlari muhim. Biopsiya qilish uchun ko'rsatmalar.

Aniq bo'lmagan etiologiyali gepatomegaliya. ALT, AST, γ -GTP aktivligining turg'un ko'tarilishi. Jigar to'qimasida B, C, D virusli gepatitning aniqlanishi. Dori vositalari ta'sirida jigarining shikastlanishi. Alkogol ta'sirida jigarining shikastlanishi.

Infeksion va sistemali kasalliklar. Jigarining irsiy kasalliklarini aniqlash uchun bemorning qarindoshlarini tekshirish.

O'choqli o'zgarishlar.

Laparoskopiya jigar surunkali kasalliklarini (gepatit, tsirroz, kichik, katta tugunchali, aralash) portal gipertenziya sabablarini, jigarning o'choqli shikastlanishini aniqlashda qo'llaniladi.

O't yo'llari diskineziyasi

O't qopini motorikasini va tonusini funktsional buzilishi bu o't yo'llari diskineziyasidir. 70 % o't qopi va yo'llari kasalliklari o't yo'llari diskineziyasiga to'g'ri keladi. O't yo'llari diiskneziyasining 2 xil shakli mavjud; 1. Gipertonik - giperkinetik turi- o't qopini yani gipertonik holati, Oddi va Lyutkens sfinkterining gipertonusi bilan xarakterlanadi va ko'proq yoshlarda uchraydi. 2. gipotonik-gipokinetik turi-o't qopini va Oddi sfinkterini gipotonusi bilan xarakterlanadi-asteniklarda, katta yoshdagilarda ko'proq uchraydi.

Etiologiyasi-o't qopini neyrohumoral boshqarilishi buzilishi olib keladi. Nevrozdan keyin, diensefal sindrom, endokrin-gumoral buzilishlar (gipotireoz, gipertireoz, klimaks, moyaklar, tuxumdonlar, buyrak usti bezi va boshqa endokrin bezlar funksiyasi yetishmovchiligi) ham kasallik kelib chiqishiga sabab bo'lishi mumkin. Gipertonik-giperkinetik turi reflektor tasirotlar natijasida (yara kasalligi, kolit, enterit, appenditsit, adneksit) yuzaga keladi. Astenik holat, og'ir yuqumli kasalliklar, virusli gepatit, avitaminozlar, organizm konstitutsiyasini, otkir, achchiq meda ichak traktini qitqlovchi maxsulotlarni ham kasallik kelib chiqishiga ahamiyati katta. Ovqatlanish rejimi orasi katta bo'lganda gipotonik-gipokinetik turi rivojlanishiga olib keladi.

Kasallik klinikasi. Gipertonik-giperkinetik tipida o't (jigarli) kolikasida o't pufagi va o't yo'llari silliq muskullarining spastik qisqarishi. Oxirgisi toshning o't yo'llari bo'ylab siljiganda yuz beradi. Bu og'riqlar kutilmaganda yuzaga kelib, chidab bo'lmaydigan darajada bo'ladi, ko'pincha yuqoriga o'ng kurrak sohasiga, o'ng elkaga, ba'zan yurak sohasiga ham irradatsiyalanadi. Bemorga yengillik bermaydigan ko'ngil aynishi va qusish bilan kuzatiladi. O't qopi sohasi paypaslanganda og'riq sezilishi mumkin. Diskineziyaning gipotonik-gipokinetik turida og'riqlar biroz sekinroqdir va kam simptomlidir. Palpator o'zgarishlar unchalik xarakterli emas.

Diagnoz; diagnozni laborator va instrumental tekshiruvlar tasdiqlaydi. stimulyator yuborgandan keyin rentgenografiya qilinganda, peroral xoletsistografiya va vena ichi xolegrafiya (xoletsistokinin,

pankreozi min) gipertonik-giperkinetik tipida o't qopini tez va kuchli qisqarishini va aksincha gipotonik-gipokinetik tipida sekin qisqarishi, kattalashganligi hamda osilib pastga tushganligini ko'rish mumkin.

Bo'yoqlar (rang) yuborib ko'p momentli duodenal zondlashda diskineziyaning gipertonik-giperkinetik tipida II fazasi (Oddi sfinteri yopiqligida) uzaygan yoki meyorda bo'ladi, IV faza (o't qopini qisqarishi) qisqargan va kechikadi.

Gipotonik-gipokinetik tipida esa II faza bo'lmasligi ham mumkin (Oddi sfinkteri doimo bo'sh turadi), IV faza uzaygan va kechikadi.

Davolash; ish va parhez rejimiga rioya qilish, markaziy nerv tizimi faoliyatini yaxshilash (trankvilizatorlar va uyqu keltiruvchi dorilar bilan.

Gipertonik-giperkinetik tipi xurujida parhez 4, 5a va magniyli . No-spa, papaverin, xolinolitik preparatlardan atropin sulfat berish maqsadga muvofiqdir.

Gipotonik-gipokinetik tipida parhez 5 va 15 (Pevzner) bo'yicha tavsiya qilinadi. O't qopini qisqarish faoliyatini yaxshilovchi preparatlar-Strixnin nitrat, kofein, fenamin kabi preparatlar beriladi. Ikala holatda ham sanatoriyalarda va kurortlarda davolash samarali.

Xoletsistit

Xoletsistit – o't pufagining yallig'lanishi hisoblanadi. O't-tosh kasalligi fonida rivojlanadigan o'tkir va surunkali xoletsistit farqlanadi. Surunkali xoletsistit o'tkir xoletsistitdan keyin paydo bo'lishi mumkin, lekin ko'pincha mustaqil ravishda asta-sekin rivojlanadi.

Keltirib chiqaradigan omillari; Xoletsistit paydo bo'lishida o't yo'llaridagi diskineziya, o't toshlari (turli psixoemotsional holatlar ta'sirida, endokrin va vegetativ nerv sistemasi funktsiyasining buzilishlari, oshqozon-ichak traktining patologik o'zgargan organ tomonidan yuborilgan qator nerv refleksleri) tufayli o't pufagida o'tning dimlanishi moyillik chaqiradi. O't pufagi va o't yo'llarining anatomik tuzilishining o'ziga xosligi, ichki organlarning pastga tushishi, homiladorlik, kamharakat hayot shakli, ba'zi bir ovqat mahsulotlari ham xoletsistitni chaqirishi mumkin.

Xoletsistit keltirib chiqaruvchi omillar-infeksiya, viruslar, gijjalar (askoridalar, liyamblilar), o't qopi shilliq qavati meda osti bezi shirasidan autolitik shikastlanishi ham mumkin. O't qopi toksik moddalar va allergik tasir natijasida ham shikastlanishi mumkin.

O't qopiga infeksiya asosan enterogen (ichakdan), gematogen hamda limfogen yo'llar orqali tushadi.

O'tkir xoletsistit

O'tkir xoletsistit kelib chiqishida turli infeksiya, o't pufagi shilliq qavatini unga me'da osti bezidan shira otilishi tufayli zararlanishi, gijja invaziyasi muhim rol o'ynaydi. Oxirgi vaqtda xoletsistitning virusli etiologiyasi isbotlangan. Bundan tashqari toksik va allergik tabiatli xoletsistit kuzatiladi.

Klinikasi; o'ng qovurg'a yoyi ostida kuchli, doimiy xarakterdagi og'riq to'satdan, ko'pincha unga ta'sir qiluvchi omillardan keyin (asosan yog'li, achchiq, o'tkir ta'mli ovqat, alkogoldan, emotsional qayg'urishdan) paydo bo'lib, yengillik bermaydigan ko'ngil aynish va qusish bilan kechadi.

O't pufagining o'tkir va surunkali yallig'lanishida bemorlar o't pufagi nuqtasi va bo'yin sohasini to'sh-o'mrov-so'rg'ichsimon muskul oyoqchalari orasi-diafragmal nerv deb ataluvchi nuqtadan o'ngda palpatsiya qilinganda kuchayadigan o'ng qovurg'a yoyi ostida noluvchi va bo'g'iq og'riqdan shikoyat qiladilar (Frenikus simptomi).

Isitma paydo bo'ladi, ba'zan kam miqdordagi sariqlik ko'rish mumkin. Qorin palpatsiyasi og'riqli, asosan o'ng qovurg'a yoyi ostida muskullar tarangligi va o't pufagi yallig'lanishiga xos spetsifik simptomlar aniqlanadi. Davo choralari qo'llanishiga qaramay rivojlanib boruvchi isitma, og'riq, intoksikatsiya simptomlari xolangit, o't pufagi empiemasi, uning perforatsiyasi, peritonitdan darak beradi.

Laborator tekshiruv. Qon analizi – leykotsitoz, leykotsitar formulaning chapga siljishi kuzatiladi. Qonning bioximik tahlili: zardobda ishqoriy fozfataza, bilirubin, AST, amilaza miqdori oshishi mumkin,

Rentgenografiya kam ma'lumot beradi. Ko'pgina o't toshlari xolesterindan tashkil topgan bo'lib, ular rentgenonegativ, 10-15% toshlarga rentgenda ko'rinadigan darajada o'zida kaltsiy saqlaydi.

O't pufagi UZIsi: toshlar borligini ko'rsatadi, organ o'lchamlari, uning devori qalinligini, o't pufagi oldi infiltratsiyasini, o't pufagi tarkibini kontsentratsiyasini ko'rsatishi mumkin.

O'tkir xoletsistitda albatta hospitalizatsiya qilinishi kerak. Yiringli va gangrenoz o'tkir xoletsistitda o't pufagi operatsiya yo'li orqali davolanadi. Kataral xoletsistitli bemorlarga qat'iy yotoq rejimi, dastlabki

xurujdan keyin 2 kun ovqatlanishdan saqlanish, keyinchalik kuniga 5-6 mahal kichik portsiyali diyetani tashkillashtirish, keng ta'sir doiradagi antibiotiklar va spazmolitik vositalar buyuriladi.

Surunkali xoletsisitit

Surunkali xoletsisitit o't pufagini yallig'lanishi bo'lib, ko'pchilik holatlarda o'tkir xoletsisitit to'liq davolanmasligi natijasida va mustaqil ham rivojlanishi mumkin. Surunkali xoletsisititda 90-95% hollarda o't toshlari aniqlanadi. Toshsiz surunkali xoletsisitit 5% hollardagina uchrab, u o'g'ir stress holatlarida ham uchraydi.

Klinikasi. Kam holatlarda og'riq simptomi bezovta qiladi, ko'pchilik holatlarda dispeptik sindromlar bezovta qiladi. Yallig'lanish jarayonining qayta o'tkirlashishi pufak devorini qalinlashishiga, sklerozlanishiga, chandiqlar hosil bo'lishiga, uning shakli o'zgarishiga olib keladi va diagnostikasida UZI yoki xoletsistografiyada samarali hisoblanadi. Bemorlar ko'zdan kechirilganda qorinning yuqori qismida dam kuzatilishi mumkin. Palpatsiyada o't qopi proektsiyasida og'riq sezadi. Bazan Myusse-Georgiev, Ortner, Vasilenko, Obratsov-Merfi simptomlari musbat bo'ladi.

Laborator tekshirishda xuruj davrida biroz leykotsitoz va EChT oshadi. Duodenal zondlashda (25 % magniy sulfat, 20 ml zaytun moyi, 10 % pepton, 10 % natriy xlorid, 40 % ksilit, 40 % glyukoza eritmalari o't siyuqligini ajralishini kuchaytirish uchun per os beriladi) uch portsiya suyuqlik olinib tekshiriladi. Aynan o't qopi portsiyasi yani **B** portsiyadagi o'zgarishlar xoletsisitit borligidan dalolar beradi va suyuqlik tarkibida shilliq, leykotsitlar va epiteliylar ko'rish mumkin.

Davo metodi toshsiz xoletsisititda konservativ va toshli xoletsisititda xirurgik yo'l orqali davolanadi. Surunkali xoletsisititning o'tkirlashishida davo statsionar sharoitida o'tkazilishi kerak (xuddi o'tkir xoletsisitit kabi). O'tkirlashmagan davrda esa yiliga 1-2 marta retsidiivga qarshi davo kurslari olib boriladi.

Davriy duodenal zondlash yoki mineral suv bilan "zondsiz zondlash",

Tyubaj qilinadi.

O't haydovchi dori vositalari 3-4 hafta buyuriladi.

Meda-ichak profilidagi sanatoriyalar va kurortlarda davolash tavsiya etiladi.

O't tosh kasalligi

O't-tosh kasalligi o't pufagida (xoletsistolitiaz), umumiy o't yo'lida (xolelitolitiaz) jigar o't yo'lida (jigar ichi xolelitolitiaz) bilirubin, xolesterin va boshqa toshlar hosil bo'lishidir. Odatda bu kasallik katta yoshlilarda, birinchi navbatda esa yog' almashinuvi buzilgan, ortiqcha tana vaznga ega ayollarda uchraydi.

Etiologiya va patogenezi. O't-tosh kasalligi etiologiyasida asosan moddalar almashinuvi buzilishi yotadi va ko'pincha xolesterin, bilirubin almashinuvi, o't suyuqligini dimlanishi muhim rol o'ynaydi. Yallig'langan o't qopida –eksudat tarkibida ko'p miqdorda oqsil va tuzlarning (shu jumladan Ca ionlari) bo'lishi, bu esa xolesterin va bilirubinning cho'kmaga tushishini (tosh hosil bo'lishini) osonlashtiradi.

Klinik kechishi toshning qaerda joylashuviga bog'liq: agar tosh pufak bo'yinchasida yoki o't yo'lida bo'lsa, o't sanchiqlari yuzaga keladi. Uni rivojlanishida o't yo'llari diskineziyasi sabab bo'ladi. Umumiy o't yo'lga tushgan tosh, o't yo'lini obstruktsiyasi va mexanik sariqlik belgilari rivojlanishiga olib keladi. O't sanchig'iga xos belgilar – o'ng qovurg'a yoyi ostida kuchli, davomli, yuqoriga irradiatsiya beruvchi og'riq, bu esa ko'ngil aynish va qusish bilan birga kechadi, yog'li va achchiq taomlar iste'mol qilganda kuchayadi. O't sanchig'i odatda yuqori harorat va neytrofil leykotsitoz, ko'ngil aynishi va qusish bilan birga kechadi. Bemorlarda o'ng tomondan m.sternokleido-masteideus oldingi oyoqchalarini bosganda og'riq paydo bo'lishi (Frenikus va Miyusse-Georgiev), Ortner simptomi musbat bo'ladi.

O't-tosh kasalligining namoyon bo'lishi uning klinik belgilariga asoslanadi (moddalar almashinuvi buzilishiga moyilligi bor odamlarda o't sanchiqlarining retsidiylanishi). Qo'shimcha tekshirish usullari, ayniqsa UZI va rentgenologiya (retrograd xalangiografiya, xoletsistografiya) orqali nafaqat toshlarni, balki o't yo'lining obturatsiya darajasini aniqlash mumkin.

Davolash. Konservativ va xirurgik davo usullari qo'llaniladi. Xoletsistoektomiya ayniqsa effektiv davo usuli sanaladi. Uzoq muddatli xolelitik moddalar orqali toshlarni eritish ham o'rganilishni talab qiladi.

Surunkali virusli gepatit

Surunkali virusli gepatit – jigarni virus etiologiyali surunkali diffuz yallig'lanishidir.

Etiologiyasi. Oxirgi yillarda virusli etiologiya asosiy e'tiborni jalb etmoqda. Asosan gepatit B va gepatit C viruslari qon quyish, zararlangan xirurgik asboblari, ignalarni ishlatish orqali, bemorlarni tish yuvish vositalarini ishlatishda, sartaroshlarning asbob uskunalaridan va b.q. lardan yuqish xavfi yuqori bo'lib, uning simptomsiz uzoq yillar tashilishi keng tarqalgan. Ayniqsa 3 turdagi viruslar ko'p tarqalgan – B, C va D.

Virusli gepatit B va S ning yuqtirish yo'llari xavf omillari

1. Anamnezida qon va uning preparatlari quyilganligi.
2. Narkotik moddalarni qabul qilish.
3. Jinsiy aloqalar; (anal jinsiy aloqa, jinsiy yo'l bilan beriladigan kasalliklar, anamnezida besh va undan ko'p jinsiy sheriklar, Virusli gepatit B va C tashuvchilar bilan jinsiy aloqa).
4. Igna bilan davolanligi.
5. Gemodializ bo'limida ishlash.
6. Jarraohlik bo'limlarida ishlash, vena ichiga in'ektsiya qiluvchilar, huqna o'tkazuvchilar, endoskopik tekshiruv o'tkazuvchilar, laborantlar va b.q.lar.
7. Umumiy gigiena anjomlarini birgalikda ishlatish xususan bemorlarnikini (britva, tish cho'tkasi, massajyor, dush va hammom anjomlari va b.q.lar).
8. Terini teshish (zirrak o'tkazish maqsadida quloqni va burunni teshish), tatiurovka.

Klinik kechishi. Virusli infeksiyaning o'tkir davri bilinmay o'tishi mumkin, zararlanish kech, surunkali turga o'tgandan keyin namoyon bo'lishi mumkin. Bemorlarni so'rab-surishtirish gepatit B va C ni diagnostikasida ahamiyatli. Charchash, ko'ngil aynish, epigastral sohada og'riq, diareya, teri toshmasi muskul va bo'g'imlarda og'riq sariqlik, axlatning rangsizlanishi, siydik rangining to'qligi kabi simptomlar bezovta qiladi. Surunkali gepatit C ga latent kechish xos bo'lib, u bir necha yillardan keyin namoyon bo'lib, jigar tsirroziga va jigar-hujayra kartsinomasiga olib kelishi mumkin. Gepatit B+D birgalikda kelsa kasallik og'ir kechadi.

Jigar tsirrozi rivojlanganda unga qo'shimcha ravishda jigar yetishmovchiligi sindromi-qizilo'ngach, ichak, milklardan, bachadondan qon ketishlar, sariqlik, astsit, entsefalopatiya ham yuzaga keladi. Bu sindrom tsirrozning dekompensatsiya davrida yoki o'tkir gepatitning og'ir kechishida kuzatiladi.

Surunkali B gepatitini morfologik belgilari. Gepatotsitlarni gidropik distrofiyasi; Atsidofil tana topilishi (Kaunsilmen tanachasi); - Hekroz o'choqlari gepatotsitlarda (nekroz apoptoz bilan almashinadi); Limfogiotsitar infiltratsiya; Portal trakt fibrozi kabi o'zgarishlar ko'ramiz;

Surunkali gepatit S ning morfologik belgilari. Katta tomchili yog'li distrofiya, portal yo'llarda limfoid agregatsiya bo'lishi natijasida limfoid tugunchalar hosil bo'lishi, o't yollarida yiringsiz xolangit limfoid va plazma hujayrali infiltratsiya bilan kuzatiladi. Periportal zonalarda hujayrali infiltratsiya ham tez-tez uchray turadi. Fibroz to'qima hosil bo'lishi munosabati bilan jigar tsirrozi rivojlanishiga imkon tug'iladi.

Laborator diagnostika. HB_sAg – virusli gepatit B ning yuza antigeni. Uning qonda topilishi virus tashuvchilarga va surunkali gepatit bilan kasallanganlarga xos. HB_eAg – virusli gepatit B ning o'zak antigeni: uni jigar hujayralari namoyon qiladi. Qonda faqatgina virus qismlari buzilgan paytda topiladi. HB_eAg – Ag e: uni qonda topilishi virusning aktiv replikatsiyasidan va qonni maksimal zararlay olish qobiliyatidan darak beradi. Qonda antigenlar topilishidan tashqari ko'rsatilgan 3 ta antigenga nisbatan antitanalar topilishi ham katta ahamiyatga ega. Qonda ALT, AST oshishi, bilirubin miqdorini oshishi kuzatiladi. Qumli yadrolar Hb core Ag markeri.

Davolashdan asosiy maqsad- HBV virusi replikatsiyasini to'xtatish va kasallikni remissiyaga o'tkazish uchun viruslarga qarshi dorilarni qo'llashdir.

AlAT miqdorini meyorga kelishi; HBV DNA va HBe Ag yo'qolishi (anti HBe hosil bo'lishi yoki umuman bo'lmasligi); Hozirgi vaqtda davolash uchun interferon va lamivudin (zeffiks) ishlatiladi. α -interferon (realderon, roferon-A) ning samaradorligi bu AlAT va HBeAg hamda HBV DNA ning 25-40 % bemorlarda qonlarida meyorda bo'lishi bilan o'lchanadi. Og'ir holatlarda kortikosteroidlar qo'llaniladi.

HBV-DNK, HCV-RNK, HDV-RNK ni o'rganib, gepatit B, C, D replikatsiyasi aniqlangach. HCV virusi replikatsiyasini to'xtatish va kasallikni remissiyaga o'tkazish uchun viruslarga qarshi dorilarni qo'llashdir. Viruslarga qarshi dori vositalarini qo'llash bilan birga ribavirin 1000-1200 mg dan buyuriladi. Nojo'ya tasiri gemolitik anemiya chaqirishi mumkin. Pegilirlangan interferon gepatit S ni

davolashda ko'proq samara beradi. 180 mkg dan Peg interferon α_{2a} (Peg-IFN α_{2a} , Peg-IFN α_{2b} -1,5 mg dan haftaga 1 marta har kg tana vazniga) teri ostiga haftaga bir marta qo'llaniladi. Peg-IFN α_{2a} /ribavirin (pegasis/ribavirin) kombinatsiyada berish mumkin.

α -interferon bilan davolashga qarshi ko'rsatma

Absolyut qarshi ko'rsatma;-Yurakning og'ir kasalliklari; Nazorat qilib bo'lmaydigan medikamentoz epilepsiya; Neytropeniya (neytrofillar soni $1,5 \times 10^9/l$ kam); Trombotsitopeniya (trombotsitlar soni $90,0 \times 10^9/l$ kam); Organlar transplantatsiyasi (jigardan tashqari); Dekompensatsiyalangan jigar tsirrozi;

Nisbiy qarshi ko'rsatma - Nazorat qilib bo'lmaydigan medikamentoz qandli diabet; Autoimmun kasalliklar;

Adefovir dipivoksil (10-30 mg/sut)-adenozin monofosfat analogi hisoblanadi, ichga qabul qilinadi, va lamivudin (100-150 mg 12 oy ichga qabul qilinadi) bilan davolash samarasiz bo'lganda qo'llaniladi. Viruslarga qarshi, jigar transplantatsiyasidan keyin, jigarda dekompenatsiya jarayoni bo'lsa va OIV koinfeksiyasiga qarshi qo'llaniladi. Nojo'ya tasiri- nefrotoksik tasir ko'rsatadi.

Entekavir (1 mg/sut)-guanozin analogidir. HBV polimeraza funksiyasini pasaytiradi, DNK zanjirini hosil bo'lishiga to'sqinlik qiladi. Timozin α_1 -bu atsetilirlangan polipeptid 28 aminokislotadan tashkil topgan, zadaksinTM (1,6 mg/sut. t/o 2 mahal 6 oy) dori preparatidir. T-limfotsitlarni rivojlanishiga va differentsiatsiyasiga ishtirok etib organizmni himoyalaydi. Garchi patsiyentlar α -interferonga rezistent bo'lsa quyidagi sxema ishlatiladi. Timozin $\alpha_1 + \alpha$ -interferon; Timozin $\alpha_1 +$ lamivudin $+ \alpha$ -interferon; Timozin $\alpha_1 +$ adefovir $+ \alpha$ -interferon; α -interferonga qarshi ko'rsatma bo'lsa Timozin $\alpha_1 +$ lamivudin; Timozin $\alpha_1 +$ adefovir qo'llash maqsadga muvofiqdir. Profilaktikasi virusga qarshi vaksinatсия va yuqish yo'llari oldini olishdn iborat.

Jigar tsirrozi

Jigar tsirrozi-bu jigarning surunkali, kuchayib boruvchi va jigar parenximasida distrofik va nekrotik o'zgarishi, tugunchali regeneratsiyasi tufayli unda biriktiruvchi to'qimaning diffuz tarqalishi va organ arxitektonikasining chuqur qayta qurilishi bilan xarakterlanadi.

Tsirrozga uchragan qism katta kichikligiga qarab, uchta morfologik tipga ajratiladi: Mikronodulyar (kichik tugunchali), bunda tsirrozga uchragan tugunchalar hajmi 3 mmdan kichik bo'ladi. Makronodulyar

(katta tugunchali), bunda tsirrozga uchragan tugunchalar hajmi 3 mmdan katta bo'ladi va bunda tugunchalar 2-3 smga etadi; Aralash bunda tsirrozga uchragan tugunchalar hajmi kichik va katta bo'ladi.

Tsirrozning etiologik turlariga qarab (biliar tsirroz, gemoxromatoz) da tugunchalar hosil bo'lishi sekin bo'ladi, bu gepatotsitlarda regeneratsiya jarayonlarini sekinlashuvi bilan bog'liq. Mikronodulyar tsirrozning hajmi kichikligi uchun, punktsion biopsiya usulida diagnostika oson. Ko'pchilik tekshiriluvchilarda jigar kasalliklarida va tsirroz bo'lmaganda fibroz to'qima hajmi kattalashuvi tufayli jigar kapsulasi qalinlashgan bo'ladi. Teri orqali punktsion biopsiya makronodulyar tsirrozning morfologik diagnostikasi uchun qiyinchilik tug'diradi, chunki regenerat tuguncha to'liq punktsion ignaga tushmasligi ham mumkin.

Tsirrozda morfologik tekshirish, uning qanday morfologik turi (katta, kichik, aralash tugunchali), uning faollik darajasini va imkoni boricha uning etiologik omillarini aniqlashga imkon beradi. Bitta yarimta regenerat tugun topilsa tsirroz rivojlanayotganidan dalolat beradi, rivojlangan tsirrozda esa jigar bo'laklari tuzilishi gistoarxitektonikasi to'liq yo'qolgan bo'ladi. Bazanda morfologik tekshiruvlar hatijasida tsirrozning etiologiyasini aniqlash ham mumkin. Tsirroz rivojlanishiga olib keluvchi omillar turli xil, ularni aniqlash uchun ularni gistologik holatini bilish muhimdir. "Matoli-shishasimon" gepatotsitlar va "qumsimon yadrolar tsirrozni virusli, yog'li distrofiya neytrofillar infiltratsiyasi bilan namoyon bo'lsa va Mellorining gialinli tanachalari bo'lsa bu tsirrozning alkogolli etiologiyasidan dalolat beradi. O't protoklarining (yo'llari) miqdorining kamayishi va surunkali xolestaz birlamchi biliar tsirrozdan dalolat beradi. Qo'shimcha malumot olish uchun maxsus bo'yash usullaridan foydalaniladi.

Jigar tsirrozida o'sma oldi holatini aniqlasa bo'ladi. Adenomatoz giperplaziya-tugunchali hosila tsirrozda uchraydi va adenomatoz giperplaziya yoki displastik tuguncha deb ataluvchi oraliq shikastlanish hisobiga gepatotselyulyar kartsinoma hosil bo'lishi kuchayadi. Atipik adenomatoz giperplaziya tsirroz tugunchalarida uchraydi.

Etiologiyasi va patogenizi. Etiologik omillarni ekzo va endogen sabablarga bo'lish mumkin. **Ekzogen** sabablar birinchi o'rinda jigar tsirrozi rivojlanishida viruslar (gepatit B va C viruslari), alkogolli ichimliklar, gepatotrop ta'sir etuvchi dori vositalari, oziq-ovqatlar tarkibida oqsil va vitaminlar yetishmovchiligi yoki ularni ichak

kasalliklari tufayli so'rilishini buzilishi, autoimmun mexanizmlar ahamiyatga ega. Kam hollarda Villson-Kanovalov kasalligi, α -antitripsin yetishmovchiligi, birlamchi sklerozlovchi xolangit, Baddi-Kiari sindromi, gemoxromatoz tufayli kelib chiqadi. Birlamchi billiar tsirroz alohida ajratiladi. Sanalgan shikastlovchi omillar tsirroz shakllanishini tezlashtiradi. Gepatotsit shikastlanishi tufayli ularda nekroz undan keyin esa jigar to'qimasida biriktiruvchi to'qima va tugunchali-regeneratsiya rivojlanadi. Toksik moddalar to'rtxorli uglerod (CCl₄), geliotrin, tioatsetamid va b. toksik moddalar jigarni toksiko-allergik tsirroziga olib keladi.

Jigar tsirrozining **endogen** sabablariga xoleztazni kiritish mumkin. Jigar ichi va tashqi o't yollari xolestaziga olib keluvchi omillarga, shu yollarda o't toshlarini, parazitlarni tiqilib qolishi yoki bo'lmasa o'sma bilan bosilib qolishi, shu yollarni yallig'lanishini va shu tufayli xoleztaz kelib chiqishini kiritish mumkin. Shular bilan birga jigarni qon bilan ta'minlovch tomirlar trombozi, moddalar almashinuvi va endokrin omillar (tireotoksikoz, qandli diabet va b.q.) ni endogen sabablarga kiritish mumkin. Bular ta'sirida hosil bo'lgan biriktiruvchi to'qimalar va chandiqlar jigar strukturasi o'zgartiradi va qon tomirlarini siqib qo'yadi. Bu o'z navbatida jigarda oziq moddalar va kislorodga bo'lgan ehtiyojni qoniqtirmaydi va bu yerda kechadigan oksidlanish-qaytarilish jarayonlar, oqsil hamda fermentlar sintezi funksiyalarni buzilishiga olib keladi. Jigarda distrofik jarayonlar kuchayib, kasallik kechishini og'irlashtiradi va patologik jarayon doirasimon aylanadi.

Tsirroz rivojlanishida sinusoidlarda kapilyarlarda morfologik o'zgarishlar kuzatiladi; Disse bo'shlig'i kengayadi, ularda kollagen topiladi, moddalarni qalinlashuvi, qattiqlashuvi kuzatiladi va bundan bazal membrana, endoteliy fenestrlari diametri va soni kamayadi, hepatotsitlar mikrovarsinkalari tekislanadi. Tsirrozning patogenezi "sinusoidlarli kapilyarizatsiya" si kabi va boshqa o'zgarishlar, jigar hujayralarini funktsiyasini buzilishi bilan tushuntiriladi.

Klinik simptomlari. Jigar tsirrozining klinik namoyon bo'lishi ko'pchilik bemorlarda uzoq vaqt bo'lmasligi mumkin yoki kam hollarda –dispepsiya, rivojlanmagan sariqlik, gepatolienal sindrom, meteorizm va odatda o'tib ketuvchi astsit bilan namoyon bo'ladi. Astsit shuningdek, splenomegaliya, qizilo'ngach yoki to'g'ri ichak venalarining varikoz kengayishlari portal gipertenziya sindromi uchun tipik hisoblanadi.

Terminal davr jigar tsirrozining hamma shaklida me'da ichakdan qon ketishi va jigar komasiga olib keluvchi jigar funksional yetishmovchiligining rivojlanib boruvchi belgilari bilan kechadi. Me'da ichakdan qon ketish qon tupurish yoki melena ko'rinishida bo'lib, ular ko'pincha qizilo'ngach pastki 1/3 qismidagi yoki kam hollarda me'da varikoz tugunlarining yorilishi natijasida bemorning o'limiga sabab bo'lishi yoki anemiyaga olib keladi.

Jigar tsirrozining har xil variantlarida garchi jigar kattalashganda Glisson kapsulasi cho'zilsa va nekroz to'qima shu kapsulaga yaqin joylashsa **og'riq sindromi** bezovta qilib, asosan jigar sohasida, o'ng qovurg'a ostida, epigastrida va butun qorin boyicha paydo bo'ladi. Bu og'riq simmilovchi (bo'g'iq), ingrovchi (noyushiy) xarakterga ega bo'lib ovqatdan (ko'p va yog'li ovqatdan so'ng), jismoniy zo'riqishdan so'ng kuchayadi. Bazan og'riq o't yo'llarini shikastlanishi bilan bog'liq.

Bemorlarni asosan **dispeptik sindromlar** (ishtahaning pasayishi butunlay bo'g'ilishigacha (anoreksiya) ko'pincha alkogolli tsirozda, ovqatdan so'ng epigastral sohada og'irlik hissi paydo bo'lishi, ko'ngil aynishi, meteorizm, yog'li ovqatdan so'ng najasning suyuq bo'lishi (buzilishi), qusish) kabi simptomlar bezovta qiladi.

Asteno-nevrotik sindromlar (ishlash qobiliyatini pasayishi, holsizlik, tez charchash, uyqusizlik, bosh og'rig'i va b.q.).

Gemorragik sindronlar (milklardan qon ketish, teri osti qon quyilishi, gemorragik toshmalar, ichaklardan, burundan, bachadondan va boshqa joylardan qon ketishi kabi belgilar).

Sariqlik sindromi (terining, skleraning va boshqa shilliq qavatlarning sarg'ayishi).

Isitma (noto'g'ri) postnekrotik va biliar tsirrozda kuzatiladi. Portal tsirroz bilan kasallangan bemorlarda ko'pincha oruqlash (kaxektsiya) kuzatiladi. Bu hazm traktida hazm, so'rilish jarayonlarini buzilishi va oqsil sintezining buzilishi bilan bog'liq. Biliar tsirrozda ko'pincha terining qichishi kuzatiladi.

Bemorlarni ko'zdan kechirish. Bemorlar ko'pincha ozg'in bo'ladilar, terisi va shilliq qavatlar rangi sarg'aygan, lablari va tili to'q qizil (malina) rangda, yonoq sohalari eritemasi (qizarishi), astsit hisobiga qorinni kattalashuvi (83 surat),



83 surat



ingichka va shishgan oyoqlarni ko'rish mumkin (**shish sindromi**). Sariqlik til osti, tanglay sohasi, sklerasi va terisida kuzatiladi. Sariqlik, axlatni (najasni) rangsizlanishi va teri qichishi bilan kechadi. Bemorlarni ko'zdan kechirganda terisida qichishdan keyingi qashalgan izlarni ko'rishimiz mumkin. Kasallik uzoq cho'zilsa teri ostidagi bilirubin biliverdinga aylanib, teri yashil sariq rangda tovlanadi. Biliar tsirrozda melanin to'planishi hisobiga qoramtir (buriy) rang tovlanadi.

Tsirrozning gepatitdan ajratib turuvchi asosiy klinik belgilari kattalashgan, qattiq jigar va taloq, katta jigar belgilari hisoblanadi.

Bemorlarda **kichik jigar belgilarini** ko'rishimiz mumkin. Bularga: tomir yulduzchalar (teleangioektaziya), kaftlar eritemasi (jigar kafti), lab, og'iz shilliq qavati va tilning to'q qizil (malina) randa bo'lishi, erkaklarda gnekomastiya va boshqa garmonal buzilishlar esterogenlar parchalanishini buzilishi hisobiga, qovoqlarda va tananing boshqa sohaslarida ksantomatoz blyashkalarini (84 surat) (pilakchalar) paydo bolishi xolesterin almashinuvi buzilishi hisobiga, baraban tayoqchasimon barmoqlarni hosil bo'lishi kiradi. Ko'pchilik holatlarda tsirrozda quloq oldi so'lak bezlarini kattalashuvini va Dyupyutren kontrakturasi hamda periferrik neyropatiyalarni ko'rish mumkin.

Qorin terisi ko'zdan kechirilsa kengaygan venalarni (Caput Medusae) ni, gemorragik toshmalarni, tomir yulduzchalarni, qorin hajmi kattalashganligini va kindikni bo'rtib chiqqanligini ko'rish mumkin.

Palpatsiyada jigarni qattiqlashganligini, yuzasi notekisligi, pastki chetini o'tkirligini aniqlash mumkin. **Perkussiyada** jigar hajmini kattalashganligini aniqlaymiz.

84 surat



Laborator ma'lumotlar.

Kompensatsiyalangan tsirroz bo'lgan kasallarda biokimyoviy ko'rsatkichlar o'zgarmagan bo'lishi mumkin. Biroq zardobda transaminaza aktivligi oshishi mumkin. Dekompensirlangan tsirrozni laborator tekshirganda anemiya, leykopeniya, trombositopeniya, bilirubin va gamma-globulin miqdori oshishi, shuningdek, albumin, protrombin, xolesterin miqdorining kamayishi aniqlanadi. Yallig'lanish rivojlangan bo'lsa α_2 globulin, sariqlik sindromida β globulinlar miqdori oshadi. Biliar tsirrozda qonda lipidlar va xolesterin miqdori oshadi. Qon zardobida xolinesteraza faolligi pasayadi. Tsirroz xuruj qilganda transaminazalar ko'payadi va biliar tsirrozda ishqoriy fosfataza miqdori oshadi. Siydik bilan ko'p miqdorda urobilin, sariqlik sindromi kuchli rivojlangan bo'lsa bilirubin ham ajraladi. Najas bilan sterkobilin ajralishi kamayadi.

Instrumental tekshirish. Rentgenologik tekshiruvlar natijasida qizilo'ngach va gemoroidal venalarni kengayganligini aniqlashimiz mumkin. UTT (jigar va taloq o'lchamlarining o'zgarishi, bir xil bo'lmagan jigar parenximasi hamda portal gipertenziya belgilari), KT (informativ metod), shuningdek jigar punktsiyali biopsiyasi (jarayon variant va stadiyalarini aniqlash) qo'llaniladi.

Davolash. Birinchi navbatda etiologik omilni bartaraf etish, ish rejimini, oqsil va vitaminlarga boy parhez rejimini tashkil qilish. O'tkir, konservalangan, achchiq, yog'li, yog'da qovurilgan, shokolad maxsulotlari ovqat ratsionidan cheklanadi. Pastki daraja faoligidagi tsirrozni davolashda umumiy tavsiyalariga rioya qilinishi (kasbga aloqador va zararli omillarini inkor qilgan holda, gepatotoksik dori vositalari, alkogolni cheklash kasallik davolashda yordam beradi) zarur. Agar jigar tsirrozi faol davomiylikda ega bo'lsa, bunda davolash etiotrop bo'lishi kerak. Astsit va shish chegaralangan osh tuzi va suyuqlik kechki stadiyalarda siydik haydovchi vositalar, aldosteron antagonisti (spironolakton) va boshqa kaliy saqlovchi diuretiklar (triamteron yoki amilorid) qo'llaniladi. Garchi qizilo'ngachda, gemoroidal venalar kengaygan bo'lsa qon ketishini oldini olish maqsadida sklerozlovchi davo chorasi va β blokatorlar va boshqa davo usullari ko'llaniladi. Biliar

tsirroзда qichishni oldini olish uchun ursodezoksixolevoy kislotasi, ursosan kapsulada, legalon (kartsil) 1-2 drajadan 3 mahal, xafitol (tsinariks) per os 2 t x 3 m ovqatgacha, tikveol 1-2 t x 3 m 1-3 oy davomida beriladi. Geptral (L-adenozil-L- metionin) 800 mg og'iz orqali yoki vena ichiga 2- 4 hafta, gepamerts (L-arnitin-L-aspartat) 10,0 100,0 glyukozaga vena ichiga, α -lipoevaya kislotasi mushak orasiga yuboriladi. A interferon 3 mln dan haftaga 3 marta (pegasis 180 mg 1 m-haftaga), Ribavirin (kapegus), Rabetol 800-1200 mg/sutkaga buyuriladi. Tsirrozning og'ir darajalarida jigar transplantatsiyasi qo'llaniladi. O't yo'llari tosh bilan tiqilgan va osmalar bilan zararlangan bo'lsa operativ davo chorasi samaralidir.

Hazm qilish tizimiga oid testlar

1. Qizilo'ngach kasalligida qusish sababini ko'rsating? 1). Qizilo'ngach torayishi 2). Qusuq massa chaynalgan ovatdan tashkil topgan; 3). Ko'ngil aynishi, qizilo'ngach torayishi; 4). Og'riq, ko'ngil aynishi, qizilo'ngach torayishi; 5). Qizilo'ngach mus haklarini antiperistaltik qisqarishi

1).-1 -4; 2).-1-5; 3).-2-3; 4).-2-4;

2. Qizilo'ngachdan qusgan qusuq massasi? 1). Chaynalgan ovqat va xlorid kislotasi bor; 2). Hazm bo'lmagan chaynalgan ovqatdan tashkil topgan; 3). Ko'ngil aynishisiz keladi va pepsin tarkibida yo'q; 4). Hazm bo'lmagan, chaynalgan ovqat va tarkibida pepsin bor; 5). Pepsin, xlorid kislotasi, va hazm bo'lgan ovqatdan tashkil topgan.

1).-1-3; 2).-1-2; 3).-2-3; 4).-2-4;

3. Qizilo'ngachdan qon ketish sababini ko'rsating? 1). Qizilo'ngach o'smasi va qizilo'ngach kuyishidan; 2). Qizilo'ngach o'smasi parchalangandan keyin; 3). Qizilo'ngach torayishi va qizilo'ngach yarasida; 4). Qizilo'ngach yarasidan qizilo'ngach kengaygan venalari yorilishidan; 5). Qizilo'ngach venalari kengayishida va qizilo'ngach kuyishidan

1).-1-2; 2).-1-3; 3).-2-3; 4).-2-4;

4. Jig'ildon (zarda) qaynashi sababini ko'rsating (izjoga)? 1). Me'da shirasini qizilo'ngach pastki qismiga tashlanishi; 2). Reflyukos ezofagitda; 3). Qusishda, qayd qilishda; 4). Qizilo'ngachdan qon ketganda, reflyukos ezofagitda; 5). Reflyukos ezofagitda, qusishda, qayd qilganda.

1).-1-2; 2).-1-3; 3).-2-3; 4).-2-4;

6. Privratnik stenozini uchun xarakterli qusuq massasi; 1). Hidlangan qusuq massasi; 2). Qusuq massasi faqat meda shirasida tashkil topgan; 3). Hidlangan 10-15 minut ovqatdan keyin qusadi; 4). Qusuq massasi toza ovqat va tarkibiga pepsin bor; 5). Qusgandan keyin bemor o'zini yengil sezadi.

1). -2-3; 2).-1-3; 3). -1-4; 4).-2-4;

7. Kekirish sababini ko'rsating? 1). Meda muskullarini qisqarishi; 2). Havo va ovqat luqmasini og'izga qaytishi; 3). Og'izga medadan havo kelishi; 4). Medadan og'izga ovqat luqmasi kelishi; 5). Kardial teshikni ochiq qolishi;

1). -2-4; 2).-1-3; 3).-2-3; 4). -3-5;

9. Disfagiya bu ...1). Meda shirasini og'izga chiqishi; 2). Qizilo'ngach kuyishidan keyin kelib chiqadi; 3). Qizilo'ngachdan ovqat o'tishining buzilishi; 4). Yegan ovqat mahsulotini qayt qilishi; 5). Ko'krak sohasida ovqat o'tish paytida og'riq hosil bo'lishi;

1).-1-2; 2).-1-3; 3).-2-3; 4).-2-4;

10. Og'izdan aynigan- chirigan hid kelishi sababini aniqlang? 1). Qizilo'ngach raki; 2). Ko'ks oraliq'i o'smalari natijasida ovqat o'tishining qiyinlashishi; 3). Qizilo'ngach

kuyishidan ovqat o'tishining qiyinlashishi; 4). Kardial axalaziyasida ovqat mahsulotlarining to'xtab qolishi; 5). Qizilo'ngach torayishi natijasida ovqat o'tishining qiyinlashishi;

1).-1-5; 2).-1-3; 3).-2-3; 4).-1-4;

12. O'tkir gastrit etiologik omillarini ko'rsating? 1). Hammasi to'g'ri javob; 2). Katta dozada va ko'p vaqt ba'zi dori moddalarni qabul qilish (steroid va nosteroid yallig'lanishga qarshi dorilar). 3). Kamqon tez-tez ovqatlanish, yaxshi chaynalmagan ovqat mahsulotlari. 4). Ekologik omillarni ta'sir etishi va noqulay ish sharoiti. 5). Haddan tashqari sovuq issiq ovqat mahsulotlari, kuchli spirtli ichimliklar.

1).-1-2; 2).-1-3; 3).-2-5; 4).-2-4;

13. Infeksiya tabiatli o'tkir gastrit sababi? 1). Zamburug'lar, dizentariya qo'zg'atuvchisi. 2). Gelmentozlar, dizentariya, salmonellez. 3). Dizentariya, salmonellez, botulizm. 4). Uksus kislota va shigellezlar ta'siri. 5). Qizamiq, gripp, skarlatina.

1).-3-5; 2).-1-3; 3).-2-3; 4).-2-4;

20. Yara kasalligining asoratlarini ko'rsating? 1). Og'riq, qon ketishi, perforatsiya. 2). Ozib ketish, og'riq, peneteratsiya, malignizatsiya. 3). Stenoz, perforatsiya, malignizatsiya. 4). Qon ketishi, peneteratsiya. 5). Epigastral sohada og'riq qusish, meda teshilishi, stenoz.

1).-3-4; 2).-1-2; 3).-2-3; 4).-4-5;

45. Bilirubin fraktsiyasi, tsirrozning qaysi turi uchun xos? 1). Biliar tsirroz. 2). Portal tsirroz. 3). Postnekrotik tsirroz. 4). Bog'langan bilirubin. 5). Bog'lanmagan bilirubin.

1). 1,-4; 2,-4-5; 3,-4-5; 2).-1-3; 2,-4-5; 3).-2-3; 2,-4-5, 4).-2-4; 2,-4-5,

46. Tsirroz bilan kasallangan bemorni ko'zdan kechirsa? 1). Jigar kattalashgan, teri sariq. 2). Kaput meduza, tomir yulduzchalar. 3). Baraban tayoqchasimon barmoq. 4). Qorinni kattalashishi, (astsit). 5). Jigar pulsatsiyasi, tomirlar pulsatsiyasi.

1). -1-3; 2). -2-3-4; 3).-2-3; 4).-2-4;

47. Gemolitik sariqlikka xos laborator o'zgarishlarni ko'rsating? 1). Qonda noto'g'ri bilirubin miqdorining oshishi. 2). Bilirubin peshobda bo'lmaydi. 3). Qonda bog'langan bilirubin ko'payadi. 4). Peshobda bilirubin paydo bo'ladi. 5). Axlat rangi oqaradi.

1).-3-4; 2).-1-2; 3).-4-5; 4).-2-3;

48. Gemolitik sariqlik paydo bo'ladi? 1). Viruslarning jigarga ta'siri natijasida. 2). O't kislotalarining qonda ko'payib ketishidan. 3). Eritrotsitlarning taloq, jigar suyak ko'migida parchalanishi natijasida. 4). Bilirubin glukuronid qonda ko'payishidan. 5). Noto'g'ri (bog'lanmagan) bilirubin qonda ko'payishi.

1).-3-5; 2).-1-2; 3).-2-3; 4).-4-5;

49. Gemolitik sariqlikning etiologik omillari hisoblanadi? 1). Bakteriyalar, viruslar. 2). Bezgak qo'zg'atuvchisi. 3). Fenilgidrozin. 4). Zamburug'lar. 5). Gelmentozlar (gijjalar).

1).-3-4; 2).-1-2; 3).-2-3; 4).-4-5;

50. Parenximatoz sariqlik sabablarini aniqlang? a). Gepatotsitlarning shikastlanishi. b). Botkin kasalligi, jigar tsirrozi. v). Qonning parchalanishini kuchayishi. g). Qon parchalanishining susayishi. d). Bog'lanmagan bilirubin miqdori oshishi.

a).-2-3; b).-1-2; c).-4-5; d).-3-4;

51. Parenximatoz sariqlikda qondagi biokimyoviy o'zgarishini ko'rsating? 1). Bog'langan bilirubinning qon zardobida oshishi. 2). Bog'lanmagan bilirubin miqdorining qon zardobida oshishi. 3). Bog'langan bilirubin miqdorining qon zardobida kamayishi. 4). Bog'lanmagan bilirubin miqdorining qon zardobida kamayishi. 5). Bog'langan va bog'lanmagan bilirubin miqdorining qon zardobiga kamayishi.

a).-1-2; b).-2-3; c).-3-4; d).-4-5;

52. Parenximatoz sariqlikda peshobda paydo bo'ladi? 1). Bog'lanmagan bilirubin. 2). Bilirubin glyukuronid. 3). Bog'langan bilirubin. 4). Noto'g'ri bilirubin. 5). Bog'langan va bog'lanmagan.

a).-1-2; b).-2-3; c).-3-4; d).-4-5;

53. Parenximatoz sariqlikning etiologik omillarini ko'rsating? 1). Botkin kasalligi. 2). Jigar hujayralarining toksik shikastlanishi. 3). Bog'langan bilirubin miqdorining oshishi. 4). Bog'lanmagan bilirubin miqdorini qonda oshishi. 5). To'g'ri va noto'g'ri bilirubin miqdorini qonda oshishi natijasida.

a). -3-4; b).-2-3; c). -1-2; d).-4-5;

54. Parenximatoz sariqlikda axlatdagi o'zgarishlar? 1). Axlat bilan sterkobilin ajralishini kamayishi. 2). Axlat rangi to'liq rangsizlanmaydi. 3). Axlatda sterkobilin ajralishi kuchayadi. 4). Axlat to'liq rangsizlanadi. 5). Axlat rangi qoramtir tus oladi

a).-1-2; b).-2-3; c).-3-4; d).-4-5;

Hazm qilish tizimiga oid masalalar

8 masala

Bemor 33 yoshda, ozg'in. Bemorni bezovta qilib turadigan muammolari doimiy ravishda epigastral sohada, kindik atrofiga og'riq borligiga shikoyat qiladi. Og'riq asosan vertikal holatda va ovqat egandan so'ng kuchayadi, gorizontal holatda og'riqlar biroz susayadi yoki bezovta qilmaydi. Og'riqlar mavsumiy xarakterga ega emas.

Sizning taxminiy tashxisingiz?

Bu bemordagi palpatsiya texnikasini va palpator o'zgarishlarni ayting?

Bu kasallik uchun xos rentgenologik belgilarini ayting?

14 – masala

Bemor 15 yoshda, uning aytishicha to'satdan qaynoq suyuqlik istemol qilgan, shundan so'ng bemorda ovqat yutishning qiyinligi (disfagiya), ko'krak sohasida, to'sh suyagi ortida og'riq va u ovqat yutgan vaqtda kuchayishi, qusishga, ko'krak sohasi yotgan vaqtda va oldinga enkaygan vaqtda achishish, so'lak bezlari giperfunksiyasi (gipersalivatsiya), kekirishga shikoyat qildi. Qusuq massasini tekshirilib ko'rilganda chaynalgan ovqat luqmasidan tashkil topgan hamda hidsiz.

Bemorda qanday patologik jarayon, tashxis qo'ying?

Tekshirish rejasini tuzing?

Instrumental tekshirganda qanday o'zgarish kutiladi?

15 – masala

Bemor 59 yoshda, ozishga, ovqat yutishning qiyinlashuviga (disfagiya), ko'krak qafasida og'riq borligiga, ko'ngil aynishi, oq'iz hidlanishi, qusishga shikoyat qiladi. Qusuq massasi chaynalgan ovqatdan tashkil topgan bo'lib, hidlangan. Bemorda ishtaha yo'q, go'shtli ovqat istemol qila olmaydi, uni ko'zdan kechirilganda kaxektsiya ya'ni teri osti yog' qatlami sust rivojlanganligi aniqlandi, bo'yin limfa tugunlari kattalashgan.

Bemorda qanday patologik jarayon bo'lishi mumkin va tekshirish rejasini?

Qanday instrumental tekshiruvlar olib borilishi maqul?

Rentgenologik va endoskopik tekshiruvda qanday o'zgarish ko'rish mumkin?

33 masala

Bemor 35 yoshda, jinsi erkak, bir necha yildan buyon dispanser nazoratida turib davolanib kelgan va kasal deb hisoblaydi. Bemorda doimiy kabziyat, qorinning pastki qismida ba'zan - ba'zan og'riq borligi bezovta qiladi. Bemor najasini ko'zdan kechirganda najasi tuya axlatiga o'xshab dumaloq – dumaloq va yuzasida shilliq borligi aniqlandi. Bemorning qoni tekshirilganida biroz neytrofil leykotsitlar va eritrotsitlar cho'kish tezligi tezlashgan (14 mm/s).

Bemorga qanday tashxis qo'yasiz?

Bemordagi palpator o'zgarishlar qanday?

Qanday instrumental tekshiruvlar olib borgan maqul deb o'ylaysiz va qanday o'zgarishlar kutilishi mumkin?

34-masala

Bemor 33 yoshda, jinsi ayol, bir necha yildan buyon dispanser nazoratida turib davolanib kelgan va o'zini kasal deb biladi. Shikoyati ba'zan ba'zan ichi suyuq o'tishi, kuldirash, holsizlik, qorinda dam bo'lishi bezovta qilib turadi. Anamnez yig'ilganida ovqatlanish rejimi buzilganligi aniqlandi. Bemorning teri osti yog' qatlami sust rivojlangan. Bemorning qonida gipoproteinemiya borligi, najasini tekshirib ko'rganda najasi shilliq aralashgan kashasimon va miqdori ko'p.

Bu bemorda qanday tashxis qo'yasiz?

Palpator o'zgarishlarini ayting?

Qanday instrumental tekshiruvlar olib borgan maqul va qanday o'zgarishlar ko'rish mumkin?

Najas tahlilida qanday o'zgarishlar bo'ladi?

35 – masala

Bemor 31 yoshda, o'zini ko'p yillardan buyon kasal deb biladi va kasallik asosan bahor va kuz oylarida ko'proq bezovta qiladi. Shikoyati ba'zan ba'zan ichi qabziyat bilan o'tishi, holsizlik, qorinning pastki qismida yon biqinlarida og'riq bezovta qilib turadi. Og'riqlar ovqatlangandan so'ng va defekatsiyadan oldin kuchayadi. Qoni tekshirilganida biroz neytrofil leykotsitoz va EChT tezlashgan. Bemor najasini tekshirib ko'rilganda najasi qattiq va yuzasi shilliq bilan qoplangan.

Bu bemorda qanday tashxis qo'yasiz?

Palpator o'zgarishlarini ayting?

Qanday instrumental tekshiruvlar olib borgan maqul va qanday o'zgarishlar ko'rish mumkin?

Bemorlar najaslaridagi o'zgarishlarni aytib bering?

36 – masala

Bemor 23 yoshda, o'zini 3 kundan buyon kasal deb biladi. Shikoyati qorinning pastki yarmida og'riq va ichi suyuq, shilliq va qon aralash o'tishi, holsizlik, qorinda dam bo'lishi, isitma, bo'g'imlarda og'riq, ozish bezovta qilib turadi. Bemorda ba'zan yolqon chaqiriq (poziv) bo'ladi tualetga boradi lekin najas yo'q qaytib keladi. Bemor najasini tekshirib ko'rganda najasi shilliq aralashgan va qon bilan bo'yalgan.

Bu bemorda qanday tashxis qo'yasiz?

Palpator o'zgarishlarini ayting?

Qanday instrumental tekshiruvlar olib borgan maqul va qanday o'zgarishlar ko'rish mumkin?

Qondagi o'zgarishlarni ayting?

37 - masala

Bemor 47 yoshda, jinsi ayol, o'zini ko'p yillardan buyon kasal deb biladi, jigar portal tsirrozi bilan nazoratda turadi. Shikoyati qorinning pastki qismida og'riq borligi va anal teshik sohasida og'riq, holsizlik, og'riq ba'zan bel sohasiga berilishi najas oxirida qon tomchilari kelishi bezovta qilib turadi. Bemor najasini tekshirib ko'rganda o'zgarmagan qon tomchilari borligi aniqlandi.

Bu bemorda qanday tashxis qo'yasiz?

Palpator o'zgarishlarini ayting?

Qanday instrumental tekshiruvlar olib borgan maqul va qanday o'zgarishlar ko'rish mumkin?

AccecmehT 1

<p>Test</p> <p>1. Yara kasaligidagi rentgenoskopik belgilarni aniqlang?1). Meda shilliq qavati gipertrofiyalangan.2). Meda shilliq qavati atrofiyalangan.3). Meda shilliq qavatida eroziya va qon oqadi.4). Nisha (tokcha) simptomi ko'rinadi.5). Ko'rsatkich barmoq belgisi ko'riladi.</p> <p>1).-4-5; 2).-1-2; 3).-2-3; 4).-3-4;</p> <p>57. "Melena" nima?</p> <p>a) Qora rangdagi axlat b) Rangsiz (kulrang) axlat v) Hazm bo'lmagan ovqat qoldiqlariga ega axlat g) Yog'li, yaltiroq, yomon yuviladigan axlat</p>	<p style="text-align: center;">Vaziyatli masala</p> <p>1 masala</p> <p>Bemor 31 yoshda, jinsi erkak, o'zini 10 yildan buyon kasal deb hisoblaydi. Bemorning shikoyatlari ovqat yegandan so'ng 1,5-2 soat o'tgach epigastral sohada og'riq paydo bo'lishi, kekirish va jiqildon qaynashiga, ba'zanda ko'ngli aynib qusishga shikoyat qiladi. Og'riq ovqat yegandan so'ng susayadi, ko'pincha bahor va kuz fasllarida bezovta qiladi. Sizning taxminiy diagnozingiz qanday. Rentgenologik tekshiruvda qanday o'zgarishlar ko'ramiz. Palpator o'zgarishlarni ayting.</p>
<p>Tushuncha tahlil:</p> <p>Surunkali enterit bu</p>	<p style="text-align: center;">Amaliy ko'nikma:</p> <p>Sigmasimon ichak palpatsiyasi texnikasi</p>

AccecmehT 2

<p>Test</p> <p>22. Yara kasalligiga xos belgilar?1). Ovqatdan so'ng og'riqning paydo bo'lishi.2). Og'riqning ovqat bilan bog'liqligi va bahor kuzda paydo bo'lishi.3). 12 barmoqli ichak yarasida kechki og'riqlarning paydo bo'lishi.4). 12 barmoqli ichak yarasida og'riqning ovqatdan 20-30 minutdan so'ng paydo bo'lishi.5). 12 barmoqli ichak yarasida og'riqning ovqatdan so'ng kuchayishi xarakterli.</p> <p>1). -3-4; 2).-1-3; 3). -2-3; 4).-4-5;</p> <p>58. "Palag'da tuxum" hidli kekirish kuzatiladi:</p> <p>a) kompensatsiyalashgan stenoza b) me'da qizilo'ngach reflyuksida v) duodeno-gastro-efageal reflyukusda g) dekompensatsiyalashgan stenoza</p>	<p style="text-align: center;">Vaziyatli masala</p> <p>2 masala</p> <p>Bemor 23 yoshda, jinsi erkak, talaba. Diagnostika markaziga kelganda ko'p yillardan buyon kasal ekanligini takidladi va har kechkurun soat 2-3 orasida epigastral sohada og'riq bezovta qilishini aytdi va ko'ngil aynishi, holsizlik bezovta qilib turadi. Bemor shu vaqtda turib biroz ovqatlanadi va og'riq susaygach yana yotadi. Shifokor bemorni qorin sohasini palpatsiya qilganda qorinning o'rta chizig'idan o'ng tomonda kindik ustida og'riq borligini aniqladi. Bemorda aniq diagnoz qo'yish uchun qanday instrumental tekshiruvlar olib borish ma'qul. Bu kasallikning rentgenologik belgilari qanday. Gastrofibroskopik belgilarini ayting.</p>
<p>Tushuncha tahlil:</p> <p>Surunkali kolit by</p>	<p style="text-align: center;">Amaliy ko'nikma:</p> <p>Yonbosh va ko'r ichakni palpatsiyasi texnikasi</p>

AccecmehT 3

Test	Vaziyatli masala
-------------	-------------------------

<p>21. Yara kasalligining asoratlari ko'rsating? 1). Og'riq, qon ketishi, perforatsiya.2). Ozib ketish og'riq, penetratsiya, malignizatsiya.3). Stenoz, perfaratsiya, malignizatsiya.4). Qon ketishi, penetratsiya.5). Epigastral sohada og'riq, qusish, meda teshilishi, stenoz.</p> <p>1).-3-4; 2).-1-2; 3).-2-3; 4).-4-5;</p> <p>59. Ovqat yegandan keyin 7-8 soat o'tgach "chayqalish (plesk) shovqinining" epigastral sohadan aniqlanishi darak beradi:</p> <p>a) Motor funksiyasining o'zgarishidan b) HCl-giperproduksiyasidan v) Evakuator funksiyaning susayishi g) Shilliq (sliz) giperproduksiyasidan</p>	<p>3 masala</p> <p>Bemor shifokorga kelganda o'zini 16 yildan buyon kasal ekanligini aytdi va kechqurunlari epigastral sohada og'riq paydo bo'lib, uyqudan uyqonadi va biroz sut ichib yana yotadi, bemorni ko'zdan kechirganda tili oq karash bilan qoplangan. Palpatsiyada kindik yuqorisida qorinning o'rta chiziqidan o'ng tomonda og'riq bor.</p> <p>Kasallik uchun xos rentgenoskopik belgilarini aytib bering.</p> <p>Bu bemorda kasallikka xos qanday asoratlar qolishi mumkin.</p> <p>Bu bemor uchun ovqatlanish rejimini tuzing.</p>
<p>Tushuncha tahlil: Surunkali sigmoidit bu.....</p>	<p>Amaliy ko'nikma: Chiquvchi chamber ichak palpatsiyasi texnikasi</p>

AccecmehT 4

<p>Test</p> <p>26. Yara kasalliklarining etiologik sabablarini ko'rsating? 1). Helico bacteri pilori.2). Meda va 12 barmoqli ichak shilliq qavati strukturasi o'zgarishi.3). Tamaki chekish, sipirtli ichimlik ichish. 4). Shilliq qavat tomirlari trombozi.5) Ovqatlanish rejimini buzilishi.</p> <p>1).-3-5; 2).-2-3; 3).-1-4; 4).-4-5;</p> <p>61. Medaning qaysi qismida yara joylashsa rentgenologik "tokcha (nisha) simptomi" aniqlaniladi:</p> <p>a) Kardial b) Pilorik qismida v) Fundal g) Antral</p>	<p>Vaziyatli masala</p> <p>4 masala</p> <p>Bemor 22 yoshda, jinsi erkak, haydovchi bo'lib ishlaganligi tufayli ovqatlanish rejimi doimo buzilgan va ba'zan epigastral sohada og'riq paydo bo'lishini shifokorga takidlab o'tdi. Bemor, kasallik asosan bahorda va kuzda xuruj qilishini aytdi. Ob'ektiv palpatsiyada epigastral sohada og'riq borligi va perkussiyada epigastrida ya'ni meda proektsiyasida Mendel simptomi musbatligi aniqlandi. Gastrofibroskopiyada medaning kichik egriligida 0,5 X 0,6 sml destruktiv o'zgarish va uni atrofi qizarganligi aniqlandi. Bu bemorga taxminiy tashxis qo'ying? Bemorning asosiy shikoyatlarini sanab bering? Palpator o'zgarishlarni aytib bering? Qanday instrumental tekshiruvlar olib borilishi zarur va undagi o'zgarishlarni ayting?</p>
<p>Tushuncha tahlil: Axlatni Gregerson usulida tekshirish.....</p>	<p>Amaliy ko'nikma: Tushuvchi chamber ichak palpatsiyasi texnikasi</p>

AccecmehT 5

<p>Test</p> <p>25. Gastrofibroskopik tekshiruvda aniqlanadi? 1). Meda va 12 barmoqli ichak</p>	<p>Vaziyatli masala</p> <p>7 masala</p> <p>Bemor 27 yoshda, jinsi ayol, doimiy</p>
--	---

<p>yarasi.2). Meda va ingichka ichak yaralari.3). 12 barmoqli ichak va sigmasimon ichak yaralari.4). Meda va 12 barmoqli ichak yallig'lanishi o'smasi, poliplari.5). Yo'g'on ichaklar va ingichka ichaklar yarasi, o'smasi</p> <p>1). 2-3; 2).-1-4; 3).-3-4; 4).-4-5;</p> <p>62. "Yo'g'li najas (axlat)" quyida ko'rsatilgan kasalliklarning qaysi biri uchun xos;</p> <p>a) Jigar sirroziga b) Surunkali pankreatit v) Surunkali gastritga g) Surunkali gepatitga</p>	<p>qorinda dam, kuldirash bor, ichi ba'zan suyuq o'tadi, sub'ektiv – yuqo ridagi simptomlar yilning bahor va kuz faslida ko'proq bezovta qiladi. Bemorda ovqatlanish rejimi buzilgan, alko'gol istemol qilib turadi. Ob'ektiv - palpatsiyada kindik yuqorisida va chap tomonda (simptom Porges) va ingichka ichak tutqichi buylab (simptom Shternberg) og'riq borligi, qorin sohasida kuldirash aniqlandi. Sizning taxminiy tashxisingiz? Bemorda tekshirish rejasini tuzing va undagi o'zgarishlarni ayting? Bemor najasida qanday o'zgarishlar bo'lishi mumkin? Bu bemor uchun parhez stoli va ovqatlanish rejimini tuzing?</p>
<p>Tushuncha tahlil: 12 barmoqli ichakni zondlash haqida tushuncha</p>	<p>Amaliy ko'nikma: Ko'ndalang chamber ichak palpatsiyasi texnikasi</p>

AccecmehT 6

<p>Test</p> <p>23.Meda yarasida og'riqning xarakteri quyidagicha?1). Ovqatlangandan so'ng sekinlashadi.2). Ovqatdan so'ng o'zgarmaydi.3). Ovqatdan so'ng kuchayadi.4). Og'riq asosan kuzda bahorda bo'ladi.5). Ovqatlanish bilan bog'liq emas.</p> <p>1). -4-5; 2). -3-4; 3).-2-3; 4).-1-4;</p> <p>67. 12 barmoqli ichak yara kasalligida ishtaha....</p> <p>a) O'zgarmagan b) Kuchaygan v) Pasaygan g) Yo'qolgan</p>	<p>Vaziyatli masala</p> <p>6 masala</p> <p>Bemor 54 yoshda, poliklinika sharoitida ko'p yillar mobaynida davolanib kelgan va gastroenterolog maslahatiga kelganda u bahor va kuz oylarida qorinda dam bo'lib turishi, quldirash, ba'zan ichining suyuq o'tishi bezovta qilib turishi aniqlandi va ob'ektiv teri osti yog' qatlami sust rivojlangan, tekshiruvda qorin mushaklari taranglashgani bilan, perkussiyada timpanik tovushi aniqlandi va shundan so'ng surunkali atrofik gastrit deb taxminiy diagnoz qo'yildi. Instrumental tekshiruv rejasini tuzing va undagi o'zgarishlarni aytib bering? Kaprologik tekshiruvni ayting? Bu bemorda parhez stoli va rejimini aytib bering?</p>
<p>Tushuncha tahlil: Meda shirasini tekshirish</p>	<p>Amaliy ko'nikma: Qorinni chuqur paypaslash texnikasi</p>

AccecmehT 7

<p>Test</p> <p>8. Disfagiya sababini ko'rsating?; 1). Qizilo'ngachning chapga yoki o'nga siljishi; 2). Qizilo'ngachni funktsional torayishi; 3). Qizilo'ngachning kengayishi; 4). Qizilo'ngachni organik o'zgarishlar tufayli torayishi;5).</p>	<p>Vaziyatli masala</p> <p>5 masala</p> <p>Bemor 33 yoshda, shifokor qabuliga kelganda o'zini ko'p yillardan buyon kasal ekanligini aytdi va qorinning chap qismida og'riq borligi, bu og'riqning chap ko'krak</p>
---	---

<p>Qizilo'ngachning mushaklari atrofiyasi</p> <p>1).-1-2; 2).-1-3; 3).-2-3; 4).-2-4;</p> <p>68. Amiloreya bu -</p> <p>a) Najasda oqsil paydo bo'lishi b) Leykotsitlarning paydo bo'lishi v) Yomon sifatli o'sma hujayralarining paydo bo'lishi g) Najasda kraxmalning paydo bo'lishi</p>	<p>qafasiga va bel umurtqalariga berilishiga, og'riqning ovqatdan so'ng 20-30 minutdan keyin paydo bo'lishi, ko'proq bahorda bezovta qilishini aytdi, shular bilan birgalikda jiqildon qaynashi, kekirish, ko'ngil aynishi ba'zan qusish va o'zida biroz qusishdan so'ng engillikni sezishiga shikoyat qildi. Perkussiyada epigastral sohada Mendel simptomi musbatligi aniqlandi. Rentgenologik tekshirganda tokcha (nisha) simptomi aniqlandi.</p> <p>Bemorda qanday tashxis qo'yasiz? Bu kasallik uchun etiologik omillarni sanab bering? Bu kasallik asorotlarini sanab bering? Parhez stoli va davo rejangiz qanday?.</p>
<p>Tushuncha tahlil: Meda shirasini umumiy va erkin kislotasini aniqlash...</p>	<p>Amaliy ko'nikma: Jigarni paypaslash texnikasi</p>

Acceмент 8

<p>Test</p> <p>11.O'tkir gastrit turlarini aniqlang? 1). Murakkab, flegmonoz, oddiy. 2). Flegmonoz, korroziv, abdominal. 3). Flegmonoz, oddiy.4). Abdominal, korroziv.5). Korroziv, flegmonoz</p> <p>1).-3-5; 2).-1-3; 3).-2-3; 4).-2-4;</p> <p>70. Chuqur palpatsiya metodikasi o'zida saqlaydi</p> <p>a) 5 momentni b) 2 momentni v) 3 momentni g) 4 momentni</p>	<p>Vaziyatli masala</p> <p>9 masala</p> <p>Bemor 24 yoshda, holati majburiy, oyoq'lari tizzadan bukilgan va qoringa tortib turibdi va shifokor so'rab surishtirganda o'zini ko'p yillardan buyon kasal ekanligini ta'kidladi hamda epigastral sohada, xanjarsimon o'simta ostida ovqatdan so'ng kuchli og'riq paydo bo'lishini hamda og'riqning qusgandan so'ng sekinishini va bu og'riq asosan bahor yoki kuz fasillarida paydo bo'lishini takidladi. Shular bilan birga jiqildon qaynashi, ko'ngil aynishi, qusish, kekirish bezovta qiladi. Palpatsiyada epigastral sohada og'riq bor.</p> <p>Bu bemorga taxminiy tashxis qo'ying? Qanday instrumental tekshiruvlar olib borish zarur va qanday o'zgarishlar ko'ramiz? Davolash rejangiz va qanday parhez tavsiya etasiz?</p>
<p>Tushuncha tahlil: Yara kasalligini etiologik va agressiv omillari ...</p>	<p>Amaliy ko'nikma: Kurlov bo'yicha jigar perkussiyasi texnikasi</p>

Acceмент 9

<p>Test</p> <p>14.O'tkir gastrit bilan kasallangan bemorlarni asosiy shikoyatlari? 1). Tez charchash, terlash, epigastral sohada og'riq, ich suyuq ketishi. 2). Ich suyuq ketishi, ko'ngil</p>	<p>Vaziyatli masala</p> <p>18 – masala</p> <p>Ko'rikka kelgan bemorning aytishi bo'yicha bahor va kuz oylarida epigastral sohada og'riq bezovta qilib turgan. Ayni vaqtda og'riq</p>
--	---

<p>aynishi bosh og'rig'i. 3). Ko'ngil aynishi, qusish. 4). Ishaha yo'qolishi, og'izda tam buzilishi.5). Qorinning pastki qismida og'riq, ko'ngil aynishi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1). 1-3; 2).- 3-4; 3).-2-3; 4).-2-4; <p>58. "Palag'da tuxum" hidli kekirish kuzatiladi:</p> <ol style="list-style-type: none"> a) Kompensatsiyalashgan stenozda b) Me'da qizilo'ngach reflyuksida v) Duodeno-gastro-ezo fageal reflyukusda g) Dekompensatsiyalashgan stenozda 	<p>sekinlashib holsizlik, ish qobiliyatining pasayishi, ko'z oldi qorong'ulashib bosh aylanishlari bezovta qiladi. Bemor ko'zdan kechirilganda rangpar, teri osti yog' qatlami sust rivojlangan. Shifokor tomonidan bemorga najas tahlil uchun topshirish tavsiya etildi va makroskopik tekshirganda axlati rangi qoramtir.</p> <p>Bemorga taxminiy tashxis qo'ying? Palpator o'zgarishlarni aytib bering? Bemorga tekshiruv rejasini tuzing?</p>
<p>Tushuncha tahlil: Surunkali gastrit klassifikatsiyasi ...</p>	<p>Amaliy ko'nikma: Yonbosh ichakni paypaslash texnikasi</p>

AccecmehT 10

<p>Test</p> <p>15.O'tkir gastritda FGDS dagi o'zgarishlar? 1). Eroziyalar, qon quyilishlari. 2). Shilliq qavatning giperemiyasi. 3). Oshqozon burmachalari atrofiyasi. 4). Oshqozon va 12 b/i yarasi va qon ketishi. 5). Meda shilliq qavati gipertrofiyasi.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1).-1-2; 2).-1-3; 3).-2-3; 4).-3-5; <p>60. Tanada "tomir yulduzchalari" paydo bo'lishiga asosiy sabab bu...:</p> <ol style="list-style-type: none"> a) Organizmda esterogenlar yig'ilishi va jigarda ular inaktivatsiyasining pasayishi b) Uglevod almashinuvining buzilishi v) Tomirlar o'tkazuvchanligining oshishi g) Jigarda retikulo-endotelial apparatning izdan chiqishi 	<p>Vaziyatli masala</p> <p>17 – masala</p> <p>Bemor 23 yoshda, jinsi ayol, shoshilinch yordam ilmiy markaziga olib kelindi va so'rab surishtirishda ko'p yillardan buyon kasalligi va kasallik bahor va kuz oylarida bezovta qilib turishi hamda anamnezida meda yarasi borligi aniqlandi. Bemorning shikoyati holsizlik, qusish va qusuq massasi kofesimon. Bemorni ko'zdan kechirganda rangi oqarib ketgan, najasi qoramtir (dekteobraz), o'zi holsiz, pulsi tezlashgan, qon bosimi 80/50 mm. sim. ust. teng.</p> <p>Bemorga taxminiy tashxis qo'ying? Diagnozni tasdiqlash uchun qanday tekshiruvlar olib borilishi maqul? Bemor najasida qanday o'zgarishlar ko'rish mumkin?</p>
<p>Tushuncha tahlil: Yara kasalligini rentgenologik belgilari ...</p>	<p>Amaliy ko'nikma: Oshqozonni paypaslash texnikasi</p>

AccecmehT 11

<p>Test</p> <p>16.O'tkir gastritda ... meda funksiyasi.1). motor, evakuator funksiyasi pasayadi.2). kasallik boshlanishida sekretor funktsiyasi oshadi.3). motor-evakuator funktsiya oshadi.4). sekretor funktsiya pasayadi.5). medada so'rilish xususiyati oshadi.6) meda shilliq qavatida so'rilish xususiyati pasayadi</p>	<p>Vaziyatli masala</p> <p>16 – masala</p> <p>Bemor 17 yoshda shikoyati ovqatlangandan so'ng bir soat o'tgach epigastral sohada kuchli og'riq paydo bo'lishiga, kekirishga, ko'ngil aynishiga va qusishga shikoyat qiladi. Bemor qusgandan so'ng o'ziga yengillik sezishini ta'kidladi.</p>
---	--

<p>1).-1-4-6; 2).-1-3-5; 3).-2-3-4; 4).1-2-5;</p> <p>62. "Yo'g'li najas (axlat)" quyida ko'rsatilgan kasalliklarning qaysi biri uchun xos;</p> <p>a) Jigar tsirrozi b) Surunkali pankreatitda v) Surunkali gastritga g) Surunkali gepatitga</p>	<p>Anamnez yig'ilganida kasallik bahor va kuz oylarida ko'proq bezovta qilishi aniqlandi. Qusuq massasi tekshirilganida chaynalgan ovqat va me'da shirasidan tashkil topgan.</p> <p>Sizning taxminiy tashxisingiz qanday? Palpator o'zgarishlarni aytib bering? Dignozni tasdiqlash uchun qanday instrumental tekshiruvlar olib borish shart. Bu kasallik uchun qanday asorotlar qolishi mumkin.</p>
<p>Tushuncha tahlil: Meda shirasi umumiy kislotaligini aniqlash ...</p>	<p>Amaliy ko'nikma: Ko'ndalang chamber ichakni palpatsiyasi texnikasi</p>

AccecmehT 12

<p>Test</p> <p>5. Meda qusuq massasi xarakteri (tarkibi)? 1). Maydalangan ovqat va pepsin aralash; 2). Maydalangan o'zgarmagan ovqat va qon aralash; 3). Tarkibida xlorid kislotasi va pepsin bor; 4). Maydalangan o'zgarmagan ovqat; 5). Hazm bo'lmagan ovqatdan tashkil topgan.</p> <p>1). -1-2; 2). -1-3; 3).-2-3; 4).-2-4;</p> <p>63. "Yolg'on sariqlik" teri sarg'ayishi bilan boradimi?</p> <p>a) Yo'q b) Ha v) Ba'zan g) Hamma vaqt</p>	<p>Vaziyatli masala</p> <p>13 masala</p> <p>Bemor shifokor qabuliga kelganda, qorinning pastki sohasida og'riq borligiga, og'riqning gazlar va ich o'tganidan so'ng kamayishiga, kabziyatga va ba'zan ichi suyuq o'tishiga, meteorizm, kuldirash, tenezmga shikoyat qilib keldi. Bemorning najasi tez tez va kam miqdorda bo'lib, yuzasida shilliq qoplangan. Kaprologik tekshirganda ko'p miqdorda leykotsitlar va shilliq borligi aniqlandi.</p> <p>Bemorga taxminiy tashxis qo'ying. Palpator o'zgarishlarni ayting. Bemorda diagnoz tasdiqlanishi uchun qanday instrumental tekshiruvlar olib borilishi zarur?</p> <p>Bemor najasida qanday o'zgarishlar bo'ladi?</p>
<p>Tushuncha tahlil: Yara kasalligini etiologik va agressiv omillari ...</p>	<p>Amaliy ko'nikma Taloqni paypaslash texnikasi</p>

AccecmehT 13

<p>Test</p> <p>19. Surunkali gastritda morfologik o'zgarishlarni ko'rsating? 1). Meda shilliq qavati gipertrofiyalanadi. 2). Meda shilliq qavatida yara hosil bo'ladi. 3). Meda shilliq qavatida eroziya hosil bo'ladi. 4). Meda shilliq qavati atrofiyalanadi. 5). Meda shilliq qavati o'zgarmaydi.</p> <p>1). 3-5;</p>	<p>Vaziyatli masala</p> <p>12 masala</p> <p>Bemor 31 yoshda. Shifokor qabuliga kelganda kindik atrofiya og'riq borligi, meteorizm va ich o'tishini ba'zan suyuq va ba'zan qabziyat bilan o'tishiga shikoyat qildi. Ob'ektiv bemor ozg'in, teri osti yog' qatlami sust rivojlangan, oq'iz bo'shlig'ida angulyar stomatit bor, bemor sochlari to'kiluvchan,</p>
--	--

<p>2) -1-4; 3).-2-5; 4).1-3; 64. "Yolg'on sariqlikda" bo'yalmaydi a) Teri b) Tovon v) Sklera g) Kaft</p>	<p>tirnoqlari sinuvchan. Bemorning najasi miqdori ko'p, kashasimon va gaz pufakchalari aralashgan hamda hazm bo'lmagan ovqat steatoreya, kreatoreya, amiloreya borligi aniqlandi. Qonda anemiya va gipoproteinemiya kuzatildi. Bemorning taxminiy tashxisini ayting. Palpator va perkutor o'zgarishlarini ayting. Bu bemordagi rentgenologik o'zgarishlarini aytib bering</p>
<p>Tushuncha tahlil: Yara kasalligini asorotlarini ayting. ...</p>	<p>Amaliy ko'nikma: Buyrakni paypaslash texnikasi</p>

AccecmehT 14

<p>Test 20. Meda sekretor funksiyasi buzilishini ko'rsating? 1). Giperatsit, normaatsid holat. 2). Gipertrofik, atrofik. 3). Anatsid holat. 4). Gipertrofik, giperatsid. 5). Atrofik, gipoatsid 1). -4-5; 2).-2-3; 3).-3-4; 4). -1-3; 61. Medaning qaysi qismida yara joylashsa rentgenologik"tokcha (nisha) simptomi" aniqlaniladi: a) Kardial b) Pilorik qismida v) Fundal g) Antral</p>	<p>Vaziyatli masala 11 masala Bemor 28 yoshda, jinsi erkak. Shifokor qabuliga kelganda doimiy jiqildon qaynashi, kekirish va epigastral sohada og'riq borligi bezovta qilishini takidladi, sub'ektiv kasallik bahor va kuzda xuruj qiladi. Ushbu belgilar ovqatlanish rejimi buzilganda va o'tkir oziq ovqat maxsulotlari, spirtli ichimliklar istemol qilganda kuchayadi. Ob'ektiv meda shirasi tekshiruvi olib borilgandan so'ng giperatsid holat aniqlandi. Palpatsiya va perkussiyada epigastral sohada og'riq bor. Bemorga taxminiy tashxis qo'ying. Qanday instrumental tekshiruvlar olib borilishi ma'qul deb hisoblaysiz. Davo rejangiz qanday. Bu bemorga qanday parhez stoli va qanday oziq ovqat maxsulotlari istemol qilishini tavsiya etasiz?</p>
<p>Tushuncha tahlil: Surunkali kolit nima va etiologik omillari ...</p>	<p>Amaliy ko'nikma: Buyrakni perkussiya qilish texnikasi</p>

AccecmehT 15

<p>Test 12 barmoqli ichak yara kasalligida ishtaha.... a) O'zgarmagan b) Oshgan v) Pasaygan g) Yo'qolgan 68. Kreatoreya bu - a) Najasda yog' paydo bo'lishi</p>	<p>Vaziyatli masala 10 masala Bemor 39 yoshda, jinsi ayol. Shifokor qabuliga kelganda ishtahasining pasayishi, kekirish, epigastral sohada noxush holat, kuldirash, ba'zan epigastral sohada og'riq borligiga va ba'zan ichi suyuq, ba'zan kabziyat bilan o'tishiga shikoyat qildi, ushbu simptomlar asosan bahor va kuz oylarida kuchayadi. Bemor ko'zdan kechirilganda terisi quruq, milklaridan</p>
--	---

<p>b) Leykotsitlarning paydo bo'lishi v) Yomon sifatli o'sma hujayralarining paydo bo'lishi g) Najasda kraxmalning paydo bo'lishi</p>	<p>qon oqishini, tilining qalinlashgani, qizargani, so'rg'ichlari tekislangan, atrofida tish izlari borligi, xeyloz va angulyar stomatit rivojlangan. Bemorni meda shirasi tahlili tekshirilganda gipoatsid holat aniqlandi. Perkutor epigastrida timpanik tovush eshitiladi. Bemorga taxminiy tashxis qo'ying. Bemordagi palpator o'zgarishlarni ayting. Tekshiruv rejangiz qanday. Qanday instrumental tekshiruv olib boriladi va qanday natija kutiladi.</p>
<p>Tushuncha tahlil: O'tkir gastrit nima va etiologik omillari ...</p>	<p>Amaliy ko'nikma: Medani quyi chegarasini aniqlash texnikasi</p>

AccecmehT 16

<p>Test 100. Gastrofibroskopik tekshiruvda aniqlanadi?1). Meda va 12 barmoqli ichak yarasi. 2). Meda va ingichka ichak yaralar. 3). 12 barmoqli ichak va sigmasimon ichak yaralar.4). Meda va 12 barmoqli ichak yallig'lanishi o'smasi, poliplari. 5). Yo'g'on ichaklar va ingichka ichaklar yarasi, o'smasi 1). 2-3; 2).-1-4; 3).-3-4; 4).-4-5; 68. Amiloreya bu - a) Najasda oqsil paydo bo'lishi b) Leykotsitlarning paydo bo'lishi v) Yomon sifatli o'sma hujayralarining paydo bo'lishi g) Najasda kraxmalning paydo bo'lishi</p>	<p>Vaziyatli masala 19 – masala Bemor 51 yoshda, jinsi erkak shikoyati holsizlik, ba'zan epigastrial sohada og'riq paydo bo'lishi, kuldirash, qorinning dam bo'lishi, ishtahaning pastligiga shikoyat qiladi. Palpatsiyada kindik atrofida og'riq borligi, Porges, Shternberg simptomi musbatligi aniqlandi. Bemorga najas tahlili topshirish tavsiya etildi. Makroskopik tekshirganda najas suyuq ko'pik aralashgan shilimshiqsimon va miqdori ko'p. Bu bemorga qanday patologik jarayon bo'lishi mumkin. Diagnoz tasdiqlanishi uchun qanday tekshiruvlar olib borish kerak. Bemor qoni va najasidagi o'zgarishlarni aytib bering.</p>
<p>Tushuncha tahlil: Surunkali duodenit kasalligini izohlang ...</p>	<p>Amaliy ko'nikma: Ko'r ichakni paypaslash texnikasi</p>

AccecmehT 17

<p>Test 26. Yara kasalliklarining etiologik sabablarini ko'rsating?1). Heliko bacteri pilori. 2). Meda va 12 barmoqli ichak shilliq qavati strukturasi o'zgarishi. 3). Tamaki chekish, spirtli ichimlik ichish. 4). Narkotik modda qabul qilish. 5) Ovqatlanish rejimini buzilishi. 1).-1-2; 2).-2-3;</p>	<p>Vaziyatli masala 20 - masala Bemor bir necha yildan buyon gastroenterologda dispanser nazoratida turadi va uning qorni pastki qismida biroz og'riq borligi, ichining ba'zan suyuq yoki ba'zan kabziyat bilan o'tishi bezovta qiladi. Najas miqdori kam-kam keladi va uning yuzasi shilimshiq modda bilan qoplangan najas ajralib chiqishi aniqlandi. Ba'zan tualet boradi najas yo'q (yo'lq'on chaqiriq) qaytib</p>
---	---

<p>3).-3-4; 4).-1-5; 70. Chuqur palpatsiya metodikasi o'zida saqlaydi a) 5 momentni b) 2 momentni v) 3 momentni g) 4 momentni</p>	<p>keladi va tenezm bor. Palpatsiyada qorinning pastki qismida og'riq bor. Bemorga taxminiy tashxis qo'ying. Palpator o'zgarishlarni aytib bering. Diagnozni tasdiqlash uchun qanday tekshiruvlar olib borilishi maqul.</p>
<p>Tushuncha tahlil: Surunkali enterit kasalligini izohlang ...</p>	<p>Amaliy ko'nikma: Taloqni paypaslash texnikasi</p>

AccecmehT 18

<p>TEST 27. Meda sekretor funksiyasini aniqlashda ... 1). Qusuq massasi tekshiriladi. 2). Bazol sekreti olinadi. 3). Nahorgi porsiya olinadi. 4). Meda yuvilganda suyuqlik tekshiriladi. 5). 3 chi va 4 chi javob to'g'ri. 1).-1-2; 2).2-3; 3).-4-5; 4).-3-5; 62. "Yo'g'li najas (axlat)" quyida ko'rsatilgan kasalliklarning qaysi biri uchun xos; a) Jigar sirroziga b) Surunkali pankreatitda v) Surunkali gastritga g) Surunkali gepatitga</p>	<p>Vaziyatli masala 21 – masala Bemor kechqurun kindik yuqorisida qorin o'rta chiziqidan o'ng tomonda ma'lum bir nuqtada kuchli og'riq borligidan uyq'onib turardi va biroz ovqatlangandan so'ng og'riqlar biroz sek inlashardi. Bu og'riqlar mavsumiy xarakterga ega. Oxirgi kunlarda og'riq bezovta qilmay qo'ydi. Lekin bemor holsizlanib, rangi oqarib bormoqda. Anamnez yig'ilganida rangi oqarib borishi va axlati qoramtir tus olganligi aniqlandi. Bemorni tashxislang va tekshirish rejasini tuzing. Rentgenologik qanday o'zgarish bo'lishi mumkin. Najasi tekshirilganda qanday o'zgarish ko'rishimiz mumkin.</p>
<p>Tushuncha tahlil: GERK kasalligini etiologik omillari ...</p>	<p>Amaliy ko'nikma: Jigarni paypaslash texnikasi</p>

AccecmehT 1

<p>TEST 1. Jigarning yuqori mutloq bo'g'iqlik chegarasini aniqlang? 1). Linea parasternalis dextra VI qovurg'aning yuqori qirasi. 2). Linea parasternalis dextra VII qovurg'a 3). Linea medioclavicularis VI qovurg'a. 4). Linea medioclavicularis VII qovurg'a. 5). Linea axilaris anterior dextra VII qovurg'a. 6). linea axilaris anterior dextra VI qovurg'a. 1).-1-3-5; 2).-1-3;2 3).-2-3;4 4).-2-4;6 56. "Kichik" jigar belgilari: a) palmar eritema, teleangioektaziya</p>	<p>Vaziyatli masala 32 – masala Bemor qabulga kelganda o'ng qovurg'a ostida kuchli xurujsimon og'riq borligiga va og'riqning o'ngga, yuqoriga hamda orqaga, pastki jag'ga va o'ng kurakka, elkaga, bo'yinga berilishiga shikoyat qildi. Anamnez yig'ilganda og'riq asosan yog'li ovqatlar istemol qilganda va transporda yurganda, vibratsiyada xuruj qilib kuchayadi. Duodenal zonlashda olingan suyuqlik tarkibida xolesterin kristallari borligi aniqlandi. Bu bemorda qanday tashxis qo'yasiz? Bemorni ko'zdan kechiring. Palpator o'zgarishlarini ayting.</p>
--	---

b) teleangioektaziya, palmar eritema, ginekomastiya, ksantomata v) ginekomastiya, ayollarsimon jun bosish g) palmar eritemasi, badanning qichishi	Qanday instrumental tekshiruvlar olib borilgani maqul va qanday o'zgarishlar ko'rish mumkin?
Tushuncha tahlil: Parenximatoz sariqlik haqida tushuncha	Amaliy ko'nikma: Jigarni Kurlov boyicha perkussiyasi

AccecmehT 2

<p>Test</p> <p>29. Jigarning pastki mutloq bo'g'iqlik chegarasini aniqlang? 1). Linea axilaris anterior dextra X qovurg'a. 2). Linea medioclovascularis o'ng qovurg'a yoyi pastida. 3). Linea axillaris anterior IX qovurg'a. 4). Linea parasternalis dextra o'ng qovurg'a yoyidan 2 sm pastda. 5). Linea parasternalis o'ng qovurg'a yoyida. 6). Linea mediana anterior 3-6 sm xanjarsimon o'simta uchidan yuqorida</p> <p>1). -1-2-4-6; 2). -1-3;5 3). -2-3;6 4). -2-4;5</p> <p>60. Tanada "tomir yulduzchalari" paydo bo'lishiga asosiy sabab bu...:</p> <p>a) Organizmda estrogenlar yig'ilishi va jigarda ular inaktivatsiyasining pasayishi b) Uglevod almashinuvining buzilishi v) Tomirlar o'tkazuvchanligining oshishi g) Jigarda retikulo-endotelial apparatning izdan chiqishi</p>	<p style="text-align: center;">Vaziyatli masala</p> <p>41 – masala</p> <p>Bemor 48 yoshda, jinsi erkak, shifokor qabuliga kelganda uzoq vaqtdan buyon o'ng qovurg'a ostida simillovchi og'riq borligiga va terisi hamda ko'rinib turgan shilliq qavatlarni sarg'ayishiga shikoyat qilib keldi. Bemorni ko'zdan kechirganda terisi yashil sariq rangdaligi aniqlandi. Bemor qonini tekshirganda bog'langan bilirubin ko'payganligi aniqlandi. Bemor peshobida o't pigmentlari topilib, najas rangi oqargan. Bu bemorda qanday tashxis qo'yasiz? Bemor shikoyatlarini aytib o'ting. Qanday instrumental tekshiruvlar olib borgan maqul va qanday o'zgarishlar ko'rish mumkin?</p>
Tushuncha tahlil: Gemolitik sariqlik haqida tushuncha....	Amaliy ko'nikma: Jigar perkussiyasi texnikasi

AccecmehT 3

<p>Test</p> <p>30. Jigarning vertikal (balandligi) razmerini aniqlang? 1). linea axilaris anterior dextra 10-12 sm. 2). linea axilaris anterior dextra 9-11 sm. 3). linea medioclovascularis dextra 9-11 sm. 4). linea medioclovascularis dextra 10-11 sm. 5). linea parasternalis dextra 8-11 sm. 6). linea parasternalis dextra 9-11 sm.</p> <p>1). -2-4; 2). -1-3; 3). -2-3; 4). -1-3-5;</p> <p>65 "Jigar kafti" bu - ...</p> <p>a) Kaftning sariq bo'yalishi</p>	<p style="text-align: center;">Vaziyatli masala</p> <p>40 – masala</p> <p>Bemor 22 yoshda, jinsi erkak, shifokor qabuliga kelganda 2-3 haftadan buyon holsiz, boshi aylanishiga, terisi va ko'rinib turgan shilliq qavatlarni sarg'ayishiga shikoyat qilib keldi. Bemorni ko'zdan kechirganda terisi zarg'aldoq (shafranovo) - sariq rangdaligi aniqlandi. Bemor qonini tekshirganda biroz erkin va bog'langan bilirubin ko'payganligi aniqlandi. Bu bemorda qanday tashxis qo'yasiz. Bemor shikoyatlarini aytib o'ting. Palpator o'zgarishlarini ayting.</p>
---	--

b) Kaft tenar soha giperemiyasi v) Kaftlarning simmetrik qizarishi g) Kaftlarning oqarishi	Qanday instrumental tekshiruvlar olib borgan maqul va qanday o'zgarishlar ko'rish mumkin? Bemor peshobida qanday o'zgarish bo'ladi va sababini ayting?
Tushuncha tahlil: Jigar osti sariqligi to'g'risida tushuncha....	Amaliy ko'nikma: O't qopini paypaslash texnikasi

AccecmehT 4

TEST 31. Jigarning yuqoriga siljish sababini ko'rsating? 1). Jigar tsirrozi va gepatitda 2). Diafragmaning pastga siljishi. 3). Jigar exinokokki va rakida. 4). Yurak yetishmovchiligida (o'ng qorincha). 5). Diafragmaning yuqori turishi. 1). -1-3; 2). -4-3; 3). -3-5; 4). -2-4; 66. "Kaput meduza" quyidagi sababga ko'ra yuzaga keladi: a) Portal gipertenziya natijasida b) Mezenximal-yallig'lanish natijasida v) Xolestaz natijasida g) Gepatotsellyular yetishmovchilik natijasida	Vaziyatli masala 39 – masala Bemor 36 yoshda, jinsi ayol, bir necha yildan buyon kasal, shifokor qabuliga kelganda terisi va ko'rinib turgan shilliq qavatlarini sarg'ayishiga shikoyat qilib keldi. Bemorni ko'zdan kechirganda terisi limon sariq rangdaligi aniqlandi. Bemorlarni paypaslab tekshirganda asosan jigarlari va taloqni kattalashganligini aniqlandi. Bemor qonini tekshirganda biroz erkin bilirubin ko'payganligi aniqlandi. Bu bemorda qanday tashxis qo'yasiz? Bemor shikoyatlarini aytib o'ting Qanday instrumental tekshiruvlar olib borgan maqul va qanday o'zgarishlar ko'rish mumkin? Bemor peshobida qanday o'zgarish bo'ladi va sababini ayting?
Tushuncha tahlil: Portal gipertenziya haqida tushuncha	Amaliy ko'nikma: Ortnerni simptomini aniqlash texnikasi

AccecmehT 5

TEST 32. Jigar hajmini kattalashishi va pastga siljishi sababini ko'rsating? 1). gepatit va tsirrozda. 2). diafragmaning yuqori turishi. 3). yurak yetishmovchiligida. 4). diafragmaning pastga turishi. 5). diafragma osti absseida 1). -1-3; 2). -1-5; 3). -2-3; 4). -2-4; 69. Sariqlik dastlab qayerda kuzatiladi: a) Sklerada b) Kaftda v) Tilda g) Terida	Vaziyatli masala 38 – masala Bemor 17 yoshda, jinsi erkak, o'zini bir haftadan buyon kasal deb hisoblaydi va kasallikni salat yegani bilan bog'laydi va shikoyati tana harorati oshishi, ichi suyuq o'tishi, holsizlik, qorinda dam bo'lishi, kuldirash, tenezm yo'lq'on poziv bezovta qilib turadi. Qorinning pastki qismida gijimlovchi og'riqlar bor. Bemor qonida leykotsitoz, EChT tezlashgan va najasini tekshirib ko'rganda najasi shilliq aralashgan va yiringli. Bu bemorda qanday tashxis qo'yasiz? Palpatorni o'zgarishlarini ayting.
---	---

	Qanday instrumental tekshiruvlar olib borgan maqul va qanday o'zgarishlar ko'rish mumkin?
Tushuncha tahlil: Jigar komasiga izoh bering....	Amaliy ko'nikma: Jigar palpatsiyasi texnikasi

AccecmehT 6

<p>Test</p> <p>33. Jigarning pastga siljish sababini ko'rsating? 1). Diafragmaning past turishi.2). Diafragma yuqori turishi.3). Eksudativ plevrit va pnevmatoroksd.4). Jigar exinokati va rakida.5). Yurak o'ng qorincha yetishmovchiligi.</p> <p>1). -2-4; 2).-1-3; 3).-2-3; 4). -1-3-5;</p> <p>72. Chuqur palpatsiya metodikasi o'zida saqlaydi</p> <p>a) 5 momentni b) 2 momentni v) 3 momentni g) 4 momentni</p>	<p>Vaziyatli masala</p> <p>37 - masala</p> <p>Bemor 47 yoshda, jinsi ayol, o'zini ko'p yillardan buyon kasal deb biladi, jigar portal tsirrozi bilan nazoratda turadi. Shikoyati qorinning pastki qismida og'riq borligi va anal teshik sohasida og'riq, holsizlik, og'riq ba'zan bel sohasiga berilishi, najas oxirida qon tomchilari kelishi bezovta qilib turadi. Bemor najasini tekshirib ko'rganda o'zgarmagan qon tomchilari borligi aniqlandi.</p> <p>Bu bemorda qanday tashxis qo'yasiz? Palpator o'zgarishlarini ayting.</p> <p>Qanday instrumental tekshiruvlar olib borgan maqul va qanday o'zgarishlar ko'rish mumkin?</p>
Tushuncha tahlil: Jigar yetishmovchiligi haqida tushuncha....	Amaliy ko'nikma: O't qopini palpatsiyasi texnikasi

AccecmehT 7

<p>Test</p> <p>34. Jigar tsirrozi etiologik omillarini ko'rsating?1). virusli infeksiya.2). chang, bakterial infeksiya.3). alkogol, xolestaz.4). virus, bakteriallar, alkogol, toksin.5). toksikantlar, ovqatda vitamin va oqsil yetishmovchilik.</p> <p>1).- 2-3; 2).-1-3; 3).- 1-3-5; 4).-2-4;</p> <p>64. "Yolg'on sariklikda" bo'yalmaydi</p> <p>a) Teri b) Tovon v) Sklera g) Kaft</p>	<p>Vaziyatli masala</p> <p>32 – masala</p> <p>Bemor qabulga kelganda o'ng qovurg'a ostida kuchli xurujsimon og'riq borligiga va og'riqning o'ngga, yuqoriga hamda orqaga, pastki jag'ga va o'ng kurakka, elkaga, bo'yinga berilishiga shikoyat qildi. Anamnez yig'ilganda og'riq asosan yog'li ovqatlar istemol qilganda va transportda yurganda, vibratsiyada xuruj qilib kuchayadi. Duodenal zonlashda olingan suyuqlik tarkibida xolesterin kristallari borligi aniqlandi.</p> <p>Bu bemorda qanday tashxis qo'yasiz. Bemorni ko'zdan kechiring. Palpator o'zgarishlarini ayting.</p> <p>Qanday instrumental tekshiruvlar olib borgan maqul va qanday o'zgarishlar ko'rish mumkin.</p>
Tushuncha tahlil:	Amaliy ko'nikma:

O'tkir gepatitga izoh bering....	Vasilenko simptomini aniqlang
---	--------------------------------------

Acceмент 8

<p>TEST</p> <p>35. Toksik jigar tsirrozigan olib kelish sabablarni ko'rsating? 1). to'rt xlorli uglerod. 2). alkogol va bakterial toksiklar. 3). viruslar va geliotrop urug'i. 4). geliotrop urug'i. 5). fosfor birikmalari, mishyak.</p> <p>1). - 1-3; 2). - 1-4-5; 3). - 2-3; 4). - 2-4;</p> <p>63. "Yolg'on sariqlik" teri sarg'ayishi bilan boradimi?</p> <p>a) Yo'q b) Ha v) Ba'zan g) Hamma vaqt</p>	<p style="text-align: center;">Vaziyatli masala</p> <p style="text-align: center;">31-masala</p> <p>Bemor 47 yoshda, jinsi erkak, uzoq yillardan buyon dis panser nazoratida turadi. Bemor kasalxonaga kelganda oq'iz achishi, o'ng qovurg'a ostida og'riq borligiga va og'riqning o'ng elka sohasiga, bo'yinga va kurakka berilishiga shikoyat qilib keldi va ob'ektiv palpatsiyada o'ng qovurg'a ostida og'riq va Ortner simptomi musbatligi hamda instrumental tekshiruvlar olib borilib surunkali xoletsistit deb tashxis qo'yildi. Bemorda qanday palpator va perkutor o'zgarishlar bo'lishi mumkin? Bemorga qanday instrumental tekshiruvlar olib boriladi va qanday o'zgarishlar bo'lishi mumkin? Duodenal zondlashda qanday o'zgarishlar ko'rishimiz mumkin?</p>
<p>Tushuncha tahlil: Jigar tsirroziga tushuncha bering....</p>	<p>Amaliy ko'nikma: Zaxarin simptomini aniqlash texnikasi</p>

Acceмент 9

<p>TEST</p> <p>37. Biliar tsirroz sababini aniqlang? 1). Virus, toksik moddalar. 2). Fosfor birikmalari. 3). Jigar ichi o't yo'llarini yopilishi. 4). Umumiy o't yo'llari yopilishi. 5). Aminazin, antibiotiklar.</p> <p>1). - 2-4; 2). - 1-3; 3). - 2-3; 4). - 3-4;</p> <p>71. Katta jigar belgilariga kiradi</p> <p>a) Palmar eritema, teleangioektaziya b) Teleangioektaziya, palmar eritema, ginekomastiya, ksantoma v) Ginekomastiya, ayollarsimon jun bosish g) Sariqlik va gepatomegaliya, portal gipertenziya</p>	<p style="text-align: center;">Vaziyatli masala</p> <p style="text-align: center;">30-masala</p> <p>Bemor 35 yoshda, jinsi erkak, bemor shifokor qabuliga olib kelinganda birdaniga o'ng qovurg'a ostida og'riq paydo bo'lganligiga va og'riqning butun qorinning yuqori qismiga, o'ng qovurg'a ostiga berilishiga, oq'iz achishiga, ko'ngil aynishi, qusishga shikoyat qilib keldi. Bemor harakat qilganda, chuqur nafas olganda og'riq kuchayadi. Bemor majburiy holat egallab o'ng biqinda yotibdi. Bemorni laborator va instrumental tekshiruvlar olib borilib bu bemorga o'tkir xoletsistit deb tashxis qo'yildi. Bu bemorga qanday palpator o'zgarishlar bo'lishini aytib bering? Bu kasallik uchun xos avtorlar bo'yicha qanday simptomlarni bilasiz? Bemor qonida qanday o'zgarishlar bo'lishini aytib bering? Shifokorning davo taktikasi qanday?</p>
<p>Tushuncha tahlil:</p>	<p>Amaliy ko'nikma:</p>

O'tkir xoletsistit haqida tushuncha.....	Myussi-Georgiev simptomini aniqlash texnikasi
---	--

AccecmehT 10

<p>Test</p> <p>36. Toksiko – allergik tsirrozga olib keluvchi omillarni ko'rsating? 1). Viruslar bakteriyalar ta'sirida. 2). Aminazin va xloroformga allergik reaksiya. 3). Antibiotiklarga allergiya. 4). Fosfor va mishyak birikmasi. 5). Alkogol va xolestaz.</p> <p>1).-2-3; 2).-1-3; 3).-2-5; 4).-2-4;</p> <p>62. "Yo'g'li najas (axlat)" quyida ko'rsatilgan kasalliklarning qaysi biri uchun xos;</p> <p>a) Jigar sirroziga b) Surunkali pankreatitda v) Surunkali gastritga g) Surunkali gepatitga</p>	<p>Vaziyatli masala</p> <p>37 - masala</p> <p>Bemor 47 yoshda, jinsi ayol, o'zini ko'p yillardan buyon kasal deb biladi, jigar portal tsirrozi bilan nazoratda turadi. Shikoyati qorinning pastki qismida og'riq borligi va anal teshik sohasida og'riq, holsizlik, og'riq ba'zan bel sohasiga berilishi najas oxirida qon tomchilari kelishi bezovta qilib turadi. Bemor najasini tekshirib ko'rganda o'zgarmagan qon tomchilari borligi aniqlandi. Bu bemorda qanday tashxis qo'yasiz? Palpator o'zgarishlarini ayting. Qanday instrumental tekshiruvlar olib borgan maqul va qanday o'zgarishlar ko'rish mumkin?</p>
<p>Tushuncha tahlil: Posnekrotik tsirrozga tushuncha bering....</p>	<p>Amaliy ko'nikma: Obraztsov-Merfi simptomini aniqlash texnikasi</p>

AccecmehT 11

<p>Test</p> <p>38. Portal jigar tsirrozi kelib chiqadi? 1). Alkogol ta'sirida. 2). Botkin kasalligidan keyin. 3). Alimentar yetishmovchilikdan (oqsil, vitamin). 4). Toksikantlar ta'siri natijasida. 5). Bakteriyalar va gelmentoqlar ta'sirida.</p> <p>1).-1-3; 2).-1-3-4; 3).-2-3; 4).-2-4;</p> <p>71. Katta jigar belgilariga kiradi</p> <p>a) Palmar eritema, teleangioektaziya b) Teleangioektaziya, palmar eritema, ginekomastiya, ksantoma v) Ginekomastiya, ayollarsimon jun bosish g) Sariqlik va gepatomegaliya, portal gipertenziya</p>	<p>Vaziyatli masala</p> <p>29- masala</p> <p>Bemor 31 yoshda, jinsi erkak, shifokor qabuliga kelganda bemor shikoyatlari bosh og'riqi, holsizlik, ko'ngil aynishi, o'ng qovurg'a ostida noxush holat borligi bezovta qiladi. Bemordan anamnez yig'ilganda bemor 4 oy oldin operatsiya bo'lgan va shu vaqtda bu bemorga qon va qon zardobi quyilganligi aniqlandi. Shundan so'ng shifokor tomonidan bemor ko'zdan kechirilganda terisi va shilliq qavatlar sariq rangdaligi, najasi oqimtirligi aniqlandi. Bu bemorga taxminiy tashxis qo'ying. Bu bemorga laborator tekshiruvlar olib borilganda qanday o'zgarishlar kutish mumkin. Bu bemor uchun palpator va perkutor o'zgarishlarini aytib bering. Bemorga tavsiya etiladigan parhez stoli.</p>
<p>Tushuncha tahlil: Billiar tsirrozga tushuncha bering....</p>	<p>Amaliy ko'nikma: Frenikus simptomini aniqlash texnikasi</p>

AccecmehT 12

<p>Test 39. Posnekrotik tsirrozga olib keluvchi sabablarga kiradi? 1). Toksik moddalar ta'sirida. 2). Virusli gepatitlar B,C. 3). Alimantar oqsil yetishmovchiligi. 4). O't suyuqligining dimlanishi. 5). O't tosh kasalligi.</p> <p>1).-1-2,3; 2).-1-3; 3).-2-3; 4).-2-4;</p> <p>56. "Kichik" jigar belgilari:</p> <p>a) Palmar eritema, teleangioektaziya b) Teleangioektaziya, palmar eritema, ginekomastiya, ksantoma v) Ginekomastiya, ayollarsimon jun bosish g) Palmar eritemasi, badanning qichishi</p>	<p style="text-align: center;">Vaziyatli masala</p> <p>28-masala Bemor 31 yoshda, jinsi ayol, shifokor qabuliga kelgandagi shikoyati holsizlik, ishtahaning yo'qligi, o'ng qovurg'a ostida noxush holat va biroz shu yerda og'riq borligiga shikoyat qildi. Bemorni ko'zdan kechirganda terisi va shilliq qavatlar sariq tus olgan va axlat rangi (axilik) oqargan. Bemorning qoni tekshirilganida bilirubin miqdori bog'langan va bog'lanmagan fraktsiyalari hisobiga oshgan. Bemorga taxminiy diagnoz qo'ying. Palpator va perkutor tekshiruvlardagi o'zgarishlarni aytib bering. Qonning bioximik tahlillarida qanday o'zgarishlar bo'lishi mumkin. Bemor peshobidagi o'zgarishlarini ayting. Qanday instrumental tekshiruvlar olib borish maqul.</p>
<p style="text-align: center;">Tushuncha tahlil:</p> <p>Gemolitik sariqlik haqida tushuncha....</p>	<p style="text-align: center;">Amaliy ko'nikma:</p> <p>Qorinni chuqur palpatsiyasi texnikasi</p>

AccecmehT 13

<p>Test 40. Portal tsirrozda ko'pincha qon oqishi kuzatiladi? 1). teri osti qon quyilishi. 2). milkdan qon ketishi. 3). burundan qon ketishi. 4). qizilo'ngachdan qon ketishi. 5). meda (oshqozon) dan qon ketishi.</p> <p>1). -2-4; 2).-1-3; 3).-2-3; 4). -4-5;</p> <p>65 "Jigar kafti" bu - ...</p> <p>a) Kaftning sariq bo'yalishi b) Kaft tenar soha giperemiyasi v) Kaftlarning simmetrik qizarishi g) Kaftlarning oqarishi</p>	<p style="text-align: center;">Vaziyatli masala</p> <p>27 – masala Bemor 54 yoshda, jinsi erkak, shifokor qabuliga kelganda terisi va shilliq qavatlarining birdaniga yashil sariq ranga tovlanib qolganligiga, terisining asosan kechqurun qichishiga, yuragining sekin urishiga, bosh og'rishi, uyqusizlik, tez charchash, holsizlikka shikoyat qildi. Qon tahlilida bilirubin miqdori oshgan asosan bog'langan bilirubin hisobiga. Bemorda sariqlikning qaysi turi. Qanday instrumental tekshiruvlar olib borilishi maqul. Bemorlar qoni, najasidagi va peshobidagi o'zgarishlarni aytib bering.</p>
<p style="text-align: center;">Tushuncha tahlil:</p> <p>Surunkali xolestatik gepatitga tushuncha bering....</p>	<p style="text-align: center;">Amaliy ko'nikma:</p> <p>Jigarni Kurlov boyicha perkussiyasi</p>

AccecmehT 14

<p>Test 41. Biliar va postnekrotik tsirrozda ko'pincha qon ketish kuzatiladi? 1).</p>	<p style="text-align: center;">Vaziyatli masala</p> <p>26 – masala Bemor 28 yoshda, jinsi ayol, kasalxonaga tez</p>
--	---

<p>qizilo'ngachdan, burundan.2). teri osti qon quyilishi, medadan.3). burundan, milkdan.4). teri osti qon quyilishlari, milkdan.5). oshqozondan, teri ostida, burundan.</p> <p>1). -2-3; 2). -1-3; 3). -3-4; 4). -2-4;</p> <p>66. "Kaput meduza" quyidagi sababga ko'ra yuzaga keladi:</p> <p>a) Portal gipertenziya natijasida b) Mezenximal-yallig'lanish natijasida v) Xolestaz natijasida g) Gepatotsellyular yetishmovchilik natijasida</p>	<p>yordam mashinasida olib kelindi. Shikoyatlari holsizlik, bosh aylanishi, yurak urishi bezovta qiladi. Ko'zdan kechirilganda terisi va shilliq qavatlar limon sarg'ish rangda. Palpatsiyada biroz jigari va ko'proq talog'i kattalashganligi aniqlandi. Qon tahlilida umumiy bilirubin 31,3 mmol/l, asosan erkin bilirubin hisobiga oshgan, peshobda sterkobilin miqdori oshgan va qisman urobilinogen aniqlandi.</p> <p>Sariqlikni qaysi turiga mansub. Etiologik omillarini aytib bering. Qanday instrumental tekshiruvlar olib borish maqul.</p>
<p>Tushuncha tahlil: Portal jigar tsirroziga tushunsha bering...</p>	<p>Amaliy ko'nikma: Jigarni palpatsiyasi texnikasi</p>

AccecmehT 15

<p>Test</p> <p>43.Biliar tsirroz uchun xarakterli?1). teri rangining oqarib ketishi.2). teri rangining sarg'ayib ketishi. 3). teri rangi o'zgarmaydi. 4). teri rangi ko'kimtir.5). terida melanin to'planib, pigmentatsiya kuzatilishi.</p> <p>1).-2-5; 2).-1-3; 3).-2-3; 4).-2-4;</p> <p>70. Chuqur palpatsiya metodikasi o'zida saqlaydi</p> <p>a) 5 momentni b) 2 momentni v) 3 momentni g) 4 momentni</p>	<p>Vaziyatli masala</p> <p>25-masala</p> <p>Bemor 49 yoshda, jinsi erkak, kasalxonada kelganda o'zini ko'p yillardan buyon kasal ekanligini va ba'zan – ba'zan spirtli ichimliklar istemol qilishini aytdi. Bemor sub'ektiv o'ng qovurg'a ostida og'riq bor, ob'ektiv teri rangi sarg'ish, meduza boshi simptomi va terisida tomir yulduzchalar mavjudligi, laborator biroz umumiy bilirubin va AsAT miqdori oshgan va instrumental tekshirilib jigarni kattalashgani va qattiqlashganligi aniqlandi.</p> <p>Bemorga taxminiy tashxis qo'ying. Bemorni ko'zdan kechirganda qanday o'zgarishlarni ko'ramiz? Bemorda qanday palpator o'zgarishlar ko'ramiz? Bemorga qanday instrumental va laborator tekshiruvlar olib boriladi va qanday o'zgarishlar bo'lishi mumkin? Bu kasallik uchun qaysi parhez stoli tavsiya etiladi?</p>
<p>Tushuncha tahlil: Jigar tsirroziga tariff bering....</p>	<p>Amaliy ko'nikma: O't qopini palpatsiyasi texnikasi</p>

AccecmehT 16

<p>Test</p> <p>42.Portal tsirrozi uchun xarakterli?1). qonda bog'langan bilirubin miqdori oshishi.2). qonda bog'lanmagan</p>	<p>Vaziyatli masala</p> <p>24-masala</p> <p>Bemor 45 yoshda, jinsi erkak, teri osti yog' qatlami sust rivojlangan. Shifokor qabuliga</p>
--	---

<p>bilirubin miqdorini oshishi.3). o't kislotalarning ichakka tushmasligi.4). o't suyuqligini o't yo'llarida dimlanishi.5). axlatning oqarishi.</p> <p>1).-1-3; 2).-1-2; 3).-2-3; 4).-2-4;</p> <p>63. "Yolg'on sariqlik" teri sarg'ayishi bilan boradimi?</p> <p>a) Yo'q b) Ha v) Ba'zan g) Hamma vaqt</p>	<p>kelganda ko'zdan kechirildi, terisi va shilliq qavatlar rangi sariq, terisida tomir yulduzchalar, saput meduza va qorin devori venalari kengayganligi aniqlandi, Bemorni palpatsiya qilib ko'rganda jigari qattiqlashgan, yuzasi g'adir-budir, notekisligi seziladi. Kurlov bo'yicha perkussiya qilinganida L. Medioclavicularis bo'yicha razmeri 13 smni tashkil qiladi.</p> <p>Bemorga taxminiy tashxis qo'ying. Kasallikning etiologik omillarini aytib bering. Bemorda qanday laborator tekshiruvlar olib boriladi va qanday o'zgarishlar bo'ladi?</p>
<p>Tushuncha tahlil: Surunkali gepatitga tarif bering....</p>	<p>Amaliy ko'nikma: Jigarni perkussiyasi texnikasi</p>

AccecmehT 17

<p>Test</p> <p>44.Sirroz bilan kasallangan bemorlarni ko'zdan kechirganda ko'ramiz? 1). Labini qizarishi,tilini qizarib yaltirashi.2). Baraban tayoqchasimon barmoq.3). Meduza boshi (caput meduze).4). Qorin devori venalarini kengayishi.5). Tomir yulduzchalar qornida.</p> <p>1).-3-4-5; 2).-1-3;2 3).-2-3;5 4).1-2-4;</p> <p>64. "Yolg'on sariqlikda" bo'yalmaydi</p> <p>a) Teri b) Tovon v) Sklera g) Kaft</p>	<p>Vaziyatli masala</p> <p>23 masala</p> <p>Bemor 74 yoshda, jinsi erkak, kasalxonada kelganda ko'p yillardan buyon kasal ekanligi aniqlandi va ko'zdan kechirilganda lablari to'q qizil rangda, tili malina rangida, terisida qon quyilishlar, teleangioektaziya, qorin yuzasida meduza boshi borligi, va ginekomastiya borligi aniqlandi. Bemor ko'p miqdorda spirtli ichimliklarni istemol qilinishi va ertablari tish yuvganda milklaridan qon ketib turishi, ba'zan burundan qon ketishi aniqlandi. Bemor paypaslanganda jigari kattalashgan. Perkussiyada jigarning pastki chegarasi L. medioclavicularis bo'yicha qovurg'a yoyidan pastga joylashgan.</p> <p>Bemorga taxminiy tashxis qo'ying. Bemorning qoni tekshirilganda qanday o'zgarishlar ko'rish mumkin? Bu bemorda qanday instrumental tekshiruv olib boriladi va unda qanday o'zgarish bo'lishi mumkin?</p>
<p>Tushuncha tahlil: Dispeptik sindromga xos belgilarni ayting</p>	<p>Amaliy ko'nikma: Jigarni Kurlov boyicha perkussiyasi</p>

AccecmehT 18

<p>Test</p> <p>45. Tsirroz bilan kasallangan bemorlarni qonidagi o'zgarishlar? 1). Anemiya, trompotsitopeniya.2). Anemiya, trombotsitoz.3). Leykopeniya,</p>	<p>Vaziyatli masala</p> <p>22 masala</p> <p>Bemor 65 yoshli. Jinsi erkak. So'rab surishtirganda spirtli ichimliklar istemol qilishini takidladi. Bemor kasalxonada kelganda burnidan va</p>
--	--

<p>trombotsitoz.4). Leykopeniya, Trombotsitopeniya.5). Leykotsitoz, trombotsitoz, eritrotsitoz.</p> <p>1). -2-4; 2).-1-3; 3).-2-3; 4). -1-4;</p> <p>65 “Jigar kafti” bu - ...</p> <p>a) Kaftning sariq bo’yalishi b) Kaft tenar soha giperemiyasi v) Kaftlarning simmetrik qizarishi g) Kaftlarning oqarishi</p>	<p>milklaridan tez-tez qon ketishi hamda gemoroidal venalaridan qon ketib turishiga shikoyat qilib keldi. Bemorda sub'ektiv bir necha marta gepatit kasalligi bilan kasallangan, ob'ektiv teri qoplamlari biroz sarg'ish, qorni hajmi kattalashgan, qorin devori venalari kengaygan, meduza boshi simptomi musbat, ko'krak sohasida tomir yulduzchalar mavjud. Bemorga taxminiy tashxis qo'ying. Bemorda o'tkaziladigan ob'ektiv tekshiruvlar va ularda qanday o'zgarishlar ko'ramiz? Bemorga qanday instrumental tekshiruvlar olib boriladi Bemorda qonida bo'ladigan o'zgarishlarni aytib bering (umumiy qon taxlili va bioximik).</p>
<p>Tushuncha tahlil: Gemorragik sindromga xos belgiarni ayting....</p>	<p>Amaliy ko'nikma: O't qopini palpatsiyasi texnikasi</p>

Assesment 1

<p>Test</p> <p>4. Jig'ildon qaynashi sababini ko'rsating (izjoga)? 1). Meda shirasini qizilo'ngach pastki qismiga tashlanishi; 2). Reflyukus ezofagitda; 3). Qusishda, qayd qilishda; 4). Qizilo'ngachdan qon ketganda, reflyukus ezofagitda; 5). Reflyukus ezofagitda, qusishda, qayd qilganda</p> <p>1).-1-2; 2).-1-3; 3).-2-3; 4).-2-4;</p> <p>7. Kekirish sababini ko'rsating? 1). Meda muskullarini qisqarishi; 2). Havo va ovqat luqmasini og'izga qaytishi; 3). Og'izga medadan havo kelishi; 4). Medadan og'izga ovqat luqmasi kelishi; 5). Kardial teshikni ochiq qolishi;</p> <p>1). -2-4; 2).-1-3; 3).-2-3; 4). -1-5;</p>	<p>Vaziyatli masala</p> <p>42 masala</p> <p>Bemor 47 yoshda, jinsi erkak, 27 yildan buyon dispanser nazoratida turadi, shifokor qabuliga kelganda nafas siqilishi, yo'tal, holsizlikka, hansirashga shikoyat qilib keldi va anamnez yig'ilganida tez tez zarda qaynashi bezovta qilib turgani aniqlandi. Bemorni perkussiya qilganda quticha tovush eshitildi. Bemorga qanday taxminiy diagnoz qo'yish mumkin? Tekshiruv rejasini qanday bo'lishi ma'qul? Davo taktikangiz qanday?</p>
<p>Tushuncha tahlil: Barret qizilo'ngachi haqida tushuncha</p>	<p>Amaliy ko'nikma: Kapsulali endoskopiya (Bravo kapsulasi) o'tkazish texnikasi</p>

Assesment 2

<p>Test</p> <p>8. Disfagiya sababini ko'rsating?; 1).</p>	<p>Vaziyatli masala</p> <p>37 masala</p>
---	--

<p>Qizilo'ngachning chapga yoki o'nga siljishi; 2). Qizilo'ngachni funktsional torayishi; 3). Qizilo'ngachning kengayishi; 4). Qizilo'ngachni organik o'zgarishlar tufayli torayishi; 5). Qizilo'ngachning mushaklari atrofiyasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1).-1-2; 2).-1-3; 3).-2-3; 4).-2-4; <p>GERK rivojlanishi I. ezofageal va II. ekstraefageal omillarini tartib bilan joylashtiring... 1. Qizilo'ngachning kuyisi; 2. Duodenal gipertenziya; 3. Qizilo'ngachning pastki sfinkteri tonusining susayishi; 4. Meda shirasining qizilo'ngachga otilishi; 5. Qorin ichi bosimining ortishi; 6. Qizilo'ngach peristaltikasini sekinlashishi; 7. Duodenostaz;</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) I-1;5;6; va II-3;4;5;7; 2) I-2;4;6; va II-1;3;5;7; 3) I-1;3;6; va II-2;4;5;7; 4) I-1;2;6; va II-1;3;4;7; 	<p>Bemor 40 yoshda, jinsi erkak, uzoq yillardan berin o'zini kasal deb biladi. Kasalxonaga shifokor qabuliga kelganda ko'ngil aynishi, jig'ildon qaynishi, ko'krak qafasida achishish, kuyish, yo'tal, hansirashga shikoyat qildi. Palpatsiyada ovoz drillashlari ikkala o'pkada bir xil va perkussiyada o'pka tovushi eshitiladi. Bemorni auskultatsiya qilinganda ko'krak qafasini ikkala tomonida ham quruq xryllashlar eshitildi. Bu bemorda taxminiy diagnoz qo'ying? Tekshiruv rejasini qanday bo'lishi ma'qul? Davo taktikangiz qanday?</p>
<p>Tushuncha tahlil: GERKning atipik shakllari haqida tushuncha</p>	<p>Amaliy ko'nikma: Qizilo'ngachni rentgenologik tekshirish texnikasi</p>

Assesment 3

<p>Test</p> <p>25. Gastrofibroskopik tekshiruvda aniqlanadi? 1). Meda va 12 barmoqli ichak yarasi. 2). Meda va ingichka ichak yaralar. 3). 12 barmoqli ichak va sigmasimon ichak yaralar. 4). Meda va 12 barmoqli ichak yallig'lanishi o'smasi, poliplari. 5). Yo'g'on ichaklar va ingichka ichaklar yarasi, o'smasi.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1). 2-3; 2). 1-4; 3). 3-4; 4). 4-5; <p>GERK rivojlanishi ezofageal omili hisoblanadi... 1. Qizilo'ngachning kuyisi; 2. Qizilo'ngachning pastki sfinkteri tonusining susayishi; 3. Meda shirasining qizilo'ngachga otilishi; 4. Qorin ichi bosimining ortishi; 5. Qizilo'ngach peristaltikasini sekinlashishi; 6. Duodenostaz;</p> <ol style="list-style-type: none"> 1). 2-3 2). 1-4 3). 2-5 	<p>Vaziyatli masala</p> <p>38 masala</p> <p>Bemor S. 52 yoshda, jinsi erkak, o'zini 30 yildan buyon kasal deb hisoblaydi. Shifokor qabuliga kelganda hansirash, nafas siqilishi, nafas yetishmovchiligi, zarda qaynashi, ko'ngil aynishiga shikoyat qilib keldi va bemorni ob'ektiv tekshirganda ko'krak qafasi bochkasimon, laborotor tekshirilib leykotsitoz borligi, eozinofilyoz, EChT oshganligi aniqlandi. Bronxofoniya susaygan. Rentgenografiyada o'pka rasmi kuchaygan, o'zaklari kengaygan, o'pka maydoni yorug'.</p> <p>Bemordagi obektiv o'zgarishlarni ayting?</p> <p>Bemordagi auskultativ o'zgarishlar</p>
---	---

4). 3-6	qanday? Instrumental va funktsional tekshirganda qanday o'zgarish ko'ramiz?
Tushuncha tahlil: Refluks ezofagit haqida tushuncha bering	Amaliy ko'nikma: Qizilo'ngachni endoskopik tekshirish texnikasi

Assesment 4

<p>Test</p> <p>GERK rivojlanishi ekstraefozageal omili hisoblanadi... 1. Qizilo'ngachning kuyisi; 2. Duodenal gipertenziya; 3. Qizilo'ngachning pastki sfinkteri tonusining susayishi; 4. Meda shirasining qizilo'ngachga otilishi; 5. Qorin ichi bosimining ortishi; 6. Qizilo'ngach peristaltikasini sekinlashishi; 7. Duodenostaz;</p> <p>1). 2-4-5-7 2). 1-4-6-7 3). 2-3-5-7 4). 3-4-6-7</p> <p>9. Disfagiya bu ... 1). Meda shirasini og'izga chiqishi; 2). Qizilo'ngach kuyishidan keyin kelib chiqadi; 3). Qizilo'ngachdan ovqat o'tishining buzilishi; 4). Yegan ovqat mahsulotini qayt qilishi; 5). Ko'krak sohasida ovqat o'tish paytida og'riq hosil bo'lishi</p> <p>1).-1-2; 2).-1-3; 3).-2-3; 4).-2-4;</p>	<p>Vaziyatli masala</p> <p>Masala</p> <p>Bemor 42 yoshda, shifokor qabuliga kelganda quyidagi muammolar aniqlandi. Bemorni nafas siqilishi (bo'g'ilish), yo'tal va yo'talganda qiyinchilik bilan balg'am ajralishi nafas yetishmovchiligi bezovta qilishini aniqlandi. Bemordan anamhez yigilganida bemor ovqatlanganda to'yib, ko'p miqdorda ovqat istemol qilib turishi aniqlandi, bo'g'ilish asosan kechqurun bezovta qilishi va doimo zarda qaynab turishi bilan to'sh ortidagi og'riqlar 10-15 yillardan buyon bezovta qilib turishini takidladi.</p> <p>Bemorga taxminiy tashxis qo'yinng? Diagnoz aniqlanishi uchun qanday tekshiruvlar zarur Ushbu bemorda instrumental tekshiruvlar qanday malumot beradi? Kasallik qanday asorot qoldirishi mumkin?</p>
Tushuncha tahlil:	Amaliy ko'nikma:

GERK ni Savari – Miller bo'yicha klassifikatsiyasi	Qizilo'ngachni endoskopik tekshirish texnikasi
--	--

Nazorat savollari va topshiriqlar.

Test savollarini yeching;

Gepatobiliar kasalliklar bilan kasallangan bemorlarni sub'ektiv va ob'ektiv tekshirish

Gepatobiliar kasalliklar bilan kasallangan bemorlarni laborator tekshirish. Gepatobiliar kasalliklar bilan kasallangan bemorlarni instrumental tekshirish. Surunkali persistirlovchi gepatitlar to'g'risida malumot bering.

Surunkali faol gepatitlar to'g'risida malumot bering.

Jigarning portal, biliar, posnekrotik tsirrozi to'g'risida malumot bering.

Surunkali xoletsistit haqida malumot bering.

Surunkali pankreatit haqida malumot bering.

Jigar usti sariqligi to'g'risida malumot bering.

Parenximatoz sariqlik to'g'risida malumot bering.

Jigar osti (mexanik) sariqlik to'g'risida malumot bering.

Portal gipertenziya to'g'risida malumot bering.

Mustaqil ish topshiriqlari.

Gepatobiliar kasalliklarida qonda bilirubin miqdorini aniqlash texnikasini o'rganish.

Gepatobiliar kasalliklarida siydikda o't kislotalarini aniqlash texnikasini bilish.

Gepatobiliar kasalliklarida qonda biokimyoviy analizlarni aniqlash texnikasini bilish.

Jigar kasalligi bilan kasallangan bemorlarni ultratovush tekshiruviga tayorlash va o'tkazishni o'rganish.

Jigarni paypaslash, perkussiyasi texnikasini o'rganish.

Jigar tsirrozi to'g'risida malumotga ega bo'lish.

Portal gipertenziya to'g'risida malumotga ega bo'lish.

Sariqliklar to'g'risida malumotga ega bo'lish.

IV BOB Siydik ajratish tizimi kasalliklari

Mavzuning maqsadi: Siydik ajratish tizimi kasalliklari bilan kasallangan bemorlarni tekshirish usullari. Bemorlarni so'rab-surishtirish, ko'zdan kechirish. Buyrak palpatsiyasi va perkussiyasi to'g'risida tushuncha berish.

Tayanch atamalar: gematuriya, proteinuriya, leykotsituriya, tsilindruriya, poliuriya, nikturiya, oligouriya, anuriya, pollakiuriya, glukozuriya, pielonefrit, glomerulonefrit, nefrotik sindrom, siydik yig'ish texnikalari.

Mavzu bayoni

Buyrak juft parenximatoz organ bo'lib, umurtqa pog'onasining ikki tomonida XI ko'krak va III bel umurtqalari sohasida joylashgan. Buyrak kasalliklarini keltirib chiqaruvchi omillar ekzogen hamda endogen omillarga bo'linadi. Ekzogen infeksiya retrograd yo'l orqali siydik yo'llaridan buyrakka tushadi, bundan tashqari virusli gepatit B va S, dori darmon yoki vaktsinatsiyadan so'ngi allergik reaksiyalar, homiladorlik gestoizidan keyingi shikastlanishi, bazi bir dorilarning (gentamitsin) nefrotoksik tasiri, toksik moddalar tasiri (jumladan ilon, qoraqurt va boshqa zaharli hasharotlar chaqishi) kiradi. Infeksiya gematogen yo'l orqali boshqa infeksiya o'choqlaridan ham buyrakka tushib alteratsiya jarayonlarini rivojlanishiga olib kelishi mumkin. Endogen sabablarga buyrak toshlari, gipertoniya, qandli diabet, tizimli kasalliklar, buyrak tomirlari trombozi kabi patologik jarayonlar hamda qon aylanishini buzilishi muhim rol o'ynaydi.

Bemorlarni so'rab-surishtirish (interrogatio). Siydik ajratish tizimi kasalliklari bilan kasallangan bemorlar buyraklar sohasida og'riq, tez-tez siyish, siyganda kuchli achishish yoki og'riqli siyish, siydik rangining o'zgarishi, tanada shishlarning paydo bo'lishidan noliydilar. Qo'shimcha shikoyatlari umumiy holsizlik, tez charchash, ishlash qobilyatining pasayishi va shunga o'xshash boshqa simptomlar aniqlanadi. Ushbu simptomlar ko'p hollarda shifokorni chalg'itib qo'yadi. Buyrak xastaliklarida buyrak kapsulasining kengayishi (o'tkir glomerulonefritda) – buyrak kosachasi (o'tkir va surunkali piyelonefrit) – siydik yo'lining yopilishi buyrakning joylashuvida har xil egilib qolish anamaliyalarida, buyrak to'qimalari ishemiyasi (buyrak infarkti) kasalliklari kuzatiladi.

Og'riq lokalizatsiyasiga ko'proq e'tibor beriladi. Ko'p hollarda og'riq bel sohasida bo'lib, bazan bir tomonlama ko'pincha pielonefrit uchun hamda buyrak toshi, paranefrit uchun xarakterli va ikki tomonlama (glomerulonefritda) og'riqlar kuzatiladi. Bunda aytib o'tish lozimki nefrologik amaliyotda bemorda surunkali glomerulonefritda qattiq og'riqlar kuzatilmaydi yoki og'riqsiz kechadi. Buyrakning og'rihi asosan buyrak kapsulasi cho'zilishi natijasida yuzaga keladi.

Buyrakning kuchli siqilishlari oqibatida kelib chiqqan og'riq ko'pincha bel va qorin sohasida tarqaladi. Shamollash natijasida og'riq siydik chiqarish kanaligacha tarqaladi. Asosiy og'riq belgilari kasallik xarakterini belgilaydi. Ba'zan piyelonefritda og'riq ingrash bilan kechadi, siydik yo'lining yopilishi natijasida og'riq kuchayishi mumkn. Bemor ko'pincha notinch sarosimada o'zini tutadi, shu bilan birga bemorda umumiy holsizlik, tez-tez u holatdan bu holatga o'zgarib turishi kuzatiladi. Og'riq o'tkir tus olganda tez-tez qusishlari ham mumkin. Bunday bemorlarda siydik ajralishini buzilishi kuzatiladi. Ba'zi hollarda shuni ta'kidlash lozimki, kasalliklarning kelib chiqishi ayrim omillar bilan uzviy bog'liqdir. Masalan: buyrak siqilishi, qo'zg'alishi, siydik chiqarganda siydik pufagi va siydik chiqarish yo'lida og'riq hosil bo'ladi. Buyraklarda toshlar paydo bo'lganda va siydik nayida toshlar tiqilsa juda kuchli sanchiq bezovta qiladi va bunda og'riqsizlantirilishi shart. Bunday hollarda xolinolitiklar, spazmolitiklar va issiq vanna qabul qilish orqali bemor ahvolini yaxshilash mumkin. O'tkir paranefritda bemor majburiy holatni egallab sonini bo'g'imiga bukib og'riqni sekinlashtiradi. Buyrak siqilishi bilan og'rigan bemorlar poliuriya yoki oligouriyadan shikoyat qiladi.

Siydik ajratish tizimi kasalliklarining asosiy klinik belgisi siydik ajralishini (diurez) va uning miqdorini buzilishidir. **Diurez** malum vaqt oralig'ida siydikning ajralishi (sutkada meyorda 1000-1800-2000 ml) dir. Diurez musbat va manfiy bo'ladi. Ichgan suyuqligiga nisbatan siydik ajralishi kam bo'lsa manfiy (qusganda, ich suyuq ko'p o'tganda, ko'p terlash, yurak, buyrak kasalliklarida shish rivojlanish vaqtida, atmosfera havosi haddan tashqari issiq bo'lsa ko'p terlaydi va h.k.). Ichgan suyuqligiga nisbatan siydik ajralishi ko'p bo'lsa musbat diurez hisoblanadi (siydik haydovchi vositalar ichganda shish kamayishida). Fiziologik holatga qarab va bazi bir kasalliklarga diurez ko'payishi va kamayishi mumkin.

Bir xil vaqt oralig'ida bir xil miqdorda siydikning ajralishi **izuriya** deyiladi. Bu surunkali buyrak yetishmovchiliklarida, qabul qilingan suyuqlik miqdori va jismoniy ish, atrof muhit harorati va boshqa suv balansiga tasir qiluvchi omillar hisobiga buyrakning siydik ajralish miqdori va konsentirlash funksiyasi buzilishida yuzaga keladi.

Dizuriya – bu siydik ajralishining buzilishi, og'irlashuvidir. Dizuriyada siydik ajralish miqdorini buzilishi, siydik ajralishi chastotasini buzilishi va siydik ajralish tarkibini buzilishi kuzatiladi.

Enurez – bu siydik ajralishining to'xtamasligi yoki tuta olmaslik. Ko'pincha bolalarda uchraydi. O'tkir enurez prostata bezining kasallanishi orqali ham kelib chiqishi mumkin.

Poliuriya- bu kunlik siydikning 1,8-2,0 (bazan 10-20) l dan oshishidir. Poliuriya (buyrak) nafaqat buyrak kasalligi balki tashqi muhit haroratining pasayishi, biror narsadan ta'sirlanishidan, ko'p suv iste'mol qilish, qandli va qandsiz diabet bilan og'riganda yuzaga kelishi mumkin. Bazan tanadagi boshqa shishlarni bartaraf qilish maqsadida siydik haydovchi vasitalar berilganda ham poliuriya kuzatiladi. Poliuriya buyrakdagi reabsorbtsiyani, suv so'rilishining pasayishi va buzilishiga olib keladi. **Oligouriya** – bu kunlik siydik miqdorining 500 ml dan kamayishi bo'lib, nisbiy va mutloq bo'ladi. Nisbiy-ko'p terlash, suyuqlikni kam istemol qilish, tashqi muhit haroratining yuqori bo'lishida bo'ladi. Absolyut- takror takror ko'p qayd qilish va ich ketishi olib keladi. Oligouriya buyraklar funksiyasining buzilishi yoki buyrakning surunkali kasalliklarida kelib chiqadi. Bundan tashqari yurak yetishmovchiligida, o'tkir glomerulonefritda, buyrakni nefrotoksik moddalar bilan zaharlanishida shish rivojlanishi vaqtida oligouriya yuzaga keladi. **Nikturiya** tungi siydik ajralishini ko'payishi.

Anuriya - siydikning siydik qopiga umuman to'planmasligini anglatadi. Bu simptom – buyrakda qonning aylanishini buzilishi va buyrak parenximasining boshqa kimyoviy moddalar bilan zaharlanishi va buyrakda toshlar paydo bo'lishi orqali, surunkali glomerulonefrit dekompensatsiya bosqichida yuzaga chiqadi. Markaziy va periferik nerv sistemasining ish faoliyati buzilganda siydik ajralishining to'xtamasligiga olib keladi. Bu holat ko'pincha o'tkir tsistit yoki siydik pufagining bo'yini o'smasi bilan bog'liq. Shok, og'ir travma, og'ir metal tuzlari bilan zaharlanganda, buyrakdan va siydik nayidan tosh, o'sma bilan siqilishi tufayli siydikni siydik qopiga tushmasligi tufayli yuzaga

keladi. Anuriya juda ham o'tkir xastalik hisoblanib, agar u o'z vaqtida davolanmasa o'limga olib kelishi mumkin.

Pollakiuriya – sutkada olti va undan ko'p marotaba siydikning ajralishi. Bu simptom siydik ajralishi sistemasining zaharlanishida (tsistit, prostatit, uretrit) kelib chiqadi. Ayrim hollarda pollakiuriya nevroz kasalligining kelib chiqishida ham katta rol o'ynaydi.

Ishuriya-bu siydik chiqishining tutilishi bo'lib, siydik qopida to'planib qolishi, bemorlar siydik qopini bo'shata olmaydilar. Bu holat orqa miyani shikastlanishi tufayli yuzaga keladi. Siydik qopi innervatsiyasi buziladi va uning qisqarish faoliyati buziladi.

Stranguriya bu: qiyin, og'riqli siydik ajralishi

Gipoizostenuriya siydik nisbiy zichligining 1,009 dan 1,011 gacha pasayishi.

Shish. Buyrak xastaliklarida asosan bemorning yuqori va pastki qovog'ida va yuzida shish kuzatiladi (85 surat) va asosan ertalablari yaqqol namoyon bo'ladi. Bemorlarning yuz terisi oqimtir rangda, yuzlari, yuqori, pastki qovoqlari shishgan hamda ko'z tirqishlari toraygan (facies nephritica). Kasallikning kechki bosqichlarida shish butun tana bo'ylab tarqaladi (anasarka).



85 surat.

Bunday hollarda siydikda qonning shakliy elementlari uchrashi natijasida siydik rangi o'zgaradi (mikro-makrogematuriya) kuzatiladi.

Bemorlar ko'zdan kechirilganda birinchi navbatda es hushiga etibor beriladi va kasallik boshlanish davrida faol (o'zida) bo'ladi, uremik koma holatida passiv holat, paranefritda, biyrak sanchiqlarida majburiy holatni egallagan bo'ladilar. Bemorlar teri rangiga, yuz holatiga va shishlarga etibor berish kerak. Bemorlar peshobiga (siyishiga), uning rangiga, miqdoriga, chastotasiga etibor beriladi. Buyrak kasalliklariga siydikdagi o'zgarishlar diagnostik ahamiyatga ega.

Anamnez morbi. Buyrak xastaliklari birinchi navbatda shamollagandan keyin yuzaga chiqib, ko'pincha angina, tepki, skarlatina, otit, sinusit, qandli diabet, sistemali kasalliklar, gipertoniya va boshqa kasalliklardan so'ng glomerulonefrit rivojlanadi. Bemordan o'tkir glomerulonefrit, pielonefrit, tsistit o'tkazganligi yoki shish sindromi, siydik ajralishida buzilishlar, qon bosimi ko'tarilgan yoki ko'tarilmagan, bel sohasida yoki qorinning pastki qismida og'riq bo'lgan yoki bo'lmaganligi so'raladi. Bemorda ish joyida yoki uy sharoitida simob, vismut, kumush, sulema, fosfor preparatlari bilan zaharlanishlar bo'lganligi, dori moddalarning katta peredozirofkasi sulfanilamid preparatlari, gentamitsin, hayot faoliyati davomida qon va uning preparatlari quyilgan yoki quyilmaganligi ham buyrak kasalliklarini diagnostikasida ahamiyatlidir. Bazi bir antibiotiklar, fenatsetin, barbituratlar va kamfora kabi dori moddalar buyrakda allergiya chaqiradi. Kasallik kechish xarakterini so'rash ham ahamiyat kasb etadi (buyraklar aterosklerozi, glomerulonefrit, buyrak amiloidozi. Bunday omillarni so'rab surishtirish buyrak kasalliklar diagnostikasida ahamiyati katta.

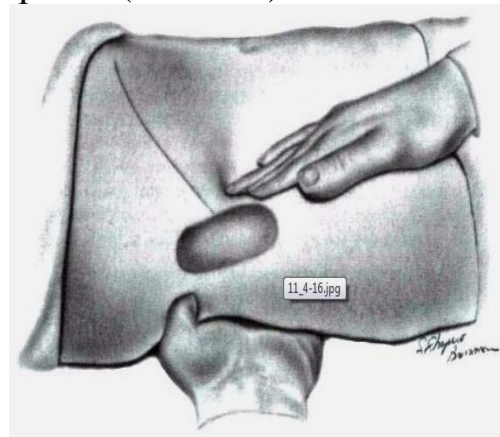
Anamnez vitae yig'ishda buyrak kasalliklarini chaqiruvchi omillarga ko'proq ahamiyat beradi. Bunday omillarga tez-tez shamollash, nam yoki sovuq jayda yashash, organizmning sovuq qotishi, sovuq kiruvchi (skvoznyak) jayda turish yoki ishlash kabi omillar pielonefrit, glomerulonefrit kelib chiqishiga turtki bo'ladi. Hayot davomida o'tkazilgan kasalliklar jinsiy azolar yallig'lanishlari, tuberkulyoz, kollagenozlar, qandli diabet, qon kasalliklari kabi kasalliklar buyrak kasalliklariga olib keladi. Osteomielit, bronxoektaz kasalliklari buyrak amiloidoziga olib keladi. Homiladorlik nefropatiyaga olib keladi. Buyrak va siydik yo'llariga operatsiya bo'lgan yoki bo'lmaganligi to'g'risida so'rab surishtirish kerak. Irsiy kasalliklar va buyrak kasalliklari avlodida qayd etilganligi so'raladi. Keyin alergologik va epidemiologik anamnez yig'iladi.

Buyrak sohasini tekshirish. Bemorning bel va qorin sohasini tekshirgan vaqtda buyrak kasalligini aniqlash qiyin, buyrak hajmi kattalashganda biror fikrga ega bo'lish mumkin. Buyrakning surunkali va o'tkir xastaliklarida bel va qorinning pastki sohasida shish hosil bo'lishi, siydik pufagining tez-tez to'lishi aniqlanadi.

Buyrakni paypaslash (palpatio)

Buyrakni obyektiv tekshirishda palpatsiya usulidan foydalaniladi, ozg'in odam buyragini palpatsiya qilishda nafas olish aktida buyrakni paypaslasa bo'ladi. Buyrak palpatsiyasida bimanual palpatsiya usulidan foydalaniladi. Qo'l ichkariga kiritilgandan keyin bemorga nafas olish tavsiya etiladi, bu vaqtda diafragma pastga tushib buyrak ham pastga tushadi va bu vaqtda buyrakni paypaslash mumkin. Palpatsiya orqali chap buyrakning o'ng buyrakka nisbatan pastroqda joylashganini bilib olish mumkin bo'ladi. Buyraklarni palpatsiyalashda bemor gorizontol holatida yotib oyog'ini tizzasiga bukkan holatda, qo'llari ko'krak qafasiga qo'yganidan keyin qorin mushaklari susayadi. Buyrakni paypaslashda shifokor o'ng tomonda turib chap qo'lini bemorning bel sohasiga qo'ygan holda barmoqlarning uchi umurtqa pog'onasining yonida bo'lishi, ko'rsatgich barmoq esa 12-qovurg'aga tegib turishi kerak. Qorin mushaklari bo'shashganda barmoqlar yordamida qorin paypaslanadi, shu bilan bir vaqtda chap qo'l kafti bilan bel sohasi bosiladi. Buyraklarni paypaslab tekshirganda ularni shaklini, chegarasini aniqlash mumkin. Demak, meyorda buyrakning uzunligi 12 sm, kengligi 6 sm, yuzasi silliqdir. Buyrak palpatsiyasida bemor ta'sirlanmaydi, ammo keyinchalik o'zini noxush sezib qayt qilishi ham mumkin. Buyrak tuzilishining me'yorda bo'lmasligi o'sma, shish yoki boshqa patologiyalarning hosil bo'lishidan darak beradi. Ma'lumki, buyraklar boshqa organlardan o'z elastik tuzilishi bilan ajralib turadi, lekin buyrakning turli xastaliklari (piyelonefrit, paranefrit, buyrak o'smalari) da buyrak elastikligini yo'qotib, aksincha dag'allashadi.

Buyrakni paypaslab tekshirib ko'rishimizdan maqsad: Buyrakning katta - kichikligini (hajmini) va qattiq yoki yumshoqligi, yuzasi tekis, notekisligini aniqlashdir. Shakli o'lchamlari yuqoriga pastga va yon tomonga siljishini, og'riq darajasini aniqlash. (86 surat)



86 surat. Suratda buyrakni paypaslash texnikasi izohlangan.

Balampirlovchi turtib – turib paypaslash yoki (Gyu von usuli).

A) Qo'llar xuddi bimanual palpatsiyadagidek quyiladi; B) Bel tomondan chap qo'l bilan bir necha marta qisqa –qisqa siltovchi (turtuvchi) harakat qilinadi; G) Buyrak turtki ta'sirida tebranadi;

Buyrak paypaslansa 1 darajali: hammasi qo'lga ushlansa 2 - darajali (ren mabilis); o'z joyidan har tomonga siljiy olsa 3- darajali (ren migrans) nefroptoz bo'ladi.

Diagnostik ahamiyati. Palpatsiya orqali og'riq sohalarini, shakli, siljishi, qattiq – yumshoqligini aniqlash dastlabki diagnozni qo'yishga ahamiyati kattadir.

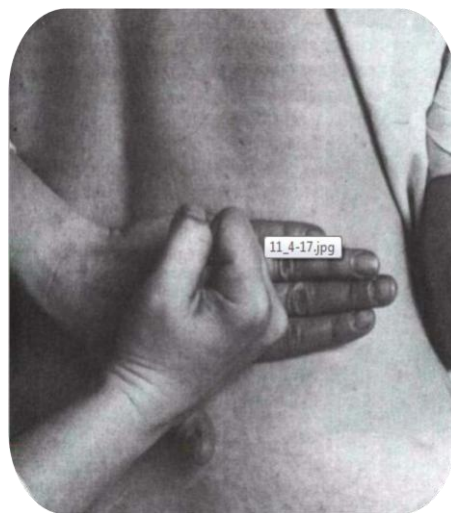
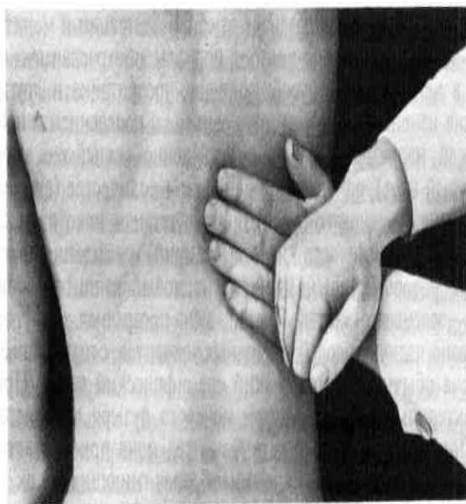
Buyrak perkussiyasi (percussion (87 surat)). Pasternatskiy usuli bo'yicha buyraklarni to'qillatib tekshirish usulidan keng foydalaniladi. Ushbu tekshirish usulini qo'llashda, shifokor bemorning o'ng tomonidan turib, chap qo'lini bemorning 12-qovurg'ani umurtqaga birikish sohasiga qo'yib o'ng q'oli bilan urib ko'radi. To'qillatib tekshirish usuli, siydik pufagining yuqori qismini aniqlashda ham diagnostik ahamiyatga ega. Buning uchun shifokor o'ng qo'li bilan bemorning kindik tugunchasidan boshlab pastga va yuqoriga yo'naltirib yurgizadi. Agar siydik pufagi bo'sh bo'lsa, timpanik tovush chov sohasigacha saqlanadi. Siydik pufagining to'lish vaqtida esa timpanik tovush pasayadi.

Buyrakni perkussiya usuli yordamida tekshirish asosan og'riqni aniqlash maqsadida o'tkaziladi.

Siydik ajratish tizimini tekshiruv asoslari. Urologik amaliyotda buyrak xastaliklarida tez tibbiy yordam ko'rsatish buyrak sanchig'ida amalga oshiriladi. Buyrak sanchig'i ko'pincha siydik tosh kasalligida, siydik nayining bukilib qolishi natijasida yuzaga keladi. Siydik chiqaruv yo'llarida siydik dimlanib qolishi natijasida buyrak jomida qon bosimi ko'tarilib, buyrak o'lchami kengayadi va kuchli og'riq paydo bo'lishiga sabab bo'ladi.

Nefrotik sindrom

Nefrotik sindrom badanning ko'p joylariga shish kelishi, proteinuriya, gipoproteinemiya, giperxolesterinemiya bo'lishi bilan xarakterlanadi. Bu sindrom



87 surat

Suratda Pasternadskiy simptomini aniqlash texnikasi izohlangan surunkali glomerulonefrit, homiladorlarda nefropatiya bilan o'tayotgan qandli diabet, amiloidoz, kollagenozlar, sil, sepsis, bezgak va boshqa kasalliklar mahalida paydo bo'ladi. Bu sindrom surunkali glomerulonefritda hammadan ko'ra ko'proq kuzatiladi. Nefrotik sindromning avj olib borishi asosan yog'lar va oqsillar almashinuvining izdan chiqishiga bog'liq. Bunday kasallarning siydigida ko'p miqdorda bo'ladigan oqsil zarralari va lipoidlar buyrak tanachalari devoriga shimilib epitelial hujayralarda distrofik o'zgarishlarni keltirib chiqaradi.

Klinikasi: ko'zga yaqqol tashlanib turadigan sindromi shishlardir. Ular asta-sekin avj olib borib yuzga, gavdaga, oyoq-qo'llarga tarqaladi. Qorin bo'shlig'i, plevra va perikard bo'shlig'ida va hatto yirik bo'g'imlarning bo'shliqlarida shish suyuqligi to'planib qoladi. Diurez 300-500 ml gacha kamayib oligouriya kuzatiladi. Siydikda bir talay 8-20 g/l miqdorida oqsil bo'ladi. Albumin- globulin koeffitsienti keskin pasayadi. Shishlar paydo bo'lishining sababi gipoproteinemiya. Qondagi xolesterin miqdori 20,67 mmol/l gacha ko'payadi. Nefrotik sindrom ko'pincha har xil infeksiyon asoratlar bilan birga davom etadi.

Instrumental tekshirish usullari. Siydik cho'kmasini miqdoriy tekshirish usullari. Laborator mashg'ulot; buyrakni funktsional tekshirish sinamalari. Rentgenologik tekshirish.

Oddiy rentgenologik suratlarda buyrak, siydik yo'llari va qovuq kasalliklarini aniqlash biroz qiyin, lekin ozg'in odamlarda umurtqa pog'onasining ikki tomonida XI ko'krak va III bel umurtqalari sohasida oval shaklidagi soyani aniqlash mumkin. Oksalatli va fosfatli siydik-toshlari buyrakda joylashgan o'rni va siydik chiqaruv yo'lida toshning shakli aniq ko'rinadi. Buyrakning shakli va joylashishi haqida aniqroq

ma'lumot olish uchun qorin parda orqasida havo yuborish—retropnevmoperitoneum yoki pnevmoren usulidan foydalaniladi. Bu usulda buyrakning soyasi yorug' fonda aniq ko'rinadi.

Siydik yo'llarini kontrast moddalar yuborib tekshirishning bir qancha usullari mavjud.

1. Retrograd pielografiya yoki urografiya kontrast moddalar (sergozin, kardiostast, yodamid, triombrast, urogratin, verografina va b.q.) maxsus naycha kateterlar yordamida siydik chiqarish yo'llariga tsistoskop orqali yuboriladi. Tekshirish faqat bir tomonlama olib boriladi, chunki bir vaqtda ikki tomonlama pielografiya qilish mumkin emas. Kontrast modda pastdan yuqoriga ko'tarilib, buyrak jomlarini to'ldiradi. Rentgen suratida siydik yo'li, buyrak kosachalari, jomlarning shakli, buyraklarning joylashishi aniq ko'rinadi. Bu usul ancha qiyin va ko'pgina asorotlar bilan bog'liq bo'lganligi uchun kamroq ishlatiladi.

2. Ekskretor urografiya buyrak orqali ekskretsiya qilinadigan kontrast modda bemorning tomiriga yuborilib, bir qancha rentgen suratlar olinadi. Ularda kontrast modda bilan to'lgan buyrak jomlari, kosachalari, siydik yo'li va qovuq ko'rinadi. Suratlar yordamida buyraklar joylashgan joy, siydik yo'llarining o'tkazuvchanligi haqida aniq ma'lumot olinadi. Buyrak konturlari ham ko'zga tashlanadi. Ular XII qovurg'alar sohasida joylashadi. Siydik yo'llari buyrak jomlaridan o'tmas burchak ostida cho'kib, umurtka pog'onasi yonida bukiladi va pastga qarab yo'naladi. Kichik chanoqqa kirish joyida ular yana bukiladi va qovuqqa birikadi. Rentgen suratlarida buyrak va siydik yo'llaridagi toshlar ham juda aniq ko'rinadi. Agar siydik yo'llarida o'tkazuvchanlik buzilgan bo'lsa (tosh, o'smalar yoki tashqi ta'sirlar natijasida), shu yerdan kontrast moddaning o'tishi uzilib qoladi yoki toraygan bo'ladi. Buyrak arteriyalarini stenozi, aterosklerozi tufayli qon aylanishini buyrakda buzilishini **buyrak angiografiyasi** tufayli aniqlash mumkin. Nefroangiografiya bu rentgenologik tekshirish usuli bo'lib, maxsus kateterlar yordamida son arteriyasidan diostast yoki kardiostast kabi kontrast moddalar buyrak arteriyalari sathidagi aortaga yuboriladi.

Buyrak va siydik yo'llarini ultratovush yordamida tekshirish. Bu tekshirish usuli keyingi paytlarda keng qo'llanmoqda va u tashxis qo'yishda katta ahamiyat kasb etadi. Exografiya yordamida buyrakning katta-kichikligi, bujmayganligi, shakli, buyrak qobig'ining, jomlarning holati, siydik yo'llaridagi konkretlar, o'smalar, kistalar va umuman olganda strukturasi aniqlanadi.

Radioizotop renografiya – buyrak funksiyasini o'rganishga yordam beradi. Tekshirish uchun bemor venasiga diotrast yoki gippuran, ^{131}J izotopi yuboriladi va ko'p kanalli radiograf moslama orqali har bir buyrak funksiyasini alohida egri chiziqlar yordamida qayd etib boradi. ^{131}J izotopi dan qonni tozalash tezligi, buyrakni sekretor funksiyasini ko'rsatadi. Izotopni siydik qopida to'planishi, yuqori siydik yo'llari tizimi urodinamik yig'indisi hisoblanadi. Radioizotop renografiya tekshiruvchi surunkali glomerulonefrit, sil bilan shikastlanishi, pielonefrit, amiloidoz, buyraklardan birida siydik chiqishini buzilishini, buyraklar giperplaziyasini (aniqlash) diagnostikasida samarali usul hisoblanadi

Buyrakdan biopsiya olish. Maxsus nefrologiya bo'limlarida buyrak kasalliklarini aniqlashda undan biopstat (kichkina buyrak to'qimasi) olinadi. Buning uchun aspiratsiya qiluvchi shpritsga uzun biopsion igna o'rnatilib, buyraklar joylashgan yerdan kichkina buyrak to'qimasi olinadi va uni morfologik, mikroskopik tekshiriladi. Agar buyrak kasalligini chaqiruvchisini aniqlash lozim bo'lsa, shu buyrak to'qimasidan bir qismi oziqli muhitga ekiladi hamda keyinchalik o'sgan floraning qaysi antibakterial dori moddalariga sezgirligi ham aniqlanadi. Bu usul juda aniq tekshirish usuli bo'lishiga qaramay uncha keng tarqalmagan, chunki o'ziga yarasha asoratlar beradi.

Siydik ajratish tizimini laborator tekshirish usullari

Siydikni tekshirish. Siydikni tekshirish faqatgina buyraklarning funktsional holatini aniqlab qolmay, balki (siydikning klinik va boshqa tahlillari), boshqa a'zolar, masalan, siydik qopi, o't pufagi, jigar kasalliklarini, shuningdek moddalar almashinuvining o'zgarishlarini aniqlab olishga ham imkon beradi. Tekshirish uchun ancha kontsentrlangan holda bo'ladigan ertalabki siydikdan foydalaniladi, uni bemor kasalxonaga kelib yotganidan keyingi birinchi kuni ertalab olinadi. Keyinchalik kasalxonada 7-10 kunda kamida 1 marta siydik tahlil qilib turiladi.

Davolash jarayonida, operatsiyalar qilingandan keyin, kasalga qon quyishdan avval yoki keyin boshqa a'zo hamda tizimlardagi patologik o'zgarishlarni aniqlashda siydikni ancha tez-tez klinik analiz qilib turish zarur bo'ladi. Ayol kishining siydigini olishdan avval tashqi jinsiy organlarini yuvish lozim, bordiyu, u hayz ko'rgan bo'lsa, kateter yordamida siydik olish kerak. Umumiy analiz uchun 150-200 ml siydik kifoya. Siydikni yaxshilab yuvilgan idish yoki tagiga tutiladigan tuvakka olinadi. Tuvakdan siydikni laboratoriyaga jo'natish uchun toza

shisha idishga quyib olish lozim. Bakteriya va zamburug'larni aniqlash (ekib ko'rish) va biologik tekshirish uchun siydik olishdan avval tashqi jinsiy a'zolari dezinfektsiyalovchi eritma (masalan, furatsilin yoki kaliy permanganat eritmasi) bilan yuvish va steril kateter bilan maxsus idishga 15-20 ml siydik olib, uning og'zini darrov berkitish zarur. Olingan siydikka antiseptik moddalar qo'shilmaydi. Har xil sharoitlar ta'siri bilan jismoniy ish natijasida, badan qizib ketganida, ichilgan suyuqlik miqdori, iste'mol qilingan ovqatning xususiyatlariga qarab, hattoki odam ortiqcha his-hayajonlarga berilganida siydik o'z xossalarini o'zgartirib qo'yadi.

Laboratoriya tekshiruvi uchun siydik yig'ish. Kerakli ashyolar: toza shisha idish, yo'llanma, plastmas probirka. **Muolaja algoritmi:** Siydik yig'ishdan oldin bemorning jinsiy a'zolari yaxshilab yuviladi. Hayz ko'rish davrida siydik tahlili olish 2-3 kun tugaguncha va 5-7 kun tsistoskopdan so'ng tavsiya qilinmaydi, bordiyu bunga zarurat bo'lsa, siydikni kateter yordamida olinadi. **Umumiy tahlil uchun siydik yig'ish.** Buning uchun bir necha ml siydik kerak bo'ladi. Umumiy tahlil



uchun yig'ilgan siydik 1,5-2 soatdan ortiq **saqlanmasligi** kerak va 2-8°C dan yuqori bo'lmagan harorat bo'lishi kerak. Bemor 100—200 ml ertalabki siydigini toza quruq shisha idishga yig'ishi lozim. Idishga bemorni ismi sharifi, tahlil olingan kuni va tekshirish kuni hamda maqsadi yozilgan qog'oz kleylanadi va laboratoriyaga jo'natiladi. **Siydikni bakteriologik tekshirish.** Siydik olish uchun 12 ml li yashil rangdagi

88 surat. **SARSTEDT** probirkasi to'ldiruvchi qismi bilan ishlatiladi va bakteriyalar ko'paymasligi uchun Borat kislotasi o'zida saqlaydi. Borat kislotasi bakteriyalarni 48 soat davomida ko'payishiga yo'l qo'ymaydi, albatta xona haroratida (88 a surat).

Nechiporenko usulida siydik yig'ish. Bemorga siydik yig'ishning bu usuli tushuntiriladi. Buning uchun bemorning tashqi jinsiy a'zolari yuviladi va siydikning «o'rta qismi» toza idishga yig'iladi. Analiz uchun ertalab uyqudan so'ng olinadi va siydikning o'rta qismi idishga olinadi. Yoki sutkaning istalgan vaqtida olish mumkin. Birinchi va oxirgi portsiya unitazga yuboriladi. Siydik olish uchun 12 ml li sariq rangdagi **SARSTEDT (urine)** probirka shpritsdan foydalaniladi. Buning uchun toza idishda siydik olinadi va idishdan siydik shprits orqali olinadi.

Shprits sariq kalpachok bilan burilib yopiladi va bu kalpachokda porshen mavjud. Shprits siydikka tushirilgandan so'ng porshen tortiladi va shprits siydikka to'ldiriladi to belgilangan nuqtagacha yani 12 ml gacha. Siydik olingandan so'ng kalpachok yaxshilab yopilib keyin sindiriladi (89 surat).



89surat

Tahlil uchun -2-3 ml siydik yetadi. Yo'llanma yozilib, siydik iliqqligida laboratoriyaga jo'natiladi. Tekshirishda 1 ml siydik tekshiriladi va normada eritrotsitlar 1000, leykotsitlar 4000, tsilindrlar 220 tagacha bo'ladi, buyrak kasalliklarida bular miqdori oshadi.

Zimnitskiy usulida siydik yig'ish. Bemorga bir kun oldin siydik yig'ish qoidalari tushuntiriladi. Bemor ertalab soat 6 da qovug'ini bo'shatadi va siydikning bu qismi to'kib tashlanadi, so'ngra u kun mobaynida 3 soatlik tanaffus bilan har gal alohida idishga siydigini yig'adi, hamshira bir kun avval kechqurun 8 ta toza shisha idishni tayyorlab ularning har biriga bemorning ismi sharifi, idishning tartib raqami yozilgan qog'oz yopishtirib qo'yadi. Bemor ertalab soat 9 dan boshlab ertasiga soat 6 gacha 8 marotaba qovug'ini bo'shatishi lozim. Siydikning barcha qismi laboratoriyaga jo'natiladi. Kunlik siydik miqdorini o'lchab tungi va kunduzgi diurez aniqlanadi. Kunduzgi diurez (ertalab soat 9-18 gacha) tungidan ko'p bo'lishi kerak. Meyorda u umumiy diurezning taxminan 2/3 qismini tashkil etadi. Soat 22.00 -6.00 gacha bo'lgan siydik miqdori tungi diurez hisoblanadi. Sog'lom kishilarda bu umumiy diurezning 1/3 qismini tashkil qiladi. Umumiy kunlik siydik miqdori odatda bir kunda ichilgan suyuqlikning 65—75% dan iborat bo'ladi. Kunduzgi diurez tungidan ko'p bo'lsa va siydikning nisbiy zichligi 1,008 dan 1025 gacha o'zgarib tursa buyraklarning funksional qobiliyati yaxshi hisoblanadi. Siydik nisbiy zichligining pasayishi buyraklar faoliyatining yetishmovchiligidan darak beradi. Siydikning nisbiy zichligining oshish qandli diabetda uchraydi.

Addis-Kakovskiy usulida siydik yig'ish. Bemorga bir kun oldin siydikni qanday yig'ish tushuntiriladi. Bemor siydikni yig'ishdan oldin kechqurun soat 10 larda siydik qopini bo'shatishi va imkon daraja tunda hojatga bormasligi lozim. Erta bilan soat 8 da siydik toza shisha idishga yig'iladi va laboratoriyaga jo'natiladi. Addis-Kakovskiy usulida bemorlardan 10 soatlik siydigi yig'iladi, 12 minutlik miqdori 1/50 qismi olinib tsentrifuga qilinadi va mikroskop ostiga Goryaev kamerasida

ko'radi va sutkalik miqdoriga hisoblaydi. Normada eritrotsitlar 1 mln, leykotsitlar 2 mln, tsilindrlar 20 ming, kasallarda shakliy elementlar miqdori oshadi. Siydikni tekshirish uchun asosan ertalab olinadi. Leykotsit, eritrotsit va tsilindrlar (soni), qon elementlarini aniqlash uchun yig'ilgan siydik tahlilxonaga 1 soat ichida olib boriladi. Yo'llanmada umumiy tushuntirish ma'lumotidan tashqari siydikning umumiy miqdori yoziladi. Sinamani o'tkazishga monelik qiladigan hollar yo'q. Agar siydik miqdorining biror qismi shishaga sig'may qolsa, qolgan qismi ikkinchi shishaga quyiladi va qog'ozga belgilab yuboriladi.

Ambyurje usulida siydik yig'ish uchun 3 soatlik siydik miqdori yig'iladi, qonning shakliy elementlari faqat 1 minutlik siydik miqdoriga hisoblanadi.

Qand miqdorini tekshirish uchun siydik yig'ish. Bemor siydigini bir kecha-kunduz davomida yig'ishi lozim. Erta bilan soat 8 da bemor siydik qopini bo'shatishi lozim. Bir kecha-kunduz mobaynida yig'ilgan siydik bitta idishga yig'iladi. Barcha idishlardagi siydik yaxshilab aralashtirilib, undan 100-200 ml kichikroq idishga solinib tahlil uchun yuboriladi.

Siydikni diastazaga olish. Bu tekshiruv uchun 50 ml konservantsiz yangi siydik olinib, laboratoriyaga jo'natiladi.

Reberg sinovi. Bir minutda buyrak tugunchalari orqali qancha plazma filtratsiya qilinishi va qancha qayta so'rilishini aniqlash uchun kreatininni qonda va siydikda aniqlash usulidan foydalaniladi. Kreatininni faqat tugunchalarda filtratsiyalanib, buyrak naychalarida qayta so'rilmaydi.

Reberg sinovini bemorga kreatinin ichirib va ichirmasdan o'tkazish mumkin.

Birinchi usulda bemorga nahorga 3 g kreatinin va 500-1000 ml suv ichiriladi va qovuq bo'shalgandan keyin vaqt belgilanadi. Keyin siydik har soatda alohida idishlarga yig'iladi va har soat oralig'ida venadan qon olinadi. Qonda va siydikda kreatinin miqdori aniqlanadi.

Agar bir minutdagi plazma filtratsiyasini Φ , diurezni Δ deb belgilasak, $\Phi = C_{kr} \Delta$ Π_{kr} formula kelib chiqadi. C_{kr} – siydikdagi kreatinin, Π_{kr} – plazmadagi kreatinin. Suvning kanalchalardagi reabsorbtsiyasi quyidagi formula orqali aniqlanadi: $(\Phi - \Delta) \times 100$ va sog'lom odamda u 98,5-99% ni tashkil qiladi.

Ikkinchi usul bo'yicha bemor ertalab qovug'ini bo'shatgandan keyin 1 soatdan so'ng venadan qon olinadi, 2 soatdan keyin yana siydik yig'iladi, shundan so'ng qonda va siydikda kreatinin miqdori aniqlanadi.

Sog'lom odamda Reberg sinamasi bo'yicha tuguncha filtratsiyasi 100-150 ml/min. bo'ladi. Buyrak yetishmovchiligida filtratsiya 30-10 ml/min.gacha, uremiyada esa 1-2 ml/min.gacha kamayib ketadi.

O'tkir pielonefrit

O'tkir pielonefrit to'g'ridan-to'g'ri buyrak jomlari va buyrak to'qimasiga mikroblar o'tib qolishi munosabati bilan kelib chiqadigan infeksiyon kasallikdir. O'tkir pielonefrit bir tomonlama va ikki tomonlama bo'lishi mumkin. Bu kasallik birlamchi va ikkilamchi bo'ladi. Ikkilamchi pielonefrit buyrak va siydik chiqarish yo'llarining boshqa kasalliklarining o'tishini og'irlashtirib qo'yadi. Birlamchi pielonefrit ko'pincha ayollarda, ikkilamchisi ko'proq erkaklarda uchraydi.

Etiologiyasi va patogenezi: Kasallikning etiologik omillari bo'lib, infeksiya hisoblanib, asosan surunkali infeksiya o'choqlaridan (buyrak toshlari, surunkali tonzillit, angina, sepsis, qorin tifi va b. q.) buyrakka tushadi. Bu kasallik buyrak va jomlariga mikroorganizmlar o'tishi natijasida kelib chiqadi. Infeksiya siydik yo'li teshigidan (retrograd) yoki siydik yo'lining limfa hamda tomirlar sistemasi orqali gematogen yo'l bilan buyrak jomlari yoki buyrak to'qimalariga o'tishi mumkin. Infeksiyon-yallig'lanish kasalligining kelib chiqishi mikroorganizmning patogenligiga ham, organizmning reaktivligiga ham bog'liqdir. Buyraklarda siydik turib qolishi pielonefrit rivojlanishiga qulaylik tug'diradi. Erkaklarda ko'pincha buyrak-tosh kasalligi, prostata bezi adenomasi paytida buyrakda siydik turib qoladi. Ayollarda kasallik boshlanishiga homiladorlik qulaylik tug'diradi, bunda bachadon kattalashib, siydik yo'llarini bosib qo'yadi. **Klinikasi:** Bu kasallik ko'pincha klinik uchlik simptom bilan kechadi: varaja qilishiga, keyin harorat ko'tarilishi, belda og'riq bo'lishi va ko'pincha bir tomonlama og'riq, dizurik hodisalar bilan xarakterlanadi. Bosh og'riqlari, siydik rangining o'zgarishi, ya'ni loyqalanishi bezovta qilib turadi. Beldagi og'riqlar odatda simmilab og'riq beradi, odam o'zining holatini o'zgartirganida kuchayadi. Homiladorlar pielonefriti alohida kasallik formasi bo'lib hisoblanadi. U subfebril temperatura va kam simptomli klinik manzara bilan ajralib turadi. Bel sohasida og'riq va dizuriya

odatda bo'lmaydi bu diagnostikani qiyinlashtirib qo'yadi. Homiladorlar siydigini takror-takror analiz qilib ko'rish to'g'ri diagnoz qo'yishga yordam beradi. Buyrak hajmi kattalashgan bo'lsa palpatsiya qilib ko'rilganda paypaslanadi va og'rigli bo'ladi. Perkussiya qilib ko'rilganda Pasternatskiy simptomi musbat bo'ladi. Bemorlar qoni tekshirilganda leykotsitoz (30000-40000), aneozinofiliya, neyetrofillar soni ko'payib, mielotsitlargacha siljish kuzatiladi. Siydikda ko'p miqdorda (piuriya, bakteriuriya) leykotsituriya, proteinuriya 0,5-1,0 g/l, epitelial, leykotsitlar va donador tsilindlar, arzimasi miqdorda gematuriya topiladi. O'tkir pielonefrit paytida siydikda ichak tayoqchasi, stafilokokk, vulgar protey, enterokokk topiladi. Bemorlarni rentgenologik, UZI, kompyuter tomografiya, radioizotop renografiya (skanirlash) tekshiruvlaridan o'tkazilishi ma'qul. Buyrak parenximasida yallig'lanishlarni va buyrak kattalashganligini aniqlash mumkin.

Surunkali pielonefrit

Surunkali piyelonefrit buyrakning oraliq (interstitsial) to'qimasining bakteriyalar ta'siri tufayli o'ziga xos surunkali yallig'lanishi bo'lib, buyrak jomlari va parenximasi shikastlanadi. Ko'pchilik hollarda surunkali piyelonefrit o'tkir piyelonefritning to'liq davolanmasligi tufayli kelib chiqadi.

Etiologiyasi va patogenezi. Surunkali piyelonefritni ichak tayoqchasi va enterokokklar keltirib chiqaradi. Siydik ekib ko'rilganda, bulardan tashqari, streptokokk, stafilokokk, vulgar protey, shuningdek xilma-xil boshqa mikroorganizmlar topiladi. Siydikdagi mikroorganizmlar turi va mikroorganizmlarga antibiotiklarning ta'siri kasallikni davolash jarayonida o'zgarishi mumkin. Infeksiya buyrak to'qimalariga quyidagi yo'llar orqali o'tadi: 1. Qon orqali. 2. Siydik chiqaruv yo'llarining devori orqali. 3. Siydik qopi-siydik chiqarish naychasi refluyksi natijasida. 4. Limfogen yo'l orqali. Siydik yo'llarining infeksiyasi kasallikning avj olishiga yo'l ochadi. Pielonefrit ba'zan tez o'tadigan interstitsial nefritdan keyin ham rivojlanadi. Endogen va ekzogen zaharlar, ayrim dori moddalari (gentamitsin) ta'siri ostida ham vujudga kelishi mumkin. Autoimmun o'zgarishlar piyelonefrit rivojlanishiga turtki bo'ladi. Buyrak toshi, siydik yo'lining toshi yoki uning torayib qolishi, qiyshayishi, uning tashqaridan o'smalar tasirida qisilishi, siydik ajratish yo'llarining g'ayritabiiyligi piyelonefrit keltiruvchi omillardan hisoblanadi. Pielonefrit qandli diabet, podagra,

kolit, prostatitga chalingan surunkali kasallarda, homilador ayollarda va tizimli kasalliklardan keyin ko'proq uchraydi.

Patologik anatomiyasi. Surunkali piyelonefrit uchun patologik jarayonniing buyrak jo'mragi va buyrakning miya qavatidan po'stloq qavati tomoniga qarab tarqalib borishi xosdir. Pirovardida shikastlangan buyraklar g'adir-budur, bujmaygan, ancha kichiklashgan bo'ladi. Buyrak massasi 50-60 g gacha kamayib ketishi mumkin. Aksariyat holatlarda buyrak kattalashadi. Buyrak to'qimasining bazi hijayralarida kapsulaga o'ralgan yallig'lanish o'choqlari saqlanib qoladi. Bu kasallikdan o'lgan bemorlar buyragi morfologik tekshirilganida buyrak kattalashadi, loxanka, buyrak to'qimalarida, shilliq qavatlarida yalli'lanish, shish, yaralar, yiringli sohalari ko'rishimiz mumkin.

Klinikasi. Kasallikning belgilari uning turiga va bosqichiga, qanday kechayotganligiga, dardning bir yoki ikkala buyrakka tarqalganligiga, siydik yo'llari o'tkazuvchanligining qanchalik buzilganligiga bog'liqdir. Surunkali pielonefritning quyidagi turlari: 1) yashirin kechadigan; 2) xuruj bilan kechadigan ; 3) qon bosimi oshishi bilan kechadigan; 4) azotemik turlari tafovut qilinadi. Yashirin turi klinik belgilarining juda ham kam bo'lishi bilan ifodalanadi. Kasallar umumiy darmonsizlik, tez charchab qolish, ba'zan subfebril harorat ko'tarilishidan shikoyat qiladilar. Ba'zan kasallarda siydik tez-tez (pollakiuriya), kam, achishib ajraladi. Pasternatskiy simptomi musbat bo'lib chiqadi, buyrak sohasidagi og'riq kasallik qo'ziganda kuchayadi. Asta-sekin siydikning nisbiy zichligi pasayib boradi (1006-1008). **Labarator tekshirish.** Bemorlarning qonida mochevina va siydik kislota ko'payadi va natijada uremiya rivojlanadi, siydigida asosan piuriya (ko'p miqdorda leykotsitlar) hamda bakteriuriya bo'ladi. Siydikni laboratoriyada tekshirganda arziyas darajada oqsil ajralishi, ko'p oq qon tanachalari (leykotsituriya) va bakteriya ajralishi topiladi, Addis-Kakovskiy, Nechiporenko usulida tekshirish leykotsituriyani tasdiqlaydi. Piyelonefritning qaytalanadigan turi hammasidan ko'ra ko'proq uchraydi. U remissiya (kasallikning qaytib qolgan) davri va qo'zib turadigan davrlarining navbatlashib turishi bilan xarakterlanadi, har xil sabablarga ko'ra piyelonefrit qaytalanishi mumkin. Ko'pincha gripdan keyin, sovuq qotganda, siydik yo'llari, siydik qopchasi qayta yallig'langanda, bemor holsizlanganda piyelonefrit xuruj qiladi. Kasallar bel sohasida g'alati sezgi borligi, dizurik siydik chiqishining o'zgarganligi tana haroratining 37-38°C ga ko'tarilayotganidan shikoyat qiladilar. Kasallik

zo'rayib borgan sayin qon bosimi ko'tarilib boradi (180/100 dan 250/140 mm. sim. ust. gacha). Ayniqsa, diastolik bosim baland bo'lib turadi. Gipertoniya kelib chiqishida renin-angiotenzin-aldosteron tizimi asosiy o'rin egallaydi. Siydikda oqsil, leykotsitlar, tsilindrlar ko'payadi, bakteriyalar, eritrotsitlar topiladi. Kasallik xuruj qilgan davrda o'rtacha kamqonlik rivojlanadi, EChT tezlashib, 20-30 mm/s bo'lishi mumkin. Qonni tekshirganda neytrofil leykotsitoz topiladi. Qon bosimining oshish turi xafaqon kasalligiga xos belgilar bilan namoyon bo'ladi. Bosh og'rig'i, bosh aylanishi, hansirash, yurak sohasida og'riq, yurak urishi, ba'zan siydikdagi o'zgarishlar vaqti-vaqti bilan namoyon bo'lib turadi. Ana shu davrda qon bosimining baland bo'lishi surunkali piyelonefritning yagona belgisi hisoblanadi. Asta-sekin buyrak yetishmovchiligi, azotemiya boshlanadi, qonda qoldiq azot, mochevina, kreatinin me'yordan oshib keiadi, siydik kislota ko'payadi va natijada uremiya rivojlanadi, siydigida asosan piuriya (ko'p miqdorda leykotsitlar) hamda bakteriuriya bo'ladi, surunkali buyrak yetishmovchiligi avj oladi. Ko'ngil aynishi, qusish, holsizlik, ozib ketish va laboratoriya tekshirishlarida olinadigan ma'lumotlar buyrak yetishmovchiligi uchun xos bo'ladi. Shular jumlasiga poliuriya, gipoizostenuriya, nikturiya, pollakiuriya kiradi. Proteinuriya, gematuriya, leykotsituriya, tsilindruriya bilinar-bilinmas bo'ladi. Azotemiya esa turg'un bo'lib, ko'payib ketadi. Bemorlarni rentgenologik, UZI, kompyuter tomografiya, radioizotop renografiya (skanirlash) tekshiruvlaridan o'tkazilishi ma'qul. Buyrak parenximasida yallig'lanishlarni va buyrak hajmi kichrayganligini aniqlash mumkin, bazan buyrak hajmi kattalashishi ham mumkin.

Kechishi. Surunkali piyelonefrit 10-15 yilgacha davom etadi va bundan ham ko'proqqa cho'ziladi. Vaqt o'tishi bilan yallig'lanish jarayoni buyrakdagi kanalcha va koptokchalarning nobud bo'lishi va buyraklarning bujmayib qolishiga olib keladi. Kasallikning oxirgi davrida surunkali buyrak yetishmovchiligi avj oladi. Pielonefritda surunkali uremiyaning o'tishi surunkali glomerulonefritdagidan ko'ra sustroq zo'rayib borishi bilan ajralib turadi. Zo'r berib davo qilinadigan bo'lsa, uremiya ham qaytib ketishi mumkin. Surunkali pielonefrit tashxisini anamnez ma'lumotlariga, klinik o'tish xususiyatlariga, siydikni laboratoriyada tahlil qilish, rentgenologik va radioizotop yo'li bilan tekshirish natijalariga asoslanadi. Addis-Kakovskiy yoki Nechiporenko usuli bo'yicha siydik cho'kmasida leykotsitlar miqdorini tekshirish

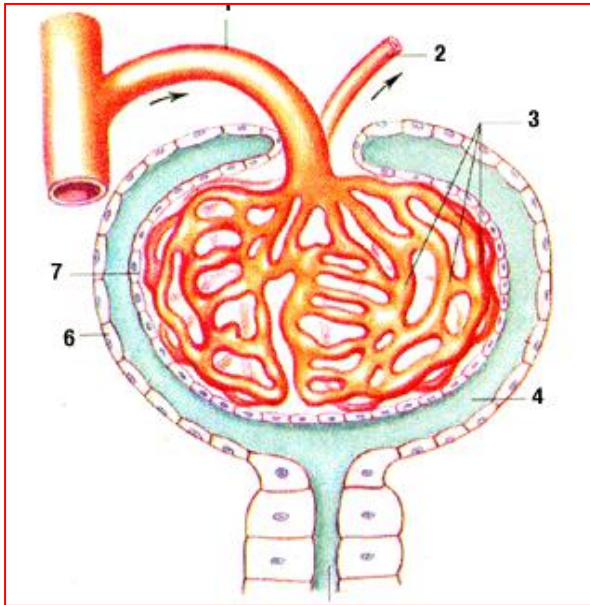
leykotsituriyani aniqlashga imkon beradi. Surunkali pielonefritni tasdiqlovchi yana bir belgi siydikda harakatchan leykotsitlar-Shterngeymer-Malbin tanachalarining topilishidir. Bu leykotsitlar oddiy tekshiruv natijasida topilmasa, bemor tomiriga 20 ml prednizolon yuborib bir soat davomida siydik bilan ajraladigan leykotsitlar soni sanaladi. Agar leykotsitlar soni $0,4 \cdot 10^9/l$ va undan ko'proq bo'lsa, surunkali pielonefrit tashxisini qo'yish mumkin. Rentgenologik usullar ichida ekskretor urografiya va retrograd pielografiya to'liq malumot beradi. Bitta buyrak shikastlanganda J131 gippuran bilan renografiya qilish shikastlanish darajasini aniqlashga imkon beradi. Ultratovush yordamida tekshirib buyrak jom kosacha qismida to'qimalar zichlashgani, jom va kosachalar kengayib qiyshiq holga kelganini ko'rish mumkin. Siydik cho'kmasidan ekib ko'rish kasallik chaqirgan bakteriyalarni va ularning qaysi dorilarga sezgirlikni aniqlashga yordam beradi. **Qiyosiy tashxisi.** Surunkali pielonefritni surunkali glomerulonefrit, buyrak amiloidozi, nefrosklerozdan farqlash kerak. **Davosi.** Xuruj davrida kasalxonaga yotqiziladi. Surunkali pielonefritning hamma turlarida o'tkir taomlar, kofe, spirtli ichkilik taqiqlanadi. Ovqat kaloriyali va vitaminlarga boy bo'lishi kerak, sutkalik suyuqlik miqdori kuniga 2 L atrofi bo'lishi lozim. Natriy mikroelementiga va tuz cheklanadi (kuniga 2 g gacha) gipertoniya mudom saqlanib turaversa, kishiga faqat meva yeyish buyuriladi. Kamqonlikda sabzavot, temirga boy masalliqlar ratsionga qo'shiladi (olma, anor). Davolashda antibakterial preparatlardan foydalaniladi. Buning uchun siydikni ekib ko'rish va antibakterial preparatdan foydalanish maqul. Davolashni penitsillinni va uni analoglaridan boshlash lozim, kasallikning yengil formalarida bir hafta davomida kuniga 4-6 g dan sulfanilamidlar qo'llaniladi (urosulfan). Antibiotiklardan-polin, nitroksolin, kanefron, penitstilin, eritromitsin, tetratsiklin, levomitsetin, sefamizin, kefzol, klofaran va boshqalar buyuriladi. Nitrofuran birikmalari (furazolidon, furodonin, furozolin) ishlatiladigan bo'lsa, yaxshi natija olinadi. Bular 7-10 kun davomida 0,1-0,15 g dan kun davomida 3-4 mahal beriladi. Antibiotiklar bilan birgalikda negram, nevigramon, 5-NOK ham ishlatiladi. Bakteriyalarga qarshi davo qilib borish bilan bir qatorda B, C, A vitaminlari ishlatiladi. Gipertoniya bo'lsa qon bosimini tushiradigan gipotenziv dorilar buyuriladi. Yordamchi davo usuli sihatgohlarda davolanishdir. Sitorai moxi xosa sanatoriyasi, Morshin, Truskaves, Yessentuki, Jejeznovodsk,

Bayramali, Buxoro balneologik kurortlari yaxshi yordam beradi. U yerda bemorlar kam mineralli suv ichadilar, ularga balneoterapiya va fizioterapevtik muolajalar qilinadi. Kasalda gipertoniya, sezilarli anemiya, buyrak yetishmovchiligi bo'lsa, sihatgohlarda davolanish tavsiya etilmaydi. Agar surunkali pielonefrit bir buyrakda bo'lsa, uni jarrohlik yo'li bilan olib tashlansa, bemor sog'ayib ketishi mumkin. Profilaktikasi: Siydik yo'llari va ulardan tashqaridagi infeksiya o'chog'ini, shuningdek siydik chiqarish yo'llaridagi mahalliy o'zgarishlarni bartaraf etish, tana reaktivligini kuchaytirish, o'tkir pielonefritni to'liq davolash surunkali pielonefritning oldini oladigan omillardan hisoblanadi. Homilador ayollarda ko'p uchraydigan belgisiz bakteriuriyaga ahamiyat berish lozim.

O'tkir glomerulonefrit

Glomerulonefrit - buyraklar koptokcha apparati tomirlarining yallig'lanishi bilan kechuvchi immunoallergik kasallik. Kasallikni qo'zg'atuvchi A gruhgagi betta gemolitik streptokokklar bo'lib, gematogen yo'l orqali surunkali infeksiya o'choqlaridan buyrakka tushadi (otit, sinusit, skarlatina, tonzilit, tishlar kariesi, pnevmoniya, anginadan, yuqori nafas yo'llari, ba'zan difteriya, o'pka yallig'lanishi, toshmali terlama, ich terlama va asosan streptokokklar, virusli kasalliklardan va b. q.) kasallik rivojlanadi. Kasallik rivojlanishiga sovuq ob-havo, namgarchilik ta'siri zamin yaratib beradi. Tizimli kasalliklar, nurlanishlar ham glomerulonefrit rivojlanishiga asosiy o'rin egallaydi. Glomerulonefritning rivojlanishida immunoallergik mexanizmlar o'rin egallaydi. Bu nazariyaga asosan angina yoki boshqa streptokokk sababli kasallangan odamning qonidagi streptokokk antigenlari bilan unga qarshi paydo bo'lgan antitana o'zaro birikmalar hosil qiladi. Bu birikmalar qon orqali borib, buyrak koptokchalarining bazal membranasi yuzasiga tushadi.

Polinuklearlar biologik faol moddalarni, gistamin va serotoninini ajratib chiqaradi va koptokchalarda o'zgarish, giperergik yallig'lanish paydo bo'ladi. Immun birikmalar hosil qilishda faqat bakteriya antigenlari emas, balki boshqa xil antigenlar (oqsil antigenlar, dori moddalari antigenlari va b.) ham ishtirok etadi. Immun komplekslar tarkibidagi komplementning parchalanishidan hosil bo'lgan moddalar kapillyar tomirlari devorlari o'tkazuvchanligini oshiradi. Koptokchalar



90 surat

zararlanishida koagulyatsiya tizimining buzilishi ham katta ahamiyatga ega.

Immun guruhlar ta'sirida trombositlar jiplashuvi kuchayadi, qon ivishida ishtirok etuvchi XII omil faollashadi, natijada zardob kallikrinogeni faollashadi, kininlar miqdori ko'payadi, bundan tashqari, trombositning III va IV omillari trombositdan ajralib chiqadi. Natijada, kapillyarlar devoriga fibrin cho'kib oladi.

Bunga javoban mezotelial va endotelial hujayralar ko'payib fibrinni qoplab oladi. Shu tariqa gialin substansiyasining tomir devoriga cho'kishi tezlashadi. Fibrinning hajmi xastalikning kechish darajasiga ta'sir qiluvchi omil hisoblanadi. Bunda bemor organizmining rezistentligi va immun tizimi hamda tashqi muhitning ta'siri ham katta ahamiyatga ega. Koptokchalar kapillyarlari bazal membranasining o'tkazuvchanligi ortishi natijasida siydikdagi o'zgarishlar yuzaga chiqadi. **Patologik anatomiyasi.**

Glomerulonefritning o'tkir kechadigan xilida buyrak hajmi o'zgarmaydi, buyrakni qoplovchi parda oson ko'chadi. Buyrakning yuzasida va kesmasida nuqtasimon dog'lar (bo'rtib turadigan qizil dog'lar) paydo bo'ladi. Bu dog'lar yallig'lanish natijasida kattalashgan Malpigi tanachalari (buyrak koptokchalari) dir. Mikroskopiyada kasallikning dastlabki kunlarida buyrak koptokchalarining kattalashgani, qizargani, qizil va oq qon tanachalari shu yerda to'planib, to'xtab qolgani ko'rinadi. Keyinchalik koptokchalar qonsirab ketgani, oqarib, tomirlari yorilib ketgani kuzatiladi. Buyrak klubochkalarini kengayishi va qizarishi, keyinchalik ishemiya kuzatilishi, klubochka kapilyarlarini devorlari kengayishi va ular endoteliysi proliferatsiyasi, kapilyarlar va klubochka kapsulasi o'rtasida oqsilli eksudat to'planishi, qon to'xtab, tromboz bo'ladi va qon quyilish kuzatiladi.

Klinikasi. Bemorlarning asosiy shikoyatlari yuzlarida, qovoqlarida, tanasida, oyoqlarida shish, bosh og'rig'i, ish qobiliyatining, ko'rish qobiliyatining pasayishi, peshobi miqdori kamayishi, rangini o'zgarishiga, hansirashga, bo'g'ilishga shikoyat qiladilar. Tanadagi,

qovoqdagi shishlar asosan ertalab namoyon bo'ladi. Bu shishlar keyinchalik tananing boshqa sohalariga tarqaladi, qon bosimining oshishi, siydikdagi o'zgarishlar yani gematuriya, proteinuriya bo'ladi. O'tkir nefrit keskin boshlanishi ham mumkin, lekin aksariyat hollarda latent kechishi ham mumkin. Kasallikning boshlanishida bilinar-bilinmas belgilar bilan bir qatorda, bemorning yuzi, ko'zlari shishadi, tana harorati ko'tariladi, bosh og'rig'i, holsizlik, siydik miqdori kamayib oligouriya kuzatiladi. Kasallik 80-90% bemorlarda qovoqlar, yuzda shish va rangparlik paydo bo'lishi bilan boshlanadi. Bemor ertalab yuzidagi shish tufayli, ko'zlari qisilib, yuzi yapaloqlashadi. Teri ostida, o'pka, yurak pardalari orasida, qorinda to'plangan suyuqlik (15-20 kg gacha) tana vaznini oshiradi va 2-3 hafta davomida, asta-sekin davolanish natijasida o'z holatiga qaytadi. Shish sindromiga quyidagilar sabab bo'ladi: 1) koptokchalar shikastlanishi, ularning filtrlash faoliyatining pasayishi, natriy ekskretsiyasi kamayib, reabsorbtsiyaning (qayta so'rilishi) oshishi olib keladi; 2) tanada suyuqlik to'planib qolishi, aylanib yuradigan qon miqdori ko'payishi yani gipervolemiya; 3) ikkilamchi giperaldosteronizm va antidiuretik (ADG) garmon ko'payishi; 4) to'qimalarning aldosteronga bo'lgan sezuvchanligi oshishi, ADG ga nefron distal qismlari sezuvchanligining oshishi va suyuqlikning tanada ko'proq to'planishi; 5) gialuronidaza tizmasida o'zgarish paydo bo'ladi. Kapillyarlar devori o'tkazuvchanligi o'zgaradi; 6) qonning suyuq qismi qon tomirlaridan chiqib bo'shliqlarda va hujayralar oralig'ida to'planadi. Nefrotik sindromda plazmaning onkotik bosimi pasayadi. Gipoalbuminemiya va shishlar ko'p va tez paydo bo'ladi.

O'tkir glomerulonefritning asosiy belgilaridan biri — qon bosimining oshishidir. Qon bosimi 70-90% bemorlarda o'rtacha oshadi va bu buyrakda qon aylanishining buzilishi natijasida kelib chiqadi. Natriy tuzi bilan suvning badanda to'planishi gipervolemiyaga olib keladi. Qon bosimi oshishi yana koptokchalar zararlanishi natijasida renin-angiotenzin-aldosteron zanjirining ta'sir doirasi kuchayib, buyrakning depressor (tomir tarangligini kamaytirish) faoliyati pasayishi oqibatida yuzaga chiqadi. Arterial qon tomirlarida bosimning keskin ortib ketishi yurak faoliyatini qiyinlashtiradi, bu o'tkir yurak yetishmovchiligi sifatida ko'rinadi (ko'p hollarda chap qorincha yetishmovchiligi). Bu o'tkir yurak yetishmovchiligi inspirator hansirash, yo'tal va yurak astmasi kabi ko'rinishlarda aks etadi.

Bemorlarni ko'zdan kechirganda bemorlar ko'rinishiga e'tibor beramiz, teri rangi oqimtir, yuzlari, qovoqlari, badanlarida, oyoqlarida shish borligini ko'rish mumkin. Gipertonik shaklidagi bemorlarning ko'zi to'r pardasidagi kapilyarlar torayadi va kapilyarda bosim ortib yoriladi va qon quyiladi, shular hisobiga ko'rish qobiliyati pasayadi. Bemorlarni **palpatsiya** qilganda shishlar tarqalganligi va xarakterini hamda puls tekshiriladi va sekinlashganligi aniqlanadi. **Perkussiyada** plevra bo'shlig'ida, perikarda va boshqa bo'shliqlarda transudat to'planganligini aniqlash mumkin. O'pkada bo'g'iq-timpanik tovush eshitiladi. Chap qorincha kengayishi yuz beradi. Yurakning nisbiy to'mtoqlik chegarasi chapga kengayganligi aniqlanadi. O'pkani auskultatsiya qilganimizda o'pkada qattiq nafas bo'lib, nam xrillashlar eshitilishi mumkin, yurakda bradikardiya, I ton yurak uchida susayadi, zo'riqish hisobiga galop ritmi shu yerda sistolik shovqin, aortada va o'pka arteriyasida II ton aktsenti eshitiladi,. Ko'p hollarda yurak cho'qqisida funktsional xarakterdagi sistolik shovqin eshitiladi. EKG da I, II va III standart ulanishlarda R amplitudasi baland bo'ladi va T tishlari o'zgarishi kuzatiladi, ba'zi hollarda chuqur Q tishi va QRS kompleksining voltaji kamayishi kuzatiladi. Bemorlarni rengenologik tekshiruv o'tkazish uchun vena ichiga buyrak orqali chiqadigan kontrast modda sergozin, kardiostast yuboriladi va buyrak orqali chiqishini rentgenda ko'ramiz. Retrograd pielografiya o'tkazishda sistoskop bilan siydik naychalari orqali naycha kateterlari yordamida sergozin, diostast, kardiostast moddalari buyrak laxankalariga yuborib tekshiriladi.

Bemorlar peshobi miqdori kamayadi, rangi qizaradi, eritrotsitlar va oqsil paydo bo'ladi, mikroskopda ko'rganimizda tsilindrlar va buyrak epiteliylari ko'rish mumkin. O'tkir nefritning dastlabki belgilaridan biri sutkalik siydikning kamayishidir (400-700 ml), ba'zi hollarda anuriya kuzatiladi. Siydikning kamayishi yallig'lanish sababli koptokchalarda bo'ladigan o'zgarishlar tufayli. Chunki yallig'lanish koptokchalarda filtratsiyaning susayishiga olib keladi. Siydikning solishtirma og'irligi va uning nisbiy zichligi o'zgaradi. O'tkir nefritda siydik sindromi-proteinuriya, tsilindruriya, makro va mikrogematuriya bilan xarakterlanadi. Jarohatlangan koptokchalar kapillyarlari devorlari orqali faqat mayda dispers albuminlarga emas, globulinlar va fibrinogen ham ajralib chiqadi. Siydikda meyorda oqsillar deyarli bo'lmaydi, bo'lsa ham 0,0033 dan ko'p bo'lmaydi. Lekin siydikda oqsillarning ko'payib ketishi faqat dastlabki 7-10 kunlar mobaynida saqlanadi, shuning uchun kech

tekshirishlarda siydikda albuminlar miqdori uncha baland bo'lmaydi. Uncha katta bo'lmagan proteinuriya ayrim hollarda kasallikning boshlanishidanoq yuzaga chiqadi, boshqa hollarda esa umuman bo'lmasligi ham mumkin. Siydikda oqsillarning kam miqdordaligi o'tkir nefritda ko'p vaqt saqlanishi mumkin va bu 3-4-6, ba'zida 9-12-oylarda umuman yo'qoladi. Gematuriya - o'tkir glomerulonefritning doimiy belgisidir. 13-15% hollarda makrogematuriya ko'zga tashlanadi, boshqa hollarda mikrogematuriya aniqlanadi, bunda siydik cho'kmasida eritrotsitlar miqdori ko'rish maydonida 10-15 tadan ko'p bo'lmaydi. O'tkir glomerulonefritda 75% bemorda gialin, donali, ba'zan epitelial tsilindrlar topiladi, 25% ida tsilindruriya kuzatilmasligi mumkin. Leykotsitlarning eritrotsitdan kamligini siydik cho'kmasini Addis-Kakovskiy, Nechiporenko usullarida tekshirib bilish mumkin.

Buyrak faoliyati pasaygani tufayli ba'zan qonda azot qoldig'i, mochevina miqdori bir oz ko'payishi mumkin. Azotemiya uzoq davom etmaydi. O'tkir nefritda qon tarkibida gemoglobin va eritrotsitlar kamayishi kuzatiladi. Eritrotsitlarning cho'kish tezligi oshadi.

Glomerulonefritning nefrotik, gipertonik va aralash turlari farqlanadi.

Birinchi turi-nefritning tsikli turi keskin boshlanib, shish, hansirash, bosh og'rig'i, bel og'rig'i, siydik miqdorining kamayishi, siydikda oqsil va qon paydo bo'lishi, arterial qon bosimining ko'tarilishi bilan ifodalanadi. Shish 2-3 hafta mobaynida kuzatiladi, so'ngra siydik miqdori ko'paya borib (poliuriya) arterial qon bosimi pasayadi, siydikning solishtirma og'irligi kamayadi, lekin proteinuriya, mikrogematuriya uzoq davom etishi mumkin. O'tkir nefritning ikkinchi — yashirin o'tuvchi turi ko'pincha surunkali nefritga o'tadi. Bu turida kasallik asta-sekin boshlanadi, sezilar-sezilmas hansirash, oyoqlarda shish paydo bo'lishi bilan ifodalanadi. Eklampsiya arterial qon bosimi baland bo'lganda va haddan tashqari shish ko'payganda rivojlanadi. Buyrak eklampsiyasida bemorning ko'zi zaiflashadi, tez-tez mushaklari tirishib, tomir tortishadi, hushidan ketadi, u tilini tishlab olishi, beixtiyor axlat va siydigini tuta olmasligi mumkin. Bu asorat to'g'ri davolansa tuzaladi.

O'tkir glomerulonefritning yana bir og'ir asorati nefrotik sindrom bo'lib, u ko'p oqsil yo'qotish, nihoyatda og'ir shishlar, qon tarkibida oqsilning kamayishi, disproteinemiya bo'lishi, xolesterinning ko'payishi (giperxolesterinemiya) bilan ifodalanadi. Nefrotik sindromning

patogenezi ko'pchilik tomonidan tan olingan immunologik konseptsiyaga asoslangan, nefrotik sindrom rivojlanishida buyrak bazal membranasi buzilishi ahamiyatlidir. Bazal membranada buyrak oqsillariga qarshi antitanalar o'tirib oladi va doimiy ravishda komplementar reaksiya sodir bo'lishiga olib keladi. Nefrotik sindrom avjiga chiqqanda qonda komplement kamayadi. Buyrakka qarshi antitanalar ko'payadi, immunitetga ta'sir qiluvchi dorilar, steroid gormonlarning nefritga ijobiy ta'siri bu kasallikning immunoallergik xususiyatga ega ekanligini tasdiqlaydi. Nefrotik sindrom rivojlanishini izohlovchi ikkinchi taxmin, modda almashinuvi (metabolizm) ning buzilishi konseptsiyasidir. Bu konseptsiya bo'yicha oqsilning siydik bilan qo'shib chiqishi buyrak koptokchalarining filtrlash xususiyati buzilishi natijasidir. Tekshiruvlarning ko'rsatishicha, nefrotik sindromda buyraklarda va siydikda eruvchan oqsillarning aktivligi oshishi, qonda gistamin ko'payishi, buyraklarda lizosom fermentlarning yuqori konsentratsiyasi, ularning yallig'lanish reaksiyasini keltirib chiqarishi aniqlangan. Zardobda oqsil muvozanatining buzilishi, ularning mayda dispers oqsil fraksiyalarining chiqishiga hamda organizmda immunologik siljishga olib keladi. Boshqa ma'lumotlar shuni tasdiqlaydiki, oqsil sintezining buzilishi nefrotik sindromda retikuloendotelial tizimning ish qobiliyati o'zgarishi natijasida vujudga keladi. Nefrotik sindromda hosil bo'ladigan qon tarkibidagi yog'larning ko'payishi kompensator xarakterga egadir va bu qon tarkibidagi oqsillarning kamayishi bilan birga kechadi. Nefrotik sindromda organizmda natriyning ushlanib qolishi, uning qayta reabsorbtsiyasi kuchayishi, giperaldosteronizm bilan ikkilamchi aldosteronning qayta ko'p ishlab chiqarilishi bilan bog'liqdir va bu o'z navbatida qon aylanishining buzilishiga olib keladi. Faqat buyrak kapillyarlari o'tkazuvchanligining kuchayishi emas, balki boshqa to'qimalarda kapillyarlarining immunologik zararlanishi ham nefrotik sindromga olib keluvchi omildir. Klinik nuqtai nazardan patogenezda eng muhimi oqsilning siydik orqali chiqishi bo'lib, bu nefrotik sindromda kuniga 3 g va undan ko'proq chiqadi. Siydikda oqsilning paydo bo'lishi asosan koptokchalarning bazal membranasi zararlanishi va o'tkazuvchanligining kuchayishiga bog'liq bo'lib, shu bilan birgalikda koptokchalarning filtri orqali yirik oqsil molekulalarining kirishiga bog'liqdir. Yana shuni ham aytish kerakki, podoltsitlarning normal funksiyasi bu bazal membranalarda oqsil molekulalarining kirishiga

to'sqinlik qilishidir, podoltsitlarning funksiyasi buzilishi natijasida oqsillar ushlanib qololmaydi va ular bazal membrana orqali kiradi. Shuni ham ko'rsatib o'tish kerakki, o'tkir boshlangan diffuz glomerulonefrit ba'zan o'rtacha o'tkir ekstrakapillyar nefritga olib keladi va uning progressiv kechishi yaqin oylarda surunkali buyrak yetishmovchiligiga sabab bo'ladi.

Tashxisi. O'tkir diffuz glomerulonefritga tashxis qo'yish unchalik qiyinchilik tug'dirmaydi. Chunki kasallik yoshlarda uchraydi va yaqqol ko'zga tashlanadigan klinik belgilardan boshlanadi. O'tkir nefrit bilan surunkali nefrit qaytalanishi orasida taqqoslash tashxisi o'tkazish qiyinchilik tug'diradi. Bunda kasallikning boshlanishi, infeksiya bilan bog'liqlik (tonzillit, angina, rinit va h.k.dan boshlab o'tkir nefrit holatigacha (1-2 hafta o'tadi) hisobga olinadi. Surunkali glomerulonefritga qon bosimining yuqori bo'lishi, yurakning chap qorinchasi gipertrofiyasi, ko'z tubining yaqqol shikastlanishi xosdir. Siydikdagi o'zgarishlar har xil bo'lishi mumkin, lekin surunkali nefrit uchun siydik nisbiy zichligi va filtrlash vazifasi pasayishi xosdir (gipoizostenuriya), o'tkir nefrit uchun yurak faoliyatining yetishmasligi (hansirash, shishlar, yurak astmasi, bradikardiya), kasallikning o'tkir kelib chiqishi (makro va mikrogematuriya) xos. O'tkir nefritning yashirin turi va pielonefritning differentsiatsiyasi qiyinchilik tug'diradi. Bunda siydik cho'kmasida eritrotsitlarning leykotsitlardan ustunligi, oqsillarning kamligi, anamnestik ko'rsatmalar yo'qligi, rentgenologik, ultratovush, skanirlash, radioizotop, biopsiya tekshirishlari yordam beradi. O'tkir nefrit bilan buyrak sili va boshqa buyrak kasalliklari orasida solishtirma tashxis o'tkazish lozim.

Davolash. O'tkir glomerulonefritni davolashda birinchi vazifa ma'lum muddat davomida issiq va quruq xonada o'rinda yotish uchun sharoit yaratishdir. O'tkir glomerulonefrit bilan bemorlar maxsus (bo'lim) kasalxonada davolanishlari lozim. Davolash davrida maxsus 7 chi parhez taomlar beriladi, suyuqlik, osh tuzi cheklanadi. Vitaminlar (ayniqsa, vitamin C, kaltsiy tuziga boy ovqat (tvorog, suzma, qatiq, sut, sharbatlar, qand va olma) beriladi. Dorilar bilan davolash ayniqsa, muhimdir. Bunda kasallikning sabablari va patogenetik omillarga ta'sir qilish uchun buyrakka ziyon etkazmaydigan antibiotiklar (penitsillin 2-4 mln, ampitsillin 2-4 mln. kuniga) beriladi. Mikrobgga qarshi dorilar (antibiotiklar) o'tkir nefrit biror asosiy infeksiya bilan birga kelganda uzoq davom etadigan septik endokarditda (yurak ichki pardasining

yallig'lanishi), xronik tonzillitda qo'llaniladi. Nefritning o'tkir ko'rinishlari pasaygandan 2-3 kun keyin, desensibilizatsiya terapiyasida vitamin C katta dozada ishlatilishi kerak.

O'tkir nefrit kasalligida steroid gormonlar - prednizolon, triamtsinolon, deksametazon katta foyda beradi. Prednizolon bilan davolash kasallik boshlangan davrda emas, balki keyinroq, qon bosimi tushganda buyuriladi. Bundan tashqari, nefrotik formasida yoki uzoqqa cho'zilgan o'tkir nefritda hamda siydik sindromida, siydikda gematuriya bo'lganda kortikosteroidlar qo'llaniladi. Prednizoloni kuniga 20 mg dan olish kerak va bu dozani 60 mg gacha oshirish mumkin. Kortikosteroidlar shishlar paydo bo'lganda va siydik sindromida yaxshi natija beradi. Bu preparatlar o'tkir nefritning surunkali shakliga aylanishiga yo'l qo'ymaydi.

Qon bosimi oshganda, shishlar paydo bo'lganda kortikosteroidlar bilan birga qon bosimini tushiradigan adelfan, rezerpin va siydik haydaydigan dorilarni birga qo'llash kerak (gipotiazid, furosemid).

O'tkir glomerulonefritning asorati bo'lgan eklampsiyada qon chiqariladi, magniy sulfat (10 ml 25%), uxlatuvchi va narkotik dorilar beriladi. Ganglioblokatorlar -geksoniydan 10-20 mg, 2,5%-1 ml mushak orasiga yuboriladi.

Oqibati. O'tkir nefritda butunlay sog'ayish kuzatiladi. O'tkir nefrit kasalligida o'lim deyarli sodir bo'lmaydi. U faqat miyaga qon quyilishi, yurak faoliyatining buzilishi, o'pka yallig'lanishi kabi asoratlar yuz beradi. O'tkir nefrit 1/3 hollarda surunkali turga o'tadi. O'tkir nefritning oqibati ma'lum darajada kasallikning erta aniqlanishi va to'g'ri davolanishiga bog'liq. Hozirgi vaqtda kortikosteroidlar qo'llanilishi tufayli kasallikning surunkali turga o'tishi kamaydi, O'tkir davrda kasallar ish qobiliyatini yo'qotadilar, shu sababli ular kasalxonada yotishlari kerak. Tipik kechishida 2-3 oydan keyin to'la tuzaladi va bemorlarning ishlash qobiliyati tiklanadi.

Profilaktikasi o'tkir nefritning oldini olish asosan o'tkir infektsiyali (angina, faringit, tonzilit va b.q.) kasalliklardan saqlanish va ularni o'z vaqtida davolash, infeksiyon o'choqlarni bartaraf qilish va uzoq, kuchli sovuq namlik ta'siridan saqlanishga qaratiladi. Siydik sindromi va albumin qoldig'i bo'lsa o'tkir nefrit kasalligi bilan og'rigan bemorlar dispanser kuzatuvida turish kerak. Kasallik qaytarilmasligi uchun tanadagi infeksiyon zararlanshlarining oldini olish lozim. Kasal yil

davomida sovqotish, ayniqsa, nam, sovuq ta'siri bilan bog'liq bo'lgan ishlardan o'zini asrashi kerak.

Surunkali glomerulonefrit

Surunkali glomerulonefrit - ikala buyrak koptokchalarining uzoq davom etadigan immunoallergik yallig'lanishidir. Bu kasallik buyrak koptokchalarining asta-sekin shikastlanishi hisobiga buyrak faoliyati susayishi, arterial qon bosimining oshishi va buyrak yetishmovchiligining rivojlanishi bilan ifodalanadi. **Etiologiyasi.** Surunkali nefrit o'tkir glomerulonefritdan so'ng va birlamchi surunkali glomerulonefrit sifatida ham rivojlanadi. Surunkali glomerulonefrit immun tabiatli kasallik bo'lib, zardoblar, vaktsinalar, antigenlar, zaharli moddalar, ba'zi dorilar (gentamitsin), sovuq ta'sirida rivojlanadi. Ba'zi dorilar «o'tkir» zaharli buyrak kasalligigagina emas, balki glomerulonefrit rivojlanishiga ham olib keladi. Surunkali glomerulonefrit, zaxm, bakterial endokardit, gemoragik vaskulit, tugunli periartrit, sistemali qizil bo'richa, sistemali sklerodermiya kabi tizimli kasalliklar va boshqa kasalliklar natijasida ham rivojlanadi. Kasallik angina, faringit, sinusit kabi surunkali infeksiya o'choqlaridan infeksiya gematogen, limfogen yo'llar orqali o'tishi natijasida ham rivojlanadi. **Patogenezi.** Nefritning surunkali ko'rinishi makroorganizmdagi immunologik, ayniqsa, autoimmun o'zgarishlar darajasiga bog'liq. **Patologik anatomiyasi.** Surunkali glomerulonefritning klinik ko'rinishi va buyrakdagi anatomik o'zgarishlar bir-biri bilan uzviy bog'liqdir. Agar glomerulonefrit klinikasida nefrolik sindrom ustun bo'lsa, buyrak hajmi katta, ustki pardasi oson ajraladigan, yuzasi silliq, och kulrang bo'ladi (katta oq buyrak). Po'stloq qismi kengaygan, och kulrang bo'lib, qizg'ish miya qismidan ajralib turadi. Mikroskopda buyrakning ilon-izisimon naychalari kengayganligini, epiteliy to'qimasida shish, bujmayish, donachali yoki vakuolli distrofiya hodisalarini ko'rish mumkin.

Buyrakni punktsion biopsiya usuli bilan tekshirish natijasida surunkali glomerulonefritning quyidagi gistologik turlari ajratiladi: 1) pardali (membranali) glomerulonefrit - buyrak koptokchalarining bazal pardasida to'qimalarning birlashuvi va qalinlashuvi bilan kechadi; 2) to'qimalar ko'payib zichlashuvi bilan kechuvchi (mezangial) glomerulonefritda koptokchalarda biriktiruvchi to'qima paydo bo'ladi (fibroplastik glomerulonefrit). 3. proliferativ glomerulonefrit-koptokchalar hujayralari proliferatsiyasi bilan kechuvchi.

Glomerulonefritning so'ngi bosqichida buyrak bujmayadi, o'lchamlari kichrayadi. Miya qismi donachalar bilan qoplanib, po'stloq qismi yupqalashadi. Koptokchalar bo'shab, o'rnida biriktiruvchi to'qima paydo bo'lishi buyrakni ikkilamchi bujmayishiga olib keladi.

Klinikasi. Surunkali glomerulonefritning klinik manzarasi uning turlariga bog'liq bo'lib, 1. Siydikdagi o'zgarishlar: proteinuriya, gematuriya, tsilindruriyadan iborat. 2. Qon bosimi ko'tarilishi natijasida paydo bo'lgan o'zgarishlar. 3. Badanda shish paydo bo'lishi kabi o'zgarishlar bilan kechadi.

Surunkali glomerulonefritning quyidagi klinik turlari farq qilinadi:

1. Yashirin kechuvchi (latent) glomerulonefrit- ko'p uchraydigan turi bo'lib, siydikda bir oz o'zgarishlar borligi bilan ifodalanadi. Bu turda qon bosimi oshmaydi, shish ham sezilarli darajada bilinmaydi. Yashirin davr 30-40 yil kechib, keyin yuzaga chiqishi mumkin. Bemorlar uzoq yillar davomida ish qobiliyatlarini yo'qotmaydilar, xastaliklarini sezmaydilar. Ko'pincha surunkali glomerulonefritning yashirin turi dispanserizatsiya vaqtida siydikdagi o'zgarishlar (solishtirma og'irligi pasayganligi, qizil qon tanachalari ko'proq ajralayotgani, tunda siydikning ko'proq ajralishi), qon bosimining bir oz oshganligi, EChTning tezlashgani, qonda oqsil moddasi kamaygani, xolesterin ko'payganligi asosida aniqlanadi. Ko'pchilik holatlarda buyrak yetishmovchiligi rivojlanganda aniqlanadi. Buyrak yetishmovchiligi esa qonda qoldiq azot, mochevinaning miqdori oshishi bilan yuzaga chiqadi.

2. Surunkali glomerulonefritning nefrotik ko'rinishi. Siydik orqali katta miqdorda oqsil ajralishi kunda 3-5 g dan ko'proq, qonda oqsil miqdori (gipoproteinemiya) kamayadi, ayniqsa, albumin, globulin ko'effitsientining kamayishi (disproteinemiya), xolesterin miqdorining ko'payishi (giperxolesterinemiya-600-800 mg %) bilan ifodalanadi. Bemorlarning badanida gipoproteinemik shishlar paydo bo'ladi. Bunday shishlarning yurak va boshqa shishlardan farqi, ertalablari yuz-ko'z qovoqlaridan boshlanib va asta-sekin butun tanaga tarqaladi. Ular doimiy xususiyatga ega bo'ladi, hatto ichki a'zolarga, yurak, o'pka va qorin bo'shliqlarga tarqaladi. Teri, shilliq pardalar quriydi, mushaklar atrofiyalanadi, natijada teri bujmayadi. Siydik orqali oqsil chiqishi bilan birga, qon tarkibida triglitserin va erkin xolesterin ko'payadi. Surunkali glomerulonefritning nefrotik ko'rinishi nefrotik sindrom va buyrak yallig'lanishi belgilari (siydikda qon bo'lishi, buyrak filtrlash

xususiyatining pasayishi) bilan birga namoyon bo'ladi. Qon bosimi xastalikning so'ngi davrida ko'tariladi.

3. Surunkali glomerulonefritning gipertonik shakli ko'pincha yashirin kechuvchi glomerulonefritga xosdir. Qon bosimi buyrakda yukstaglomerulyar apparatda ishemiya bo'lib, renin sintezi ko'payadi, bu o'z navbatida qon bosimi ko'tarilishiga olib keladi. Buyrak faoliyati pasaygach, sistolik va diastolik bosim muntazzam oshib boradi, asta-sekin yurak faoliyati ham buziladi, yurak cho'qqi turtkisi kuchayadi, cho'qqi sohasida I ton susayib, aorta proektsiyasida sistolik shovqin paydo bo'ladi va II ton aktsenti eshitiladi, uch ritmli ton yani ot dupuri tovushlari eshitiladi, so'ngra yurak faoliyati yetishmovchiligi qo'shiladi, yurak astmasi xuruji va o'pka shishi paydo bo'lishi mumkin. Surunkali glomerulonefritda qon bosimini oshishi, yurakning ishemik kasalligi, stenokardiya rivojlanadi. Bemorda miokard infarkti, bosh miyaga qon quyilishi hollari ro'y berishi mumkin. **Bemmorlarni ko'zdan kechirganda** bemorlar teri rangi oqimtir, yuzlari, qovoqlari, badanlarida, oyoqlarida shish, badanlarida qashalgan izlar borligini ko'rish mumkin. Bemorlarning ko'zi to'r pardasidagi arteriolalar kapilyarlar torayadi va kapilyarda bosim ortib venulalar kengayib yoriladi va qon quyiladi, to'r pardada eksudatsiya va shish bo'ladi, kasallikning oxirida ko'rish nervi so'rg'ichlari o'zgaradi, shular hisobiga ko'rish qobiliyati pasayadi. Ko'z tubida neyretinit kabi o'zgarishlar sodir bo'ladi, ko'rish nervi so'rg'ichlarida o'zgarish bo'ladi. Kasallikning oxirgi davridagina ko'z to'r pardasida davolab bo'lmaydigan jiddiy o'zgarishlar paydo bo'lishi mumkin. Bemorlarni palpatsiya qilganda shishlar tarqalganligi va xarakterini hamda puls sekinlashganligi aniqlanadi. Perkussiyada plevra bo'shlig'ida, perikarda va boshqa bo'shliqlarda transudat to'planganligini aniqlash mumkin. O'pkada bo'g'i-q-timpanik tovush eshitiladi, yurak nisbiy to'mtoqlik chegarasi chapga siljiydi.

4. Surunkali glomerulonefritning aralash ko'rinishi. Bu ko'rinish uchun qon bosimi oshishi va nefrotik sindrom belgilari namoyon bo'lishi xosdir. Siydikdagi o'zgarishlar sindromi (proteinuriya, gematuriya, tsilindnuriya), kabi o'zgarishlar bo'lib, kasallikning boshlanishida bemorning ahvoli qoniqarli bo'lib, so'ngra 2-5 yil o'tgach buyrak yetishmovchiligi rivojlanadi. Surunkali glomerulonefritning kechishi 2 bosqichdan iborat: kompensatsiyalangan va dekompensatsiyalangan. Kompensatsiya bosqichida buyrakning azot

ajratish funksiyasi saqlangan. Bu bosqich uzoq davom etadi, yashirin o'tadi va faqat siydikda paydo bo'ladigan o'zgarishlar orqali namoyon bo'ladi. Dekompensatsiyalangan bosqichda buyrakning azot ajratish funksiyasi buzilgan bo'ladi. Bu bosqichda siydik simptomlari ahamiyatsiz lekin, shish bilan gipertenziya ahamiyatlidir. Bu bosqich xastalik boshlangandan so'ng 1 yildan uzoq (30-40 yilgacha) davr ichida boshlanishi mumkin. Bu bosqichda buyrak faoliyati pasayadi. Azot ajratish, siydikni quyuqlashtirish faoliyati susayadi. Siydikdagi o'zgarishlar kamayadi, solishtirma og'irligi kamayib 1007-1008 atrofida bo'ladi. Siydik bilan oqsil doimo ajralib turadi. Qon bosimi baland bo'ladi. Badanda shish paydo bo'ladi, qon zardobida mochevina, kreatinin, indikan ko'payadi, oqsil kamayadi.

Tashxisi va qiyosly tashxisi. Agar bemor ilgari o'tkir nefritni boshdan o'tkazgan hamda surunkali nefritning hamma klinik manzarasi yaqqol bo'lsa, tashxis qo'yish qiyin bo'lmaydi. Lekin surunkali nefrit yashirin kechsa yoki gipertoniya surunkali nefrit bo'lsa, tashxis qo'yish qiyinlashadi. Bemor o'tkir nefritni boshdan o'tkazmagan bo'lsa, lekin siydigida bir oz oqsil hamda gematuriya aniqlansa, unda buyrakning boshqa kasalliklari (piyelonefrit, buyrak tomirining qisilib qolishi, buyrak anomaliyasi) haqida o'ylash va shu kasalliklardan farqlash lozim. Surunkali nefritning gipertonik turini gipertoniya kasalligi bilan taqqoslash qiyin bo'ladi. Surunkali nefritda siydikdagi o'zgarishlar gipertoniya bo'ladi. Surunkali nefritda yurakning chap qorinchi gipertrofiyasi gipertoniya kasalligiga nisbatan kamroq bo'ladi. Gipertoniya xuruji - «krizi» surunkali nefritda kamroq uchraydi. Surunkali nefritda gipertoniya kasalligiga nisbatan yurak toj-tomirining aterosklerozi sekin va kam rivojlanadi. Surunkali nefritni surunkali piyelonefrit bilan differentsial tashxisi o'tkazilganda siydik cho'kmasidagi eritrotsitlar, leykotsitlar miqdoriga ahamiyat beriladi. Leykotsitlar sonining ko'pligi, faol leykotsitlar bo'lishi, buyrakni rentgenologik tekshirganda buyrak jomlari strukturasi o'zgarganligi surunkali piyelonefrit borligidan dalolat beradi. Surunkali nefritning nefrotik xilini buyrak amiloidozi, diabetik glomeruloskleroz, jigar tsirrozi bilan taqqoslash lozim bo'ladi. Surunkali nefritning nefrotik xilida buyrakning yallig'lanish belgilari (gematuriya, gipertoniya), buyrak ko'ptokchalari filtratsiyasining kamayishi va buyrakni konsentratsiya qilish faoliyatining pasayishi tashxis qo'yishda asosiy rol o'ynaydi. Buyrakni biopsiya qilib tekshirish tashxisni tasdiqlaydi.

Amiloidozdan farqlash uchun og'iz shilliq pardasi gistologik usulda tekshiriladi. Rentgen nuri yordamida buyrak va siydik ajralish yo'llarini ko'zdan kechirish, izotop va kontrast modda yordamida buyrakni rentgen suratini olish, UTT yordamida tekshirish, buyrak tomirlarini tekshirish (angiografiya) kerak. Buyrak to'qimasini tekshirish-punksion biopsiya usulini qo'llash xastalikni aniqlashda yordam beradi.

Oqibati, surunkali glomerulonefrit oqibati sifatida buyrak bujmayishi va buyrak faoliyatining pasayishi, buyrak yetishmovchiligi - uremiya rivojlanishi mumkin.

Davolash. Oxirgi 10-15 yil mobaynida buyrak kasalliklarini aniqlash va davolash sohasida erishilgan yangiliklar, jumladan, davolash jarayonida kortikosteroidlar va immunodepressiv moddalarni qo'llash kasallikning noxush oqibatlarini kamaytiradi, bemorlarning mehnat qobiliyati uzoqroq saqlanishiga va hatto 14-18% bemorlarning butunlay sog'ayib ketishiga olib keladi.

Surunkali glomerulonefritni davolashda parhez (7-parhez stoli) ga katta ahamiyat beriladi. Nefrotik va kasallikning aralash turida osh tuzi kam beriladi (kuniga 1,5-2,5 gr gacha). Siydik ajratish xususiyati buzilmagan bo'lsa oqsil chegaralanmaydi. O'rtacha 1 kg vaznga 2-2,1 g oqsil berish kerak. Bemorning qon bosimi yuqori bo'lsa, osh tuzi kam beriladi (5 g), oqsil va uglevodlar me'yori o'zgarmaydi. Surunkali glomerulonefritning shish bilan kechuvchi mezangioproliferativ va mezangiomembranoz turlarida glyukokortikosteroidlar ijobiy ta'sir ko'rsatadi. Diffuz fibroplastik va o'choqli-segmentar glomerulosklerozli nefritda glyukokortikosteroidlar buyurish maqsadga muvofiq emas. Xastalik xuruj qilganda, ayniqsa, kasallikning nefrotik turida kortikosteroidlar, masalan, prednizolon buyuriladi. Prednizolon tana og'irligiga nisbatan 1 mg/kg dan 3-8 hafta buyuriladi, so'ngra asta-sekin doza kamaytirilib boriladi va sutkasiga 7,5-10 mg ga tushgach uzoq vaqt davomida beriladi. Agar nefrotik sindrom kamaymasa, prednizolon puls-terapiya usulida buyuriladi. Surunkali glomerulonefritning nefrotik turiga glyukokortikoidlar yordam qilmasa, prednizolon bilan birga azatiopirin yoki tsiklofosamid kuniga 150-200 mg dan buyuriladi. Dorilar dozasi 6-8 haftadan so'ng pasaytiriladi va uzoq vaqt davomida bemorga beriladi (6 oygacha). Surunkali glomerulonefritni davolashda prednizolon, tsiklofosfan, leykeranlar bilan bir qatorda sandimmun preparati ham qo'llanilmoqda. Bu preparat bilan davolangan bemorlarda kasallikning klinik remissiya davriga o'tishi kuzatilgan. Shu bilan bir

qatorida, buyrak to'qimasi skleroziga olib keladigan kortikosteroidlarni katta miqdorda qabul qilishdan saqlaniladi. Surunkali glomerulonefritda patogenetik dorilarga rezistent bo'lgan bemorlarda sandimmun qo'llanilganda ijobiy natija bergan. Sandimmunga sezuvchan bemorlarda bu preparat ta'sirida immunologik ko'rsatkichlar ijobiy tomonga o'zgaradi. Sandimmun 2,5-7 mg/kg hisobida 20-25 kunga buyuriladi. Agar kortikosteroidlar buyurish mumkin bo'lmasa (qandli diabet, meda yarasi va hokazo), tsitostatiklarning o'zi buyuriladi. Tsitostatiklar bilan davolanayotgan bemorlar qonida leykotsitlar va neytrofillar soni tekshirib turiladi. Buyrak parenximasidagi yallig'lanishni kamaytirish maqsadida indometatsin kuniga 50 mg dan 150 mg gacha beriladi. Indometatsin mediatorlarda immunologik jarayonlarni kamaytiradi. Gipertoniya va buyrak yetishmovchiligi bilan kechuvchi glomerulonefritda indometatsin buyurilmaydi.

Buyrak ko'ptokchalari va arteriolalari devorlarida fibrin cho'kishini va qon zardobidagi fibrin miqdorini kamaytirish maqsadida teri ostiga yoki vena tomiriga geparin yuboriladi. Geparin teri ostiga kuniga 4 mahal 5000-10000 TB yuboriladi. Odatda geparin kindikdan 4 sm pastroqqa yoki kindik atrofiga teri orasiga yuboriladi. Qon ivish vaqti Moravits usuli bilan tekshiriladi. Agar trombin, qon ivish vaqti va antitrombin III nazorat qilinmasa, geparin 10000-15000 TBdan faqat 3 kun beriladi. Geparin bilan davolash davomida kurantil, trental buyurish maqsadga muvofiqdir. Badanda shish kamaymasa, siydik haydovchi dorilar buyuriladi (furosemid, uregit, veroshpiron, aldakton). Shishlarni haydashga poliglyukin (dekstran) ham yordam qiladi. Poliglyukin qon zardobi kolloid-osmotik bosimini oshiradi va to'qimalardagi ortiqcha suyuqlik qonga o'tadi. Oqsil almashinuvi buzilganda anabolik garmon - retabolil, fenabolil qo'llaniladi. Qon bosimini pasaytirish uchun rezerpin, dopegit, enap, berlipril, enalapril va boshqa gipotenziv dorilar beriladi. Bemorlarning mehnatga layoqatligi kasallikning turi va bosqichiga bog'liq. Buyrak yetishmovchiligi rivojlanganda bemorlar nogironlik guruhi beriladi va mehnatga layoqatsiz hisoblanadi. **Profilaktikasi.** O'tkir glomerulonefritli bemorlarni badanidagi infeksiya o'choqlarini bartaraf qilish, bemorlarga uzoq vaqt parhez tutish maslahat qilinadi. Surunkali nefrit bilan og'rigan bemorlar sovuq va nam havo ta'siridan o'zlarini ehtiyot qilishlari, Bayramali, Sitorai Mohi Xossa sanatoriyalarida dam olib davolanishlari, vaqti-vaqti bilan qon va siydikni tekshirtirib turishlari lozim. Bemor badanida shish yoki buyrak

yetishmovchiligi alomatlari paydo bo'lsa, to'shakda yotib, badanni issiq tutish, ayniqsa, belni belbog' bilan o'rash tavsiya etiladi. Lozim bo'lsa (o'tkir yallig'lanishlar qo'shilib qolsa) shifoxonada davolanish buyuriladi.

Siydik ajratish tizimiga oid testlar

1. Addis-Kokovskiy sinama yodamida aniqlanadi?

- a) Siydik nisbiy zichligi
- b) Shakliy elementlar
- c) Oqsillar
- d) Tuzlar

2. Addison kasalligi qaysi bez kasalligi hisoblanadi?

- a) Oshqozon osti bezi kasalligi
- b) Qalqonsimon bez kasalligi
- c) Buyrak usti bezi kasalligi
- d) Gipofiz bezi kasalligi

3. Addison kasalligining simptomlari

- a) Pigmentatsiyaning o'zgarishi
- b) Gemoragiya
- c) Intoksikatsiya
- d) Oliguriya

4. Addison kasalligi qaysi a'zoning surunkali yetishmovchiligidan kelib chiqadi?

- a) Taloq
- b) Yurak
- c) Jigar
- d) Buyrak

5. Angiotenzin 2 - parchalanishi qaysi ferment ta'sirida ro'y beradi.

- a) Angiotenzinaza
- b) Amminopeptidaza
- c) Adenilsiklaza
- d) Kallikreinaza

6. Bir sutkada meyoriy siydik miqdori qancha

- a) 1000-2000ml
- b) 500-800ml
- c) 200-500ml
- d) 500-1000ml

7. Buyrak gipertenziyasida ko'proq ... bosim oshadi:

- a) Puls bosimi
- b) Sistolik va diastolik
- c) Diastolik
- d) Faqat sistolik

8. Buyrak kasalligida bemor rangi

- a) Oqargan
- b) Giperemiyalangan
- c) Jigarrang
- d) Tsianoz ko'kargan

9. Buyrak kasalligida ko'pincha shishlar qaeirlardan boshlanadi?

- a) Yurakda
- b) Yuzda
- c) Taloqda
- d) Oyoqda

10. Buyrak kasalligini tashxislashda asbob-uskunalar bilan tekshirish usuliga

kirmaydi

- a) UZI
- b) Buyrak biopsiyasi
- c) Buyrakni skannirlash
- d) Laparoskopiya

11. Buyrak kasalliklarida bemorlarning asosiy shikoyatlariga kirmaydi:

- a) Siydik ajralishning buzilishi
- b) Bel sohasida og'riq
- c) Oyoqdan shishni boshlanishi
- d) Yuzlarda shish bo'lishi

12. Buyrak kasalliklarida qaysi parhez stoli buyuriladi.

- a) Sto1N 7
- b) Sto1N 1
- c) Sto1N 10
- d) Sto1N 15

13. Buyrak kasalliklarida ogriq sababi ...

- a) Yallig'lanish protsesining borligi
- b) Buyrakda og'riq retseptorlari borligi
- c) Buyrak to'qimasining shishi
- d) Buyrak kapsulasining cho'zilishi

14. Buyrak kuchli sanchig'ida muhim vosita:

- a) Paratsetamol
- b) Analgin
- c) Trimol
- d) Spazmolitiklar

15. Buyrak shishlari uchun xarakterli emas

- a) Yuzi shishgan, oqargan so'liqqan
- c) Ko'kimtir shishlar

- b) Tez-rivojlanib tananing hamma qismiga tarqalishi
d) Shishlarning yuqoridan pastga tarqalishi

16. Buyrak yetishmovchiligida kuzatiladi:

- a) Giperezotemiya
b) Gipokaltsiemiya
c) Gipofosfatemiya
d) Gipokaliemiya

17. Buyrak yetishmovchiligida teri qichishi sababi:

- a) Giperoxolesterinemiya
b) Giperezotemiya
c) Gipergammaglobulinemiya
d) Giperalbuminemiya

18. Buyraklarning inkretor vazifasiga kirmaydi

- a) "D" vitamini aktiv holga o'tkazish
b) Eritropoetin ishlab chiqarish
c) Prostoglandinlar ishlab chiqishi
d) Natriy uretik garmon ishlab chiqishi

19. Buyrakning funktsional holatini aniqlash sinamasiga kiradi

- a) Ambyurje
b) Necheporenko sinamasi
c) Zimnitskiy sinamasi
d) Addis- Kakovski

20. Buyrakning surunkali kasalliklari uchun qaysi simptomlar xarakterli?

- a) Bel sohasida og'riq
b) Arterial gipertenziya
c) Arterial gipotenziya
d) Arterial gipertenziya, bel sohasida og'riq, shishlar

21. Glomerulonefrit uchun xarakterli emas.

- a) Proteinuriya
b) Piuriya
c) Gipertoniya
d) Giperstenuriya

22. Glomerulonefritning rivojlanishiga sabab bo'la olmaydi

- a) Yuqori insolyatsiya
b) Sovuqqotish
c) Viruslar
d) Infektsiyalar

23. Glyukozuriya bu-

- a) Siydik bilan keton tanachalar ajralishi
b) Siydik bilan oqsil ajralishi
c) Siydik bilan bilirubin ajralishi
d) Siydik bilan qand ajralishi

24. Ikkita buyrakda nechta nefron bor?

- a) 3000
b) 1000
c) 2 mln.
d) 1 mln

25. Quyidagilardan qaysi biri, nefrotik sindrom uchun xarakterli emas:

- a) Massiv proteinuriya
b) Giperoalbuminemiya
c) Giperurikemiya
d) Giperlipidemiya

26. Ko'z tubidagi o'zgarish qaysi buyrak kasalligining sindromi uchun xos?

- a) Buyrak arterial gipertenzivasi
b) Astenonevrotik sindrom
c) Nefrotik sindromi
d) Siydik sindromi

27. Ko'z tubidagi o'zgarishlarga kirmaydi

- a) Venulalarning kengayishi
b) Flebit va flebotrombozlar
c) Ko'ruv nervi diskining shishishi
d) To'r pardaga qon quyilishi

28. Latent, nefrotik, gipertonik, aralash klinik forma qaysi kasallik uchun xarakterli

- a) Surunkali glomerulonefrit
b) Buyrak amilidozi
c) Buyrak yetishmovchiligi
d) Surunkali pielonefrit

29. Nikturiya nima?

- a) Siydik miqdorining oshishi
b) Siydik miqdorining kamayishi
c) Tungi diurezning ustunligi, ko'payishi
d) Siydikning ajralmasligi

30. Normal siydikda sterkobilin bo'ladimi?

- a) Yo'q
b) Ba'zan
c) Ha
d) Ko'pincha

31. Nechiporenko bo'yicha siydik qanday yigiladi?

- a) Ertalabki siydikning o'rta portsiyasi
b) Sutka davomida har 3 soatda yig'ish
c) 10 soat davomida (kechqurun ertalabgacha)
d) Bir marta 3 soatlik siydikni yig'ish

32. Nechiporenko probasi siydikning umumiy tahlilidan nimasi bilan farq qiladi?

- a) Buyrakning yallig'lanishi bilan kechadigan kasalliklarning yashirin formalarini aniqlashda yordam beradi
- b) Kasallik qo'zg'atuvchilarni aniqlash va ularning antibiotikka sezgirligini aniqlashda yordam beradi
- c) Buyrakning konsentratsion funksiyasini yaxshi baholaydi
- d) Davolash effektini yaxshi baholaydi

33. Nefronlarning faoliyatini qanchaga kamayishi buyrak yetishmovchiligiga olib

keladi:

- a) 10%
- b) 20% dan kamayishi
- c) 80%
- d) 50%

34. Nefrotik sindromda diuretiklarni qo'llashga ko'rsatma quyidagilar, bittadan

tashqari:

- a) Shish natijasida teridagi trofik o'zgarishlar
- b) Qon aylanishining buzilishi
- c) Shish sindromi og'ir darajasi
- d) Gemodinamik buzilishlar

35. Nefrotik sindromdagi gipovolemiyada qon hajmini boshqaruvchi mexanizm ...

- a) Renin-angiotenzin-aldosteron sistemasi
- b) Aldosteron va ADG sistemasi
- c) Simpatoadrenal-sistemasi
- d) Kinin-kallekrein sistemasi

36. Nefrotik sindromida bemor o'limiga sabab bo'ladigan holatlar, bittadan tashqari:

- a) Infektsion asorotlar
- b) Nefropatiyaning aktivligi
- c) Yatrogen sabablar
- d) Dastlabki ateroskleroz

37. Piuriya bu- siydikda ... bo'lishi

- a) Eritrotsit
- b) Leykotsit
- c) Trombotsit
- d) Limfotsit

38. Pielonefritda qo'zg'atuvchini aniqlashda muhim:

- a) UZI
- b) Siydik mikroskopiyasi
- c) Xromotsistoskopiya
- d) Buyrak biopsiyasi

39). Pielonefritning asosiy belgisi:

- a) Tsilindruriya
- b) Piuriya
- c) Gematuriya
- d) Yuqoridagilarning barchasi

40. Pielonefritning belgisiga kirmaydi:

- a) Makrogematuriya
- b) Piuriya
- c) Silindruriya
- d) Proteinuriya

41. Poliuriya nima?

- a) Siydik ko'p miqdorda ajralishi
- b) Siydikning kamayishi
- c) Siydikda oqsil bo'lishi
- d) Siydikda qon bo'lishi

42. Poliuriya sababi bo'la olmaydi

- a) Qandsiz diabet
- b) Qandli diabet
- c) Gipotenziv preparatlar
- d) 2 va 3

43. Pollakiuriya bu:

- a) Kechqurungi diurezning kunduzgiga nisbatan ustunligi
- b) Siydikning tez-tez ajralishi
- c) Siydik ajralmasligi
- d) Sutkalik siydik miqdorining ko'payishi

44. Pollakuriya qaysi kasallik uchun xos.

- a) Qandli diabet
- b) Tireotoksikoz
- c) Gipotireoz
- d) Addison kasalligi

45. Renin sekretsialovchi o'smalar diagnostikasida asosiy rol o'ynaydi, bittadan

tashqari:

- a) Yuqori gipertoniya
- b) Reninning yuqori aktivligi
- c) Aldosteron sintezining yuqori aktivligi
- d) Gipokaltsiemiya

46. Reninning birlamchi ko'p sekretsiyasiga sabab bo'ladi:

- a) Buyrak gemangioperitsitomasi c) Buyrak usti bezi ko'ptokchali zonasi giperplaziyasi
b) Buyrak usti bezi o'smasi d) Kortikal nefronlar Yu.G.A. giperplaziyasi

47. Reninning birlamchi ko'p sekretsiyasiga eng ko'p sabab bo'ladi:

- a) Kortikal nefronlar YuGA giperplaziyasi c) Buyrak usti bezi kartsinomasi
b) Buyrak usti bezi aldosteromasi d) Buyrak usti bezi ko'ptokchali zonasi .
giperplaziyasi

48. Renovaskulyar gipertoniya da renin aktivligi quyidagi qaysi usul yordamida pasaytiriladi:

- a) Tsitostatiklar, gipotenziv vositalar c) Siydik haydovchi vositalar
b) Vitaminlar d) Saralazin

49. Siydik ajralishining buzilishi bu:

- a) Izostenuriya c) Nikturiya
b) Dizuriya d) Diurez

50. Siydik bilan yodning kam ajralishi uchraydi

- a) Tireotoksikoz c) Gipotireoz
b) Addison kasalligida d) Qandli diabet

51. Siydik cho'kmasida bir ko'rish maydonida meyorida leykotsitlar miqdori.

- a) 20-25ta bir ko'rish maydonida c) 8-10ta bir ko'rish maydonida
b) 10-12ta bir ko'rish maydonida d) 2-3ta bir ko'rish maydonida

52. Siydik cho'kmasini mikroskopik tekshirganda aniqlanmaydi

- a) Tuzlar c) Leykotsitlar
b) Urobilinoidlar d) Tsilindrlar

53. Siydik miqdorining 500 ml dan kam bo'lishi nima deyiladi?

- a) Oligouriya c) Anuriya
b) Poliuriya d) Nikturiya

54. Siydik yo'lini endoskopik tekshirishga kiradi:

- a) Bronxoskopiya c) Rinoskopiya
b) Tsistoskopiya d) Kolonoskopiya

55. Siydikda keton tanachalari uchraydi

- a) Gipoglikemik komada c) Giperglikemik komada
b) Apopleksik komada d) Uremik komada

56. Siydikni fizik xususiyatini aniqlashda quyidagi aniqlanmaydi

- a) Tiniqligi c) Rangi
b) Siydik reaksiyasi d) Tuzlar

57. Siydikning fizik xossalari qanday kiradi?

- a) Siydik rangi, miqdori, zichligi c) Keton tanachalarini aniqlash
b) Oqsilni aniqlash, qandni aniqlash d) Siydik miqdorini aniqlash

58. Siydikning solishtirma og'irligi meyorida qancha

- a) 1005-1025 c) 1005-1010
b) 1000-1005 d) 1030-1040

59. Sog'lom odam bir sutkada o'rtacha necha marta siydik ajratadi?

- a) 4-7 marta c) 8-9 marta
b) 1-2 marta d) 9-10 marta

60. Sog'lom odamda sutkalik siydigida (Addis Kakovski sinamasi buyicha) saqlanadi

- a) Leykotsitlar 4000 eritrotsitlar 1000 tsilindrlar 200
b) Leykotsitlar 1000 eritrotsitlar 2000 tsilindrlar 500
c) Leykotsitlar 2000000 eritrotsitlar 1000000 tsilindrlar 20000
d) Leykotsitlar 2000 eritrotsitlar 500 tsilindrlar 20

61. Strangeuriya bu:

- a) Kechkurungi siydik miqdorining kunduzgiga nisbatan ustunligi
- b) Tez-tez siydik ajralishi
- c) Siydik ajralmasligi
- d) Qiyin, og'riqli siydik ajralishi

62. Surunkali buyrak yetishmovchiligida qo'llaniladi:

- a) Spazmolitiklar va xolinolitiklar qo'llash
- b) Ovqat ratsionida oqsillarni kamaytirish
- c) Osh tuzining miqdorini kamaytirish
- d) Suv qabul qilishni kamaytirish, osh tuzining miqdorini kamaytirish

63. Surunkali buyrak yetishmovchiligi bilan bemorlar ko'zdan kechirilganda terida qanday o'zgarishlar bo'ladi?

- a) Teri oqargan, shish, quruq
- b) Oqargan rangpar, quruq, kichik ekximozlar
- c) Teri oq, sariq rangda, quruq
- d) Teri ho'l, tarangligi (turgor) pasaygan

64. Surunkali buyrak yetishmovchiligining terminal bosqichida auskultatsiyasida xarakterli..:

- a) Yurak cho'qqisida 1 tonning susayishi
- b) Perikard va plevranning ishqalanish shovqini
- c) Taxikardiya, o'pka arteriyasi ustida shovqin
- d) II ton aktsenti, plevranning ishqalanish shovqini

65. Surunkali diffuz glomerulonefrit kechishida quyidagi qaysi formasi kuzatilmaydi:

- a) Aralash
- b) Astmatik
- c) Gipertonik
- d) Nefrotik

66. Surunkali glomerulonefrit asosiy sindromlariga kirmaydi

- a) Shish sindromi
- b) Siydik sindromi
- c) Astenonevrotik sindrom
- d) Gipertenziya sindromi

72. O'tkir buyrak yetishmovchiligi bo'lgan bemorning holatini aniqlashda asosiy rol o'ynamaydi.

- a) Qondagi xolesterin miqdori
- b) Qondagi kreatinin miqdori
- c) Qondagi kaliy miqdori
- d) Qondagi qoldiq azot

73. O'tkir buyrak yetishmovchiligining kechishidagi davrlarni ko'rsating:

- a) Boshlang'ich davri
- b) Yuqoridagilarning hammasi
- c) Diurezni tiklanish davri
- d) Sog'ayish davri

74. O'tkir diffuz glomerulonefrit ko'pincha rivojlanadi?

- a) Viruslar tasirida
- b) Stafilokokk infeksiyasi tasirida
- c) Streptokokk infeksiyasi tasirida
- d) Mikoplazma infeksiyasi tasirida

75. O'tkir glomerulonefrit klinikasi uchun xarakterli

- a) Gematuriya, gipertoniya, leykotsituriya, tsilindruriya
- b) Leykotsituriya, proteinuriya
- c) Arterial gipertoniya, proteinuriya
- d) Gematuriya, proteinuriya, tsilindruriya

76. O'tkir glomerulonefrit tomir asoratiga kiradi

- a) Buyrak eklamsiyasi
- b) O'tkir buyrak yetishmovchiligi
- c) O'tkir yurak yetishmovchiligi
- d) Bosh miyaga qon quyilishi

79. O'tkir glomerulonefritda ... bo'ladi.

- a) Chap bo'lmaccha gipertrofiyasi
- b) A/V blokadasining 1-bosqich belgilari
- c) Chap qorincha gipertrofiyasi belgilari
- d) Sinaurikulyar blokadasini belgilari

Siydik ajratish tizimiga oid masalalar

1 – masala

Bemor 19 yoshda, jinsi ayol, qishloq shifokorlik punktida shifokor qabuliga kelganda bosh og'rig'i, hansirash, ish qobiliyatini pasayishi, hamda yurak sohasida sanchiq borligiga shikoyat qilib keldi va anamnez yig'ilganida o'zini 2 haftadan buyon kasal hisoblaydi va peshobining rangini qizarishi, oligouriya borligi aniqlandi hamda angina o'tkazganini takidlab. Bemorni ko'zdan kechirganda teri qoplamlari oqimtir rangda, qovoqlarida shish borligi ko'zga tashlanadi.

Bemorga taxminiy tashxis qo'ying.

Palpator, perkutor, auskultativ o'zgarishlarni ayting.
Bemor peshobida qanday o'zgarishlar kutish mumkin.
Qanday instrumental tekshiruvlar olib borish maqul.

2 – masala

Bemor 22 yoshda, jinsi ayol. Qabul bo'limiga kelganda so'rab surishtirildi va 15 kun oldin skarlatina bilan kasallanganligi aniqlandi, shikoyatlari ko'rish qobiliyatining yomonlashuvi, yurak va bel sohasida og'riq borligi bezovta qiladi. Bemor ko'zdan kechirilganda, qovoqlarida shish borligi, laborator siydikda eritrotsitlar borligi aniqlandi.

Bemorning taxminiy tashxisini ayting.

Bemorning asosiy hamda qo'shimcha shikoyatlarini sanab bering.

Kasallikni etiologik omillarini aytib bering.

Bemorlarni ko'zdan kechiring.

Bemor peshobida qanday o'zgarishlar bo'lishi mumkin.

Bemorlar buyragidagi patologo – anatomik o'zgarishlarni ayting.

3 – masala.

Qishloq shifokorlik punktida kelgan bemor, bel sohasini ikki tomonlama simillab og'rishi, peshobining tez – tez kelishi va kam miqdorda kelishiga, bosh og'rig'iga hamda ko'rish qobiliyatini pasayishiga shikoyat qilib keldi. O'zini bemor deb 3 haftadan buyon hisoblaydi va otitdan keyin boshlanganligini aytdi. Laborator tekshiruvlar olib borilganda peshobda eritrotsitlar va oqsil borligi aniqlandi.

Bemorga taxminiy tashxis qo'ying.

Bemordagi perkutor o'zgarishlarni ayting.

Ko'rish qobiliyati susayishi sababini aytib bering.

Bemorlarni rentgenologik tekshiruv o'tkazish texnikasini aytib bering.

Bemor peshobidagi makroskopik hamda mikroskopik o'zgarishlarni aytib bering.

5 –masala.

Kasalxonada tushgan bemor 20 yoshda, jinsi ayol, 3 haftadan buyon kasal, qabulxona shifokori tomonidan barcha tekshiruvlar olib borilgandan so'ng, peshobda oqsil, eritrotsitlar, gialinli tsilindrlar hamda siydik miqdorining kamligi (oligouriya) aniqlandi. Siydikning makroskopik ko'rinishi go'sht yuvilgan suvga o'xshaydi.

Bemor taxminiy tashxisini aniqlang.

Ko'zdan kechirganda qanday o'zgarishlar ko'ramiz.

EKG dagi o'zgarishlarini ayting.

Qon bosimi ko'tarilish mexanizmini tushuntirib bering.

Qanday instrumental tekshiruvlar olib boriladi va texnikasi.

6 – masala.

Bemor jinsi ayol, shifokor qabuliga kelganda bel sohasida og'riq borligi, peshobining kam kelishi va rangining qizarganligiga, yuzlarida hamda oyog'larida shish borligiga shikoyat qildi. Bemordan anamnez yig'ilganida Homiladorlik paytida nefropatiya o'tkazganligi aniqlandi. Bemor ko'zdan kechirilganda yuzlarida va oyog'larida shish borligi aniqlandi.

Bemorga taxminiy tashxis qo'ying.

Siydikdagi makroskopik va mikroskopik o'zgarishlarni aytib bering.

Bemor qonida qanday o'zgarishlar kuzatish mumkin.

Yurak – qon tomir sistemasida qanday o'zgarishlar ko'rish mumkin.

Bu bemorlarga ovqatlanish rejimi va parhez stolini aytib bering.

7 – masala

Bemor jinsi ayol, ambulatoriya sharoitida shifokor qabuliga kelganda bir necha yillardan buyon o'zini kasal deb hisoblaganligini takidladi va quyidagilarga shikoyat qildi, bel sohasida og'riq borligi, siydik miqdorining kamayishi va rangining qizarganligi bezovta qiladi. Bemordan

anamnez yig'ilganida nikturiya borligi aniqlandi va tekshirib ko'rganda qon bosimi 165/105 mm sim. ust. tengligi aniqlandi.

Bemorga taxminiy tashxis qo'ying.

Bemor ko'zdan kechirilganda qanday o'zgarishlarni ko'rishimiz mumkin.

Bemordagi perkutor o'zgarishlarni ayting.

Bemorda qanday laborator va instrumental tekshiruvlar o'tkaziladi va texnikasini ayting.

Zimnitskiy sinamasi yig'ish texnikasini va unda qanday o'zgarishlar bo'lishini aytib

bering.

Davolash taktikasini aytib bering

8 – masala

Bemor jinsi ayol, kasalxanaga kelganda, shifokor ko'rigiga bir necha yillardan berin o'zini kasal deb hisoblaganligini takidladi va quyidagilarga shikoyat qildi, bel sohasida og'riq borligi, siydik miqdorining kamayishi va rangining qizarganligiga hamda yuzlarida va oyoqlarida shish borligini aytdi. Bemordan anamnez yig'ilganida kechqurun siyish chastotasi ko'payganligi va siydik miqdori oshganligi aniqlandi.

Bemorga taxminiy tashxis qo'ying.

Bemor ko'zdan kechirilganda qanday o'zgarishlarni ko'rishimiz mumkin.

Bemordagi perkutor o'zgarishlarni ayting.

Bemorda qanday laborator va instrumental tekshiruvlar o'tkaziladi va texnikasi.

Addis-Kakovskiy usulida siydik sinamasi yig'ish texnikasini va unda qanday o'zgarishlar bo'lishini aytib bering.

Parhez stoli tavsiya eting.

9 masala

Bemor 24 yoshda, jinsi ayol, shikoyati siydik miqdorini kamayishi ya'ni oligouriya borligi aniqlandi. Bemordan anamnez yig'ilganida to'rt yildan buyon terini qayta ishlash korxonasida to'rt xlorli uglerod toksik moddasi bilan muloqotda bo'lganligi va bir necha kunlar oldin gripp bilan kasallanganligi aniqlandi va peshobi tekshirilganida oqsil miqdori oshib ketganligi aniqlandi.

Bemorga taxminiy tashxis qo'ying.

Bemordagi perkutor o'zgarishlarni ayting.

Bemorda qanday laborator va instrumental tekshiruvlar o'tkaziladi va texnikasi

Peshobdagi o'zgarishlarni ayting.

Nechiporenko usulida siydik yig'ish texnikasini va unda qanday o'zgarishlar bo'lishini aytib bering.

11 masala

Bemor 31 yoshda, jinsi erkak, shifokor qabuliga kelganda obdon anamnez yig'ildi va go'shtli ovqatlarni istemol qilishni xush ko'rishi hamda o'ng oyoq bosh barmog'i og'rib turishi aniqlanib bu patsientga podagra borligi va oldin ham shu kasallikdan davolanganligi aniqlandi. Bemor rengenologik tekshiruvlardan o'tgandan so'ng siydik tosh kasalligi deb tashxis qo'yildi.

Kasallikning etiologik omillarini sanab o'ting.

Bemor shikoyatlarini sanab o'ting.

Perkutor o'zgarishlarini aytib bering.

Qanday instrumental tekshiruvlar olib boriladi va unda qanday o'zgarishlar kutish mumkin.

Bemor peshobida qanday o'zgarishlar ko'rish mumkin.

12 masala

Bemor 15 yoshda, qiz bola, poliklinikaga shifokorga murojaat etganda chap tomonda bel sohasini simillab og'rib turishini, tana harorati ko'tarilishi, bosh og'riqlari, varaja qilishiga, siydik rangining loyqaligiga shikoyat qildi. Bemordan anamnez yig'ilganida ikki hafta oldin

sepsis o'tkazganligi aniqlandi. Bemorning peshobi tekshirilganda ko'p miqdorda bakteriyalar hamda leykotsitlar borligi aniqlandi.

Bemorga qanday tashxis qo'yasiz.

Kasallikni etiologiyasi va patogenezini aytib bering.

Qanday instrumental tekshiruvlar olib borgan maqul va qanday o'zgarishlar bo'ladi.

Bemorni siydigidagi o'zgarishlarni aytib bering.

Bu bemor uchun qaysi parhez stolini tavsiya etasiz.

13 masala

Bemor 16 yoshda, o'zini 15- 20 kundan buyon kasal deb biladi va o'z kasalini angina bilan kasallanganligi bilan bog'laydi. Bemordan anamnez yig'ilib, ko'zdan kechirildi va qovoqlarida va oyog'larida shish borligi, laborator peshobda leykotsitlar aniqlandi. Hamda instrumental tekshiruvda buyrak parenximasida yallig'lanish belgilari namoyon bo'ldi.

Bemorning taxminiy tashxisini ayting.

Bemorning asosiy va qo'shimcha shikoyatlarini aytib bering.

Kasallikni etiologiyasi va patogenezini aytib bering.

Bemor peshobi tahlilida qanday o'zgarishlar bo'ladi.

Qanday instrumental tekshiruvlar olib borgan maqul va qanday o'zgarishlar bo'ladi.

14 masala

Bemor kasalxonada nefrologiya bo'limiga tez yordam orqali olib kelindi. Jinsi ayol, 29 yoshda. Shifokor ko'rik paytida so'rab surishtirganda o'ng tomonda bel sohasida og'riq borligini va u shu og'riqlar tufayli har yili 1-2 marta davolanishini aytdi. Bemor qoni tekshirilganida uremiya borligi hamda siydigi ko'zdan kechirilganda rangini loyqa (piuriya), ya'ni tiniq emasligi aniqlandi.

Bemorga taxminiy tashxis qo'ying.

Asosiy va qo'shimcha shikoyatlarini aytib bering.

Kasallik etiologiyasi va patogenezini aytib bering.

Bemor qoni va peshobidagi o'zgarishlarni aytib bering.

Qanday instrumental tekshiruvlar olib boriladi va qanday o'zgarishlar ko'rish mumkin.

AccecmehT 1

Test	Vaziyatli masala
<p>1. Buyrak kasalliklarida og'iz bo'shlig'idagi o'zgarishlar: A). Til oqargan, quruq; B). Til malina rangida, angulyar stomatit; C). Til va lablar ko'kimtir-qizil, til so'rg'ichlari atrofiyasi; D). Til oqargan, stomatit, yarali-nekrotik angina; E). Og'izdan ammiak hidi keladi</p> <p>A) A-B B) B-D C) C-E D) A-E</p> <p>2. Qon zardobida meyoriy mochevina miqdori -...</p> <p>A) 3,23-8,32 mmol/l B) 9-12 mmol/l C) 14-18 mmol/l D) 5,2-9,30 mmol/l</p>	<p>10 masala</p> <p>Bemor 33 yoshda, jinsi ayol. Shifokor qabuliga kelganda ko'pdan buyon kasalligini takidladi, bemor chap tomonda bel sohasida kuchli sanchiluvchi og'riq borligiga va og'riqning qorinning pastki qismiga berilishiga shikoyat qildi. Bemordan anamnez yig'ilganida transportda yurganda bel sohasida chap tomonda og'riq a bo'lib turganligi aniqlandi, og'riq qovuqqa va oyog'lar orasiga beriladi. Bemorni so'rab surishtirganda bel sohasida isitgich (grelka) q'yish va issiq anna qabul qilish og'riqni sekilashtirishi aniqlandi.</p> <p>Bu bemorga qanday tashxis q'yish mumkin? Bemordagi perkutor o'zgarishlarni ayting? Bemor peshobidagi o'zgarishlarni aytib bering? Bemorga qanday instrumental tekshiruvlar olib borgan maqul va qanday o'zgarishlar bo'ladi Bu bemorga sizning davo taktikangiz qanday?</p>

Tushuncha tahlil: Surunkalii piyelonefritni izohlab bering	Amaliy ko'nikma Buyrak palpatsiyasi texnikasi
---	--

AccecmehT 2

<p>Test</p> <p>3. Surunkali buyrak kasalliklarini asboblar yorda mida tashxislash usullariga kirmaydi: A). Exografiya; B). Laparoskopiya; C). Fonografiya; D). Skanirlash; E). Punktsion biopsiya; J). Retrograd pielografiya;</p> <p>A) A-B B) A-C C) D-E D) E-J</p> <p>4. Makrogematuriya bu -...</p> <p>a) Suydikda epiteliylarni ajralishi b) To'qimalarda eritrotsit miqdorini ko'payishi c) Suydikda leykotsit ajralishi d) Siydikda qonni bevosita bo'lishi</p>	<p style="text-align: center;">Vaziyatli masala</p> <p>15 masala</p> <p>Qishloq vrachlik punktida kelgan bemor quyidagicha shikoyat qildi. Bel sohasini chap tomoni simillab og'rib turishi, tez-tez peshob kelishi va peshobi tiniq emasligini takidladi. Bemor so'rab surishtirilganda ba'zan - ba'zan tana harorati ko'tarilishi, boshi og'rib, yuragi sanchilib turishi aniqlandi va o'zini kasalini bir necha yillardan buyon borligini hamda davolanib turishini ta'kidladi. Peshob analizida ko'p miqdorda leykotsitlar borligi ma'lum bo'ldi. Bemorga taxminiy tashxis qo'ying. Kasallik etiologiyasi va patogenezi aytib bering. Buyrakdagi morfologik o'zgarishlarini aytib bering. Bemor qoni va peshobidagi o'zgarishlarni aytib bering. Qanday instrumental tekshiruvlar olib boriladi va qanday o'zgarishlar ko'rish mumkin?</p>
Tushuncha tahlil: Surunkalii glomerulonefritni izohlab bering	Amaliy ko'nikma Zimnitsikiy usulida siydik yig'ish texnikasi

AccecmehT 3

<p>Test</p> <p>5. Buyrak yetishmovchiligi sindromida qondagi o'zgarishlarni ko'rsating: A). Kreatinin miqdorini oshishi; B). Mochevina miqdori oshishi; C). Aldolaza miqdorini oshishi; D). Bilirubin miqdorini oshishi; E). Proteinuriya; J). glyukozuriya</p> <p>A) A-B-E B) E-C-B C) D-J-A D) B-D-E</p> <p>6. Zimnitskiy sinamasida ... aniqlanadi?</p> <p>a) Tuzlar b) Oqsillar c) Shakliy elementlar d) Siydik nisbiy zichligi</p>	<p style="text-align: center;">Vaziyatli masala</p> <p>20 masala</p> <p>Bemor 26 yoshda, jinsi ayol, turar joy poliklinikasida xudud terapevtida surunkali glomerulonefrit diagnozi bilan dispanser nazoratida turadi, oxirgi kunlarda kechqurun siyish chastotasi ko'paydi va bemor davolanish uchun nefrologiya bo'limiga murojaat qildi va davolash uchun gospitalizatsiya qilindi. Bu siydik ajralishining buzilishi qanday ataladi. Kechqurungi siydik ajralish chastotasi kupayishi qaysi kasalliklarda uchraydi. Bu turdagi siydik ajralishi qaysi sinama orqali aniqlanadi va uning yig'ish texnikasi.</p>
--	---

Tushuncha tahlil: Surunkali tsistitni izohlab bering	Amaliy ko'nikma Addis-Kakovskiy usulida siydik yig'ish texnikasi
---	---

AccecmehT 4

<p>Test</p> <p>7. O'tkir glome rulonefritga xos belgilar: A). Proteinuriya aniqlanadi; B). Siydikning solishtirma og'irligi o'zgarmaydi; C). Surunkali shaklga o'tishi mumkin; D). Doim kortikosteroidlar qo'llash</p> <p>A) A-B-C B) B-C-D C) A-C-D D) B-D-A</p> <p>8. Yuzi oqargan, kam ifodalangan, shishlar (asosan yuqori va pastki qovoq sohalarida) kuzatilishi xarakterli:</p> <p>a) Yurak qon-tomir kasalliklarida b) O'pka kasalliklarida c) Buyrak kasalliklarida d) Qon kasalliklarida</p>	<p>Vaziyatli masala</p> <p>28 masala</p> <p>Bemor 26 yoshda, jinsi erkak, qishloq shifokorlik punktida xudud terapevtida buyrak kasalligi bilan dispanser nazoratida turadi. Bemorda oxirgi kunlarda siyishi va siydik rangi o'zgarib va bemor davolanish uchun viloyat diagnostika markaziga murojaat qildi va nefrologiya bo'limiga gospitalizatsiya qilindi. Bemorning siydigi tekshirilganida oqsil borligi aniqlandi (normada siydik tarkibida oqsil bo'lmaydi). Siydikda oqsil paydo bo'lishi qanday ataladi. Bu turdagi siydik ajralishi qaysi kasalliklarda uchraydi. Addis-Kakovskiy usulda siydik yig'ish va uning texnikasi.</p>
<p>Tushuncha tahlil: Buyrak gipertenziyasi kelib chiqish mexanizmini izohlang</p>	<p>Amaliy ko'nikma Buyrak perkussiyasi texnikasi</p>

AccecmehT 5

<p>Test</p> <p>9. O'tkir glome rulonefritga xos belgilar (3): A). Dizurik buzilishlar; B). Proteinuriya va tsilindruriya; C). Bakteriuriya; D). Buyrak biopstatida xarakterli morfologik holat; E) glukozuriya; J). Giperproteinemiya</p> <p>A) A-B-C B) A-J-E C) C-D-A D) A-B-D</p> <p>10. Xronik glome rulonefritning latent shakli uchun xarakterli belgi:</p> <p>a) Arterial gipertoniya b) Yuqori proteinuriya c) Kuchsiz namayon bo'lgan siydik sindromi d) Shishlar</p>	<p>Vaziyatli masala</p> <p>27 masala</p> <p>Bemor 29 yoshda, jinsi erkak, qishloq vrachlik punktida xudud terapevtida siydik tosh kasalligi bilan dispanser nazoratida turadi. Bemorda oxirgi kunlarda siyish og'riqli bo'lib va bemor davolanish uchun viloyat diagnostik markaziga murojaat qildi va nefrologiya bo'limiga gospitalizatsiya qilindi. UTT tekshiruvida siydik yo'llarida tosh borligi aniqlandi. Bu siydik ajralishining buzilishi qanday ataladi. Bu turdagi siydik ajralishi qaysi kasalliklarda uchraydi. Addis-Kakovskiy usulda siydik yig'ish va uning texnikasi.</p>
<p>Tushuncha tahlil: Fatsies nefritikani izohlab bering</p>	<p>Amaliy ko'nikma Ambyurje usulida siydik yig'ish texnikasi</p>

AccecmehT 6

<p>TEST</p> <p>11. Surunkali pielonefritda umumiy siydik tahlilidagi o'zgarishlar (3): A). Leykotsituriya; B). Bakteriuriya; C). Eritrotsituriya; D). Massiv silindruriya; E). Dizuriya</p> <p>A) A-B-E B) A-C-D C) C-D-E D) B-D-C</p> <p>12. Haqiqiy anuriyaga sabab bo'la olmaydi.</p> <p>a) O'tkir glomerulonefrit b) Boshqa guruhdagi qon quyilganda c) Orqa miya zararlanganda d) Anafilaktik shok</p>	<p>Vaziyatli masala</p> <p>26 masala</p> <p>Bemor 67 yoshda, jinsi erkak, qishloq vrachlik punktida xudud terapevtida prostata adenomasi bilan dispanser nazoratida turadi, ba'zan qorinning pastki qismida va bel sohasida simillovchi og'riqlar bezovta qilib turgan va birdaniga siydik ajralmay qoldi. Bemor davolanish uchun viloyat diagnostika markaziga murojaat qildi va nefrologiya bo'limiga gospitalizatsiya qilindi.</p> <p>Bu siydik ajralishining buzilishi qanday ataladi. Bu turdagi siydik ajralishi qaysi kasalliklarda uchraydi.</p> <p>Amburyje usulida siydik yig'ish va uning texnikasi.</p> <p>Bemorga shoshilinch yordam ko'rsating.</p>
<p>Tushuncha tahlil: Pollakiuriya izohlab bering</p>	<p>Amaliy ko'nikma Hechiporenko usulida siydik yig'ish texnikasi</p>

Acceмент 7

<p>TEST</p> <p>13. Surunkali glomerulonefritning etiologiyasida katta ahamiyatga ega (3); A). Sistemali qizil volchanka; B). Streptakokkli infeksiya; C). Virusli infeksiya; D). Temir transportining buzilishi; E). Radiatsiya tasiri; J). Haddan tashqari yog'li ovqatlar istemol qilish;</p> <p>A) A-B-E B) A-C-D C) C-D-J D) A-B-C</p> <p>14. O'tkir va surunkali glomerulonefritning siydik sindromi uchun xarakterli emas:</p> <p>a) Leykotsitlarning eritrotsitlardan ustunligi b) Proteinuriya c) Gematuriya d) Tsilindruriya</p>	<p>Vaziyatli masala</p> <p>25 masala</p> <p>Bemor 17 yoshda, jinsi erkak, qishloq vrachlik punktida xudud terapevtida dispanser nazoratida turadi, ba'zan bel sohasida sanchiluvchan og'riqlar bo'lib, oyog'lar orasiga irradiatsiya qilgan, qovoqlari, yuzlarida shish bo'lib turgan va bemorda sekin asta siydik miqdori kamayib, siydik ajralmay qoldi. Bemor davolanish uchun viloyat diagnostika markaziga murojaat qildi va davolanish uchun nefrologiya bo'limiga gospitalizatsiya qilindi.</p> <p>Bu siydik ajralishining buzilishi qanday ataladi. Bu turdagi siydik ajralishi qaysi kasalliklarda uchraydi.</p> <p>Amburyje usulda siydik yig'ish va uning texnikasi.</p>
<p>Tushuncha tahlil: Nikturiyani izohlab bering</p>	<p>Amaliy ko'nikma Siydik yo'llarini rentgenologik tekshish texnikasi</p>

Acceмент 8

<p>TEST</p> <p>15. Ikkilamchi pielonefrit</p>	<p>Vaziyatli masala</p> <p>24 masala</p>
---	---

<p>rivojlanishida hal qiluvchi rol o'ynaydi (3); A). Siydik tosh kasalligi; B). Asabiy zo'riqish C). Irsiyat; D). Urodinamik buzilishlar; E). Ovqatlanishning buzilishi; J). Jismoniy zurikish</p> <p>A) A-B-E B) A-C-D C) C-D-E D) D-C-J</p> <p>16. O'tkir nefritdagi siydik sindromiga xos belgilar, bittadan tashqari</p> <p>a) Proteinuriya b) Tsilindruriya c) Makrogematuriya d) Mikrogematuriya</p>	<p>Bemor 30 yoshda, jinsi ayol, poliklinikaga xudud terapevtida buyrak kasalligi bilan dispanser nazoratida turadi, oxirgi kunlarda sutkalik siyish miqdori ko'paydi va bemor davolanish uchun turar joy poliklinikasiga murojaat qildi va davolash uchun bemor nefrologiya bo'limiga gospitalizatsiya qilindi, siydikni tekshirganda nisbiy zichligi pasaygan (normada 1,015-1,028).</p> <p>Bu siydik ajralishining buzilishi qanday ataladi. Bu turdagi siydik ajralishi qaysi kasalliklarda uchraydi. Zimnitskiy usulida siydik yig'ish va uning texnikasi, metodikasi, meyoriy tarkibi</p>
<p>Tushuncha tahlil: Poliuriyani izohlab bering</p>	<p>Amaliy ko'nikma Retrograd piyelografiya o'tkazish texnikasi</p>

AccecmehT 9

<p>Test</p> <p>17. Pielonefrit xurujida qaysi preparatlar qo'lla nilmaydi (3); A). Furagin; B). Biseptol; C). Geparin; D). Streptomitsin; E). Omeprazol; J). Nitroksolin;</p> <p>A) A-B-E B) A-C-D C) C-D-E D) D-C-J</p> <p>18. O'tkir glomerulonefritda o'lim sabablari quyidagi asoratlar bilan bog'liq, faqat bittadan tashqari:</p> <p>a) Miyaga qon quyilishi b) Podagrik buyrak c) O'tkir yurak yetishmovchiligi d) Infektsiyaning tarqalishi</p>	<p>Vaziyatli masala</p> <p>23 masala</p> <p>Bemor 23 yoshda, jinsi ayol, poliklinikada xudud terapevtida buyrak kasalligi bilan dispanser nazoratida turadi, oxirgi kunlarda sutkalik siyish miqdori kamaydi (normada 1,5-2 litr, bemorda 500 mldan kam) va bemor davolanish uchun turar joy poliklinikasiga murojaat qildi va davolash uchun bemor nefrologiya bo'limiga gospitalizatsiya qilindi. Bu siydik ajralishining buzilishi qanday ataladi. Bu turdagi siydik ajralishi qaysi kasalliklarda uchraydi. Bu turdagi siydik ajralish turini qaysi metod orqali aniqlaymiz uning yig'ish texnikasi, metodikasi.</p>
<p>Tushuncha tahlil: Oligouriyani izohlab bering</p>	<p>Amaliy ko'nikma Ekskretor uroografiya o'tkazish texnikasi</p>

AccecmehT 10

<p>Test</p> <p>19. Nechiporenko sinamasida aniqlaydi (3); A). 1 ml siydikda leykotsitlar soni; B). Koptokchalar filtratsiya miqdorini; C). 1 ml siydikda tsilindrlar sonini; D). Siydikda kreatinin darajasi; E). Sutkalik protienuriya</p>	<p>Vaziyatli masala</p> <p>22 masala</p> <p>Bemor 26 yoshda, jinsi erkak, poliklinikada xudud terapevtida buyrak kasalligi bilan dispanser nazoratida turadi, oxirgi kunlarda sutkalik siydik miqdori ko'paydi (normada 1,5-2 litr) va bemor davolanish uchun turar joy</p>
--	--

miqdorini; J). 1 ml siydikda eritrotsitlar sonini; A) A-B-E B) A-C-J C) C-D-E D) B-D-C 20. O'tkir glomerulonefritda qon zardobida oqsillar nisbati qanday bo'ladi. a) Albuminlar ko'payib, γ -globulinlar ko'payadi b) Albuminlar va globulinlar nisbati o'zgarmaydi c) Albuminlar miqdori kamayib α_2 va γ globulinlar ko'payadi d) Albuminlar kamayib alfa-globulinlar ko'payadi	poliklinikasiga murojaat qildi va davolash uchun bemor nefrologiya bo'limiga hospitalizatsiya qilindi. Bu siydik ajralishining buzilishi qanday ataladi. Bu turdagi siydik ajralishi qaysi kasalliklarda uchraydi. Nechiporenko usulda siydik yig'ish va uning texnikasi.
Tushuncha tahlil: Stranguriyani izohlab bering	Amaliy ko'nikma Buyrak tomirlarini angiografiyasi texnikasi

Ассесмент 11

Test 21. Nefrotik sindrom tashxisi uchun qaysi ko'rsatkichlar ma'lumot bera oladi (3); A). Qonda gemoglobin miqdori; B). Qon zardobida xolesterin miqdori; C). Qon zardobida kreatinin darajasi; D). Kanalkalar reabsorbsiya darajasi; E). Qon zardobida albumin darajasi; J). Sutkalik proteinuriya miqdori; A) A-B-E B) A-C-D C) C-E-J D) B-D-C 22. O'tkir glomerulonefrit tomir asoratiga kiradi a) Buyrak eklampsiyasi b) O'tkir buyrak yetishmovchiligi c) O'tkir yurak yetishmovchiligi d) Bosh miyaga qon quyilishi	Vaziyatli masala 21 masala Bemor 20 yoshda, jinsi erkak, qishloq vrachlik punktida xudud terapevtida buyrak kasalligi bilan dispanser nazoratida turadi, oxirgi kunlarda sutkalik siyish chastotasi ko'paydi (normada 5-7 marta) va bemor davolanish uchun viloyat diagnostik markaziga murojaat qildi va davolash uchun hospitalizatsiya qilindi. Bu siydik ajralishining buzilishi qanday ataladi. Bu turdagi siydik ajralishi qaysi kasalliklarda uchraydi. Addis-Kakovskiy usulda siydik yig'ish va uning texnikasi.
Tushuncha tahlil: Anuriyani izohlab bering	Amaliy ko'nikma Buyrakni ultratovush bilan tekshirish metodi

Ассесмент 12

Test 23. Siydik sindromiga xarakterli belgilar (3) A) Siydikda oqsil bo'lishi; B) Siydikda eritrotsitlar bo'lishi; C) Siydikda glyukoza bo'lishi; D) Siydikda tuzlar bo'lishi; E) Siydikda	Vaziyatli masala 19 masala Bemor 33 yoshda, jinsi ayol, shifokor qabuliga kelganda ertalablari qovoqlarida, yuzlarida tanasida va oyog'larida shish paydo bo'lishiga, shishlar birinchi bo'lib qovoqlarida
---	---

<p>leykotsit va tsilindrlar bo'lishi</p> <p>A) A-C-D B) B-D-E C) A-B-E D) C-D E</p> <p>24. Sutkalik siydik miqdorining kamayishi bu:</p> <p>A) Nikturiya B) Anuriya C) Oligouriya D) Poliuriya</p>	<p>paydo bo'ldi, siydik miqdorini kun sayin kam ajralishiga shikoyat qildi. Bemordan anamnez yig'ilganida ba'zan-ba'zan bel sohasida og'riq bo'lganligi aniqlandi va ish joyida namlik baland va harorat past.</p> <p>Bemorda paydo bo'lgan shishlar qaysi kasallik uchun xos.</p> <p>Qaysi kasalliklar shish sindromi bilan kechadi. Bu shishlarning boshqa shishlardan farqi.</p>
<p>Tushuncha tahlil: Proteinuriyani izohlab bering</p>	<p>Amaliy ko'nikma Buyrakdan biopsiya olish texnikasi</p>

AccecmehT 13

<p>Test</p> <p>25. Siydikning organizatsiyalashgan qoldig'iga kiradi(4): A). Epitelial xujayralar; B). Eritrotsitlar; C). Tsilindrlar; D) Uratlar; E). Leykotsitlar; J). Fosfatlar; Z). Siydik kislova; I). Bakteriyalar</p> <p>A) A-B-D-I B) A-B-C-E C) B-C-D-I D) C-D-J-Z</p> <p>26. Sutkalik siydik miqdorining 2000ml dan ko'payishi nima deyiladi?</p> <p>a) Nikturiya b) Anuriya c) Oligouriya d) Poliuriya</p>	<p>Vaziyatli masala</p> <p>18 masala</p> <p>Bemor 45 yoshda, jinsi ayol, ish joyida sog'likni saqlash vazirligining 300 buyrug'i asosida, profilaktik ko'rik paytida bemor siydigida oqsil, leykotsitlar hamda tsilindrlar borligi aniqlandi. Bemor ko'zdan kechirilganda biroz qovoqlarida shish borligi aniqlandi.</p> <p>Anamnez yig'ilganida tuberkulez, osteomielit o'tkazganligi aniqlandi, ammo bemor sog'ligiga hech qanday shikoyat qilmaydi.</p> <p>Bemorga taxminiy tashxis qo'ying.</p> <p>Kasallik etiologik omillarini aytib bering.</p> <p>Bemorlar qonida qanday o'zgarishlar bo'ladi.</p>
<p>Tushuncha tahlil: Gematuriyani izohlab bering</p>	<p>Amaliy ko'nikma Umumiy tahlil uchun siydik yig'ish texnikasi</p>

AccecmehT 14

<p>Test</p> <p>27. O'tkir pielonefritga xos bo'lgan belgilar(5): A) Artralgiya; B) Mialgiya; C) Tana haroratining ko'tarilishi; D) Varaja qilish; E) Pasternatskiy simptomining musbat bo'lishi; J) Belda og'riq; Z) Diareya; I) Dizuriya</p> <p>A) C-D-E-J-I B) A-B-C-Z-I C) D-E-J-Z-I D) B-D-E-J-I</p> <p>69. Sutkalik siydik miqdori aniqlanadi.</p> <p>a) Zimnitskiy sinamasi yordamida</p>	<p>Vaziyatli masala</p> <p>17 masala</p> <p>Bemor 37 yoshda, jinsi ayol. Tez yordam mashinasida koma holatidagi bemorni olib kelindi. Bemor savollarga javob bermaydi, atrof muhitga, tashqi ta'sirotlarga reaksiya yo'q.</p> <p>Bemor ko'zdan kechirilganda rangi rangpar (oqargan), terilarida qashalgan izlar bor, qovoqlari hamda badanida shishlar borligi hamda nafasidan va terisidan noxush ammiak hidi keladi.</p> <p>Sizning taxminiy tashxisingiz qanday.</p>
--	---

b) Necheporenko sinamasi yordamida c) Addis-Kokovskiy sinamasi yordamida d) Reberg sinamasi yordamida	Sizning taktikangiz. Tekshiruv rejangiz qanday va qanday natijalar kutish mumkin? Qon va siydik tahlilida qanday o'zgarishlar ko'rish mumkin?
Tushuncha tahlil: Nefrotik sindromni izohlab bering	Amaliy ko'nikma Buyrak palpatsiyasi texnikasi

AccecmehT 15

Test 29. Glomerulonefritga xos klinik belgilar(4): A) Gipertonik; B) Nefrotik; C) Simptomsiz buyrak kasalliklari: proteinuriya, gematuriya; D) Surunkali buyrak yetishmovchiligi; E) Astenovegetativ; J) Dispeptik; Z) Xolestatik; I) Gemorragik A) A-C-E-I B) A-B-C-D C) D-E-J-Z D) E-Z-I-D 30. Surunkali pielonefritni davolashda qo'llanilmaydi: a) Antikoagulyantlar b) Sulfanilamidlar c) Nitrofuranlar d) Gipotenziv preparatlar	Vaziyatli masala 16 masala Tez yordam mashinasi orqali olib kelingan bemor majburiy holatda chap biqinda oyog'larini bukib qorniga tortib yotibdi va bel sohasida chap tomonda kuchli og'riq borligiga va tana harorati ko'tarilishiga shikoyat qildi. Shifokor bemordan anamnez to'plaganida buyrak kasalliklariga xos hech qanday ma'lumot yig'a olmadi. Og'riqni differentsiatsiya qilish uchun bemor beliga muzli xaltacha qo'yildi va bemor belidagi og'riqlar biroz sekinlashdi. Sizning taxminiy tashxisingiz. Bu bemorga qanday laborator tekshiruvlar olib boriladi va qanday o'zgarish kutish mumkin? Bu bemorga qanday instrumental tekshiruvlar olib borgan maqul?
Tushuncha tahlil: Surunkali glomerulonefritni gipertonik formasini izohlang	Amaliy ko'nikma Addis-Kakovskiy usulida siydik yig'ish texnikasi

AccecmehT 16

Test 31. Pielonefritga xos belgilar(4): A) Belning bir tomonida og'riq; B) Tez-tez og'riqli diurez; C) Tana haroratining ko'tarilishi; D) Titrash; E) Belning ikki tomonida og'riq; J) Go'sht yuvindisi" rangli siydik; Z) Oligouriya; I) Eritrotsituriya A) A-D-Z-I 2) B-C-E-J C) C-J-Z-I D) A-BC-D 32. Surunkali pielonefritlar diagnostikasida yaxshi informativ usul: a) UZI b) Ekskretor urografiya c) Radioizotop tekshirish d) Xromotsistoskopiya	Vaziyatli masala 15 masala Qishloq vrachlik punktida kelgan bemor quyidagicha shikoyat qildi. Bel sohasini chap tomoni simillab og'rib turishi, tez-tez peshob kelishi va peshobi tiniq emasligini takidladı. Bemor so'rab surishtirilganda ba'zan - ba'zan tana harorati ko'tarilishi, boshi og'rib, yuragi sanchilib turishi aniqlandi va o'zini kasalini bir necha yillardan buyon borligini hamda davolanib turishi ta'kidladı. Peshob analizida ko'p miqdorda leykotsitlar borligi ma'lum bo'ldi. Bemorga taxminiy tashxis qo'ying. Kasallik etiologiyasi va patogenezini aytib bering. Bemor qoni va peshobidagi o'zgarishlarni aytib bering.
---	--

	Qanday instrumental tekshiruvlar olib boriladi va qanday o'zgarishlar ko'rish mumkin?
Tushuncha tahlil: Izostenuriyani izohlab bering	Amaliy ko'nikma Zimnitsikiy usulida siydik yig'ish texnikasi

AccecmehT 17

<p>Test</p> <p>33. O'tkir glomerulonefritda siydik analizida aniqlanadi(4): A) Lleykotsitlar ; B) Eritrotsitlar; C) Solishtirma og'irligining 1020 dan oshishi; D) Glyukozuriya; E) Oksalatlar; J) Tsilindrlar; Z) Uratlar; D) Proteinuriya;</p> <p>A) A-B-C-D B B-C-J-I C) E-J-Z-I D) D-J-Z-I</p> <p>34. Stranguriya bu:</p> <p>a) Kechkurungi siydik miqdorining kunduzgiga nisbatan ustunligi b) Tez-tez siydik ajralishi c) Siydik ajralmasligi d) Qiyin,og'riqli siydik ajralishi</p>	<p>Vaziyatli masala</p> <p>14 masala</p> <p>Bemor kasalxonada nefrologiya bo'limiga tez yordam orqali olib kelindi. Jinsi ayol, 29 yoshda. Shifokor ko'rik paytida so'rab surishtirganda o'ng tomonda bel sohasida og'riq borligini va u shu og'riqlar tufayli har yili 1-2 marta davolanishini aytdi. Bemor qoni tekshirilganida uremiya borligi hamda siydigi ko'zdan kechirilganda rangini loyqa (piuriya), ya'ni tiniq emasligi aniqlandi. Bemorga taxminiy tashxis qo'ying. Asosiy va qo'shimcha shikoyatlarini aytib bering. Kasallik etiologiyasi va patogenezi aytib bering. Bemor qoni va peshobidagi o'zgarishlarni aytib bering. Qanday instrumental tekshiruvlar olib boriladi va qanday o'zgarishlar ko'rish mumkin?</p>
Tushuncha tahlil: Uremiyani izohlab bering	Amaliy ko'nikma Hechiporenko usulida siydik yig'ish texnikasi

AccecmehT 18

<p>Test</p> <p>35. O'tkir pielonefritga xos bo'lmagan belgilar(3):</p> <p>A) Artralgiya; B) Mialgiya; C) Tana haroratining ko'tarilishi; D) Qaltirash; E) Pasternatskiy simptomining musbat bo'lishi; J) Belda og'riq; Z) Diareya; I) Dizuriya</p> <p>A) A-C-Z B) D-J-I C) B-E-I D) A-B-Z</p> <p>36. Soglom odamda sutkalik siydigida (Addis Kakovskiy sinamasi buyicha) saqlanadi</p> <p>a) leykotsitlar 4000 eritrotsitlar 1000 tsilindrlar 200 b) leykotsitlar 1000 eritrotsitlar 2000 tsilindrlar</p>	<p>Vaziyatli masala</p> <p>13 masala</p> <p>Bemor 16 yoshda, o'zini 15- 20 kundan buyon kasal deb biladi va o'z kasalini angina bilan kasallanganligi bilan bog'laydi. Bemordan anamnez yig'ilib, ko'zdan kechirildi va qovoqlarida va oyog'larida shish borligi, laborator - peshobda leykotsitlar aniqlandi. Hamda instrumental tekshiruvda buyrak parenximasida yallig'lanish belgilari namoyon bo'ldi. Bemorning taxminiy tashxisini ayting. Bemorning asosiy va qo'shimcha shikoyatlarini aytib bering. Kasallikni etiologiyasi va patogenezi aytib bering. Bemor peshobi tahlilida qanday o'zgarishlar bo'ladi?</p>
--	--

500 c) leykotsitlar 2000000 eritrotsitlar 1000000 tsilindrlar 20000 d) leykotsitlar 2000 eritrotsitlar 500 tsilindrlar 20	Qanday instrumental tekshiruvlar olib borgan maqul va qanday o'zgarishlar bo'ladi?
Tushuncha tahlil: Uremik komani izohlab bering	Amaliy ko'nikma Gyuyon usulida buyrak palpatsiyasi texnikasi

AccecmehT 19

<p>Test</p> <p>37. O'tkir pielonefritga xos belgilar(4):</p> <p>A) Artralgiya; B) Mialgiya; C) Tana haroratining ko'tarilishi, qaltirash; D) Dizuriya; E) Pasternatskiy simptomining musbat bo'lishi; J) Belda og'riq; Z) Diareya</p> <p>A) A-B-D-J B) C-D-E-J C) C-G-D-E D) A-B-D-Z</p> <p>38. Soglom odam bir sutkada o'rtacha necha marta siydik ajratadi?</p> <p>a) 4-7 marta b) 1-2 marta c) 8-9 marta d) 9-10 marta</p>	<p>Vaziyatli masala</p> <p>12 masala</p> <p>Bemor 15 yoshda, qiz bola, poliklinikaga shifokorga murojaat etganda chap tomonda bel sohasini simillab og'rib turishini, tana harorati ko'tarilishi, bosh og'riqlari, varaja qilishiga, siydik rangining loyqaligiga shikoyat qildi. Bemordan anamnez yig'ilganida ikki hafta oldin sepsis o'tkazganligi aniqlandi. Bemorning peshobi tekshirilganda ko'p miqdorda bakteriyalar hamda leykotsitlar borligi aniqlandi. Bemorga qanday tashxis qo'yasiz? Kasallikni etiologiyasi va patogenezi aytib bering.</p> <p>Qanday instrumental tekshiruvlar olib borgan maqul va qanday o'zgarishlar bo'ladi? Bemorni siydigidagi o'zgarishlarni aytib bering. Bu bemor uchun qaysi parhez stolini tavsiya etasiz?</p>
Tushuncha tahlil: Ishuriya-bu	Amaliy ko'nikma Retrograd pielografiya o'tkazish texnikasi

AccecmehT 20

<p>Test</p> <p>39. Surunkali buyrak yetishmovchiligiga xos bo'lgan asosiy modda almashinuvi buzilishini ko'rsating: (2) A) kreatinin; B) Mochevina; C) Lipoproteidlar; D) Elektrolitlar; E) Uglevodlar</p> <p>A) A-E B) B-D C) C-E D) A-B</p> <p>40. Siydikning solishtirma og'irligi meyorda qancha</p> <p>a) 1005-1025 b) 1000-1005 c) 1005-1010</p>	<p>Vaziyatli masala</p> <p>11 masala</p> <p>Bemor 31 yoshda, jinsi erkak, shifokor qabuliga kelganda obdon anamnez yig'ildi va go'shtli o'vqatlarni istemol qilishni xush ko'rishi hamda o'ng oyog' bosh barmog'og'rib turishi aniqlanib bu patsientga podagra borligi va oldin ham shu kasallikdan davolanganligi aniqlandi. Bemor rengenologik tekshiruvlardan o'tgandan so'ng siydik tosh kasalligi deb tashxis qo'yildi. Kasallikning etiologik omillarini sanab o'ting. Bemor shikoyatlarini sanab o'ting. Perkutor o'zgarishlarini aytib bering. Qanday instrumental tekshiruvlar olib boriladi va unda qanday o'zgarishlar kutish mumkin?</p>
---	---

d) 1030-1040	Bemor peshobida qanday o'zgarishlar ko'rish mumkin?
Tushuncha tahlil: Diurezni izohlang	Amaliy ko'nikma Ekskretor urografiya o'tkazish texnikasi

AccecmehT 21

<p>TEST</p> <p>45. Nechiporenko sinamasi orqali aniqlanmaydi: A). Siydikda kreatinin miqdori B). Koptokcha filtratsiyasini miqdori C). 1 ml siydikdagi leykotsitlar soni D). 1 ml siydikdagi eritrotsitlar soni E). Siydikning sutkalik miqdori J) Siydikdagi silindrlar miqdori</p> <p>1) A-B-J 2) A-B-E 3) C-D-E 4) D-E-J</p> <p>54. Siydik yo'llarini endoskopik tekshiruviga kiradi:</p> <p>a) Bronxoskopiya b) Tsistoskopiya c) Rinoskopiya d) Kolonoskopiya</p>	<p style="text-align: center;">Vaziyatli masala</p> <p style="text-align: center;">10 masala</p> <p>Bemor 33 yoshda, jinsi ayol. Shifokor qabuliga kelganda ko'pdan buyon kasalligini takidladi, bemor chap tomonda bel sohasida kuchli sanchiluvchi og'riq borligiga va og'riqning qorinning pastki qismiga berilishiga shikoyat qildi. Bemordan anamnez yig'ilganida transportda yurganda chap tomonda og'riq bel sohasida bo'lib turganligi aniqlandi, og'riqning qovuqga va oyog'lar orasiga berilishi bezovta qilib turadi. Bemorni so'rab surishtirganda bel sohasida isitgich (grelka) q'yish va issiq vanna qabul qilish og'riqni sekinlashtirishi aniqlandi. Bu bemorga qanday tashxis q'yish mumkin? Bemordagi perkutor o'zgarishlarni ayting. Bemor peshobidagi o'zgarishlarni aytib bering. Bemorga qanday instrumental tekshiruvlar olib borgan maqul va qanday o'zgarishlar bo'ladi? Bu bemorga sizning davo taktikangiz qanday?</p>
Tushuncha tahlil: Dizuriyani izohlang	Amaliy ko'nikma Ambiyurje usulida siydik yig'ish texnikasi

Siydik ajratish tizimi javob variantlari

1-b	16-a	31-a	46- d	60-c	75-d
2-c	17-b	32- a	47-a	61-d	76-d
3-a	18-a	33-c	48-a	62-d	77-c
4-d	19-c	34-d	49-b	63-a	78-b
5-a	20-d	35-a	50-c	64-d	78-b
6-a	21-b	36-c	51-d	65-b	79-c
7-c	22-a	37-b	52-b	66-c	
8-a	23-d	38-b	53-a	67-c	
9-b	24-c	39-d	54-b	68-a	
10-b	25-b	40-a	55-c	69-a	
11-c	26-a	41-a	56-d	70-d	
12-a	27-b	42-c	57-a	71-c	
13-d	28-a	43-b	58-a	72-b	
14-d	29-c	44-a	59-a	73-b	
15-c	30-c	45-d		74-c	

Nazorat savollari va topshiriqlar

Test savollarini yeching;

Siydik ajratish tizimi kasalliklari bilan kasallangan bemorlarni asosiy va qo'shimcha shikoyatlarini ayting;

Siydik ajratish tizimi kasalliklari bilan kasallangan bemorlarni ko'zdan kechirish va uning ahamiyatini ayting;

Siydik ajratish tizimi kasalliklari bilan kasallangan bemorlarni palpatsiyasi, perkussiyasi texnikasi va diagnostik ahamiyatini ayting;

O'tkir va surunkali pielonefrit simptomatologiyasini ayting;

O'tkir glomerulonefritlar simptomatologiyasini ayting;

Surunkali glomerulonefritlar simptomatologiyasini ayting;

Surunkali glomerulonefrit bilan kasallangan bemorlarni ko'zdan kechirishning diagnostik ahamiyatini ayting;

Siydik ajratish tizimi kasalliklari bilan kasallangan bemorlarni instrumental tekshirish va dignostik ahamiyati;

Siydik ajratish tizimi kasalliklari bilan kasallangan bemorlarni laborator tekshirish usullari va diagnostik ahamiyati;

Asosiy siydik sindromlari haqida tushuncha bering;

Siydik yig'ish texnikalarini aytib bering;

Mustaqil ish topshiriqlari

Siydik ajratish tizimi kasalliklari bilan kasallangan bemorlarni paypaslash texnikasini bilish;

Siydik ajratish tizimi kasalliklari bilan kasallangan bemorlarni perkussiya qilish texnikasini bilish;

Siydik ajratish tizimi kasalliklari bilan kasallangan bemorlar siydik yig'ish texnikasini bilish;

Siydik ajratish tizimi kasalliklari bilan kasallangan bemorlarni instrumental tekshiruvlarga tayorlash va tekshiruv o'tkaza bilish;

Siydik ajratish tizimi kasalliklari bilan kasallangan bemorlarni laborator tekshiruvlarga tayorlash laborator tahlil qila olish;

Nechiporenko usulida siydik yig'ish texnikasi;

Zimnitskiy usulida siydik yig'ish texnikasi;

Addis-Kakovcki usulida siydik yig'ish texnikasi;

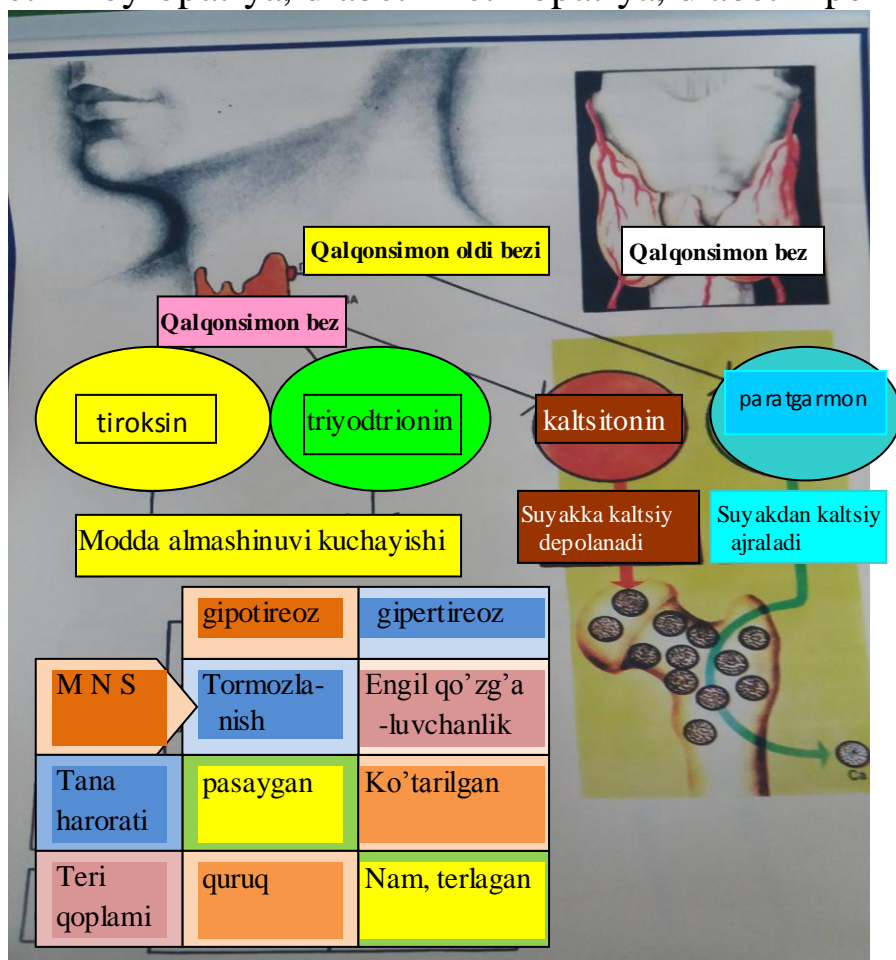
Roberg sinamasining ahamiyati;

Ambyurje usulida siydik yig'ish texnikasi;

V BOB Endokrin tizimi kasalliklari

Mavzuning maqsadi: Endokrin tizimi kasalliklari to'g'risida tushuncha berish. Diffuz toksik zob. Gipotireoz. Qandli diabet to'g'risida tushuncha berish.

Taynch atamalar: tireotoksikoz, tireotoksik kriz, gipotireoz, qandli diabet, Gref simptomi, Mebius simptomi, Yelinek simptomi, Shtelvag simptomi, Koxer simptomi, Mari simptomi, poliuriya, polifagiya, polidipsiya, keton tanachalar, glyukozuriya, diabetik koma, gipoglikemik koma, insulin, giperglikemiya, diabetik angiopatiya, diabetik neyropatiya, diabetik retinopatiya, diabetik polineyropatiya.



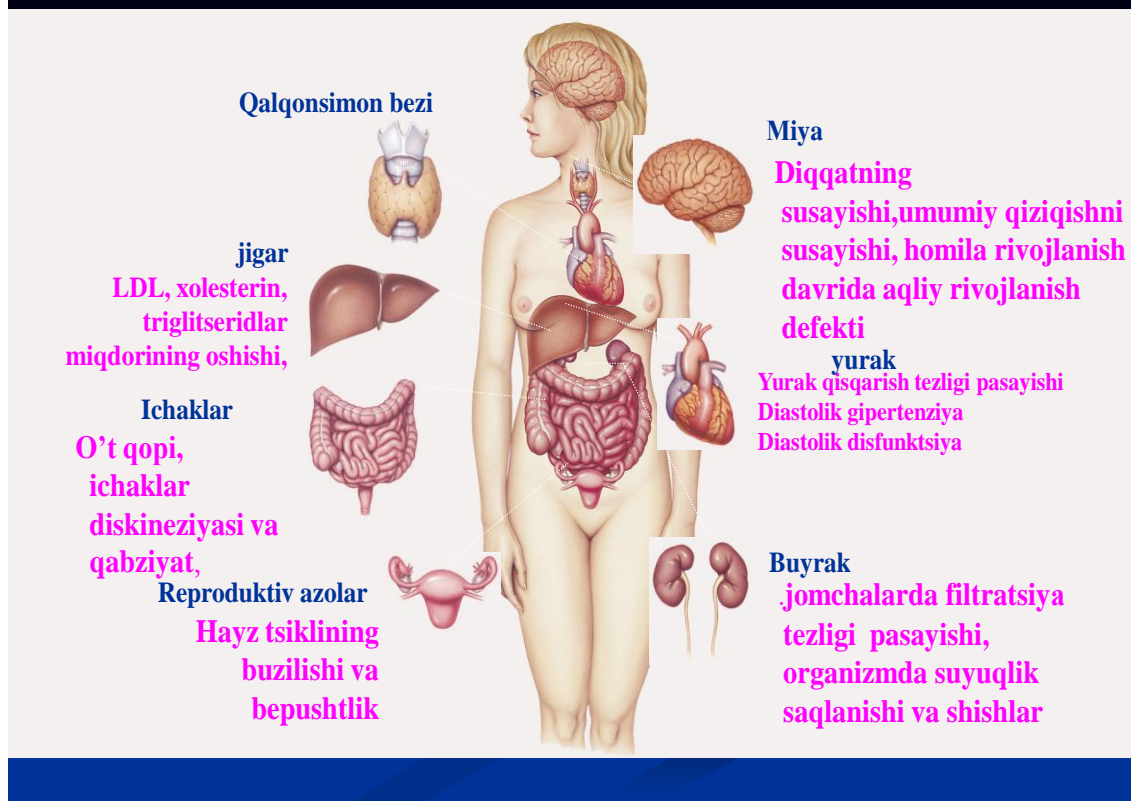
91 surat

Miksedema

“Miksedema (gipotireoz) shilimshiq shish demakdir”, Qalqonsimon bez funksiyasi yetishmasligi tufayli kelib chiqadigan kasallikka aytiladi (91-92 surat). Qalqonsimon bezdagi spetsifik to'qimaning kamayishiga olib keladigan hamma sabablar, chunonchi: 1) zaxm, revmatizm, tif singari infeksiyalar; 2) bezning ba'zan ateroskleroz bilan aloqador bo'ladigan qarilik involyutsiyasi; 3) bezning tug'ma yetishmovchiligi,

gipoplaziyasi va gipofunksiyasi; 4) uzoq cho'zilgan giperfunktsiyadan keyin bezning holdan ketishi va atrofiyalanishi; 5) operatsiya qilib bezni olib tashlash; 6) bezning travmalardan shikastlanishi; 7) ayrim hollarda endemik bo'qoq kasallikka sabab bo'ladi. Nihoyat birlamchi tartibda gipofiz shikastlangan holda ikkilamchi gipotireoz yuzaga kelishi mumkin. Ayollar erkaklardan ko'ra ko'proq kasallanadi. Irsiy moyillik rol o'ynaydi. Patologo- anatomik tekshiruvda bez parenximasining atrofiyalanib, qo'shuvchi to'qima bilan almashganligi aniqlanadi, organ hajmi kichraygan bo'ladi. Miksedemada boshqa endokrin bezlardan buqoq bezining kichrayib qolganligi, jinsiy bezlarning yetishmaganligi va gipofiz oldingi bo'lagining kattalashib ketganligi ko'riladi.

Gipotireozni yuzaga chiqishi va simptomlari



92 surat

Kasallikning klinik manzarasi (93 surat). Kasallar jismoniy ish qila olmaslikdan, aql-idrok va xotiraning pastligidan noliydi, ovoz xunuk bo'lib, xirillay qoladi, qiynalib gapiradi, quloq og'irlashadi, ko'z xiralashadi, og'ir holda hansiraydi.

Bemorlarni ko'zdan kechirish (94 surat). Et uvishib turishi, badan terisining boshqacha bo'lib qolganligidan noliydi, Yana bir xarakterli

belgisiga-shilimshiq shish, ayniqsa yuz va bo'yinda sezilib turadi hamda kasalning umumiy qiyo fasini o'zgartirib qo'yadi. Shishgan yuz qotib qolgandek, keng bo'lib ko'rinadi, sarg'ish bo'ladi, oq, xususan peshonasiga qalin ajinlar tushadi, qovoqlar kerikib turadi va ko'z yo'riqlarini juda toraytirib qo'yadi burun bilan lablar qalinlashadi. Shish bo'yinga va o'mrov usti bo'shliqlariga tushib, go'yo bosh yelkaga kirib ketgandek bo'lib turadi. Qo'l-oyoqlar ham kattalashadi (Pretibial miksedema). Miksedemada ko'riladigan shish odatdagi shishlarga qarshi o'laroq qattiq bo'ladi va paypaslab ko'rilganda chuqurchalar hosil qilmaydi.



93 surat

Miksedemada bo'ladigan shishlar, ba'zan nefrozda ko'riladigan shishlarga o'xshaydi (gipoproteinemiya).



94surat
Facies myxoedematosa



Pretibial miksedema

Terisidagi o'zgarishlar. Kasallikning ikkinchi muhim belgisi teri, shilliq pardalar distrofiyasidir, teri quruq, serajin bo'ladi, po'st tashlab turadi, ter bezlari ishlamaydi, tirnoqlar tushadi, xira bo'ladi, soch quruq va mo'rt bo'lib, salga to'kilib ketadi, bazan bir kechada sochlari yoki kipriklari to'kiladi. Qoshlarning to'kilib ketishi xarakterli hisoblanadi (teri ustida).

LOR organlari. Ovoz va nutq (hiqildoq va tovush boylamlarini boshlab turgan shilliq pardaning shishuvi tufayli) o'zgaradi. Eshituv yo'lining terisi va yevstaxiy nayining shilliq pardasi shishib, qalin tortib qolganligi munosabati bilan quloq og'irlashib qoladi.

Moddalar almashinuvi buzilishi. Kasallikning tipik belgisi moddalar almashinuvining keskin sekinlashib qolishidir. Asosiy almashinuv qanday bo'lmasin boshqa kasallikdagidan ko'ra ancha ko'p pasayadi (50-60% gacha). Oqsillar sust parchalanadi, uglevodlar qiyinchilik bilan singiydi. Shu munosabat bilan tana temperaturasi pasayib ketadi (34° gacha). Miksedema bilan kasallanganlarda o'tkir yuqumli kasalliklar ko'pincha normal yoki faqat arziyas darajada ko'tarilgan temperatura bilan o'tadi.

Yurak qon tomir tizimi. Ichki organlarda, xususan yurak qon tomirlar sistemasi ishining sekinlashib va susayib qolganiga xos simptomlar pulsning sekinlashuvi, arterial bosimning kamayishi, yurak qisqaruvchanligi va tonusning pasayishi ko'riladi (miokarddagi distrofik o'zgarishlar va muskul tolalarining shishib ketganligi munosabati bilan), bu yurakning kengayishi, sust qisqarishi (rentgenologik yo'l bilan tekshirishda) elektrokardiogramma tishlarining yoyilib ketishi yoki hatto yo'qolib qolishi bilan birga davom etadi. Gipotireozda kasallarda xolesterin almashinuvi buzilishi natijasida ateroskleroz bilan kasallanish va semirib ketishga (tireogen semizlik deb shunga aytiladi) moyil bo'lishini aytib o'tish kerak. Kasallik sekin o'tadi, bir necha yillar davom etadi.

Hazm tizimi. Shilliq pardalar qalinlashadi, shuning uchun til katta bo'lib qoladi (shu qadar kattalashib ketadiki, hatto og'izga sig'may qoladi, shuning uchun kasallar og'zini ochib turadi), Kasallar ichak atoniyasi munosabati bilan doim ich qotib yurishi va meteorizmdan qiynaladi. Me'da sekretsiyasi susayadi. Jinsiy azolar funksiyasi ham juda susayadi.

Laborator o'zgarishlar. Anemiya va limfotsitoz neytropeniya avj oladi. Qonda yod miqdori juda kamayib ketadi.

Davosi qalqonsimon bez preparatlarini uzoq muddat yuborib turishdan iborat (o'rnini bosuvchi terapiya). Qalqonsimon bez garmonlari, bezda tayyor holda bo'ladi. Shuning uchun uni organizmga kiritish uchun, hayvonlardan bez to'qimasiga-yangi yoki quritilgan to'qimasini olish mumkin. Qalqonsimon bez preparatlari tireodindir. Tireodin 0,03 g dan 0,1 g gacha kuniga 2-3 martadan buyuriladi. Tireodin ta'sirida kasallar tamomila boshqacha bo'lib qoladi: 3-4 haftadan keyin hamma o'zgarishlar yo'qolib ketadi va mehnat qobiliyati asliga keladi. Bunday kasallarga keyin ham vaqt-vaqti bilan qalqonsimon bez preparatini ichib yurishga to'g'ri keladi, chunki davo to'xtatib qo'yilsa kasallik simptomlari yana paydo bo'ladi. Preparat dozasi ehtiyot bo'lib tanlanadi va pulsni sanab borish yo'li bilan nazorat qilib turiladi; taxikardiya kuzatilsa, tana vazni kamaysa davoni vaqtincha to'xtatish kerak.

Gipertireoz (Greyvs-Bazedov kasalligi)

Diffuz toksik buqoq (Bazedov kasalligi-morbus Basedowi (tireotoksikoz)) neyrohumoral sistemada yuzaga keladigan o'ziga xos o'zgarishi, organizmdagi qon tarkibida tireoid garmonlarni miqdori ortishi bilan kechadigan kasallikka tushuniladi. Qalqonsimon bezning giperfunktsiyasi to'qimalarni kislorodga bo'lgan talabini oshiradi, energetik jarayonlarni tezlashtiradi, nerv, qon – tomir va boshqa sistemalarning funtsiyasiga ta'sir qiladi. Ayollar erkaklarga nisbatan 5-10 marta ko'proq kasallanadilar.

Etiologik omillari qalqonsimon bezning yallig'lanishi (tireoidit), garmon ishlab chiqaruvchi o'smalar (toksik adenoma)lardan so'ng kelib chiqadi. Shu kasallikka moyil bo'lgan kishilarda kasallikning avj olishiga sabab bo'ladigan ruhiy travmalar; vahima (stress); jinsiy sferaga aloqador endokrin o'zgarishlar (jinsiy funktsiyaning boshlanish davri, abort, klimaks boshlanishi); qalqonsimon bezda asorat «qoldirgan ba'zi yuqumli kasalliklar, shuningdek endemik bo'qoq ham sabab bo'ladi. Konstitutsional va oilaviy moyillikning ahamiyati bor. Shu bilan birga boshqa bezlarning giperfunktsiyasi ham qalqonsimon bez giperfunktsiyasiga olib keladi. Bu omillardan tashqari ruhiy travma, infeksiyalar va irsiy omillarning kasallik rivojlanishiga roli kattadir. Qalqonsimon bezning giperfunktsiyasi organ va to'qimalarda har xil o'zgarishlarga olib keladi, shu bilan birga oqsil, yog', uglevod, suv va tuzlar almashinuvi ham buziladi. Qalqonsimon bez kattalashib, bez

garmoni-tiroksin ishlab chiqarish funksiyasi keskin darajada kuchayib ketishidan iborat. Qalqonsimon bez preparatini (tireoidinni) talay miqdorda organizmga kiritish yo'li bilan o'sha simptomlarni tajribada ham yuzaga keltirsa bo'ladi. Qalqonsimon bezni operatsiya yo'li bilan olib tashlashdan so'ng uning simptomlari yo'qoladi.

Miya ortig'i funksiyasining ortishi basedov kasalligida qalqonsimon bezning giperfunktseyasi bilan gipertrofiyasiga olib keladi. Miya ortig'i, tireotrop garmoni, yani qalqonsimon bezni stimullaydigan garmoni ko'plab ishlab chiqarib turadi.

Keyingi mexanizmga muvofiq, qalqonsimon bez funksiyasining buzilishiga (kuchayib ketishiga) olib keladigan o'zgarishlar oraliq miyaga, jumladan kulrang do'mboqqa, balki miyachaga ham bog'liq, chunki shu tuzilmalariga ba'zi qismlariga ta'sir ko'rsatish yuzasidan qo'yilgan tajribalarda qalqonsimon bez giperfunktseyasiga aloqador talaygina o'zgarishlarni keltirib chiqarish, qalqonsimon bezning o'zida esa, struktura o'zgarishlarini topish mumkin bo'ldi. Basedov kasalligining nerv nazariyasi tarixan eng eski nazariya. Avvalo, klinika tajribasi kasallikning kelib chiqishi nervlarga aloqador ekanligini ko'rsatadi, shunda ham nerv sistemasini oliy bo'limlarining-miya yarim sharlari po'stlog'ining yetakchi ahamiyatga ega ekanligini ko'rsatadi.

Qalqonsimon bezning ortiqcha miqdorda ishlab chiqaradigan garmoni sifati jihatidan o'zgargan bo'lishi mumkin (disfunktseyiya). Bu garmon ta'sir etganda, asosan simpatik nerv sistemasini, lekin qisman parasimpatik nerv sistemasini ham qo'zg'atadi (markazlarini).

Patologoanatomik jihatdan odatda qalqonsimon bezning, ba'zi, hollarda, diffuz ravishda, boshqa hollarda, tugun-tugun bo'lib kattalashgani aniqlanadi (struma). Mikroskop ostida tekshirilganda pufakchalar yassi epiteliysining tsilindrik epiteliyga aylanib, keskin proliferatsiyaga uchraganligi ko'riladi, natijada manzara adenomaga o'xshab qoladi molekulalar deyarli yo'qolib ketadi, kolloid esa bo'yalmay qoladi, chunki suyuqlanib, yoddan mahrum bo'lsa ajab emas. Bez qonga to'lganligi bilan ajralib turadi. Normal qalqonsimon bez parenximatoz elementlarining giperplaziyasidan iborat bo'lgan xili bilan yallig'lanishi yoki sklerotik jarayon natijasida oldindan o'zgarib qolgan bezning tireotoksik tarzda aynishidan iborat xili, ya'ni ikkilamchi basedov surtmasi tafovut qilinadi.

Boshqa organlardan gipofizda, ko'rish azolarida, shuningdek yurakda (yurak muskuli distrofiyasi) va jigarda (tsiroz, gepatit) yuzaga

kelgan o'zgarishlar ko'riladi. Bu kasallikda asosan moddalar almashinuvi kuchayishi kuzatiladi.

Kasallikning klinik manzarasi bemorlar asabiylashib bezovtalanib turadigan bo'lib qoladi, umuman holsizlanib, ko'p terlaydi, badani qizib, uyquasi buziladi, yuragi o'ynab turadi. So'zlarni to'liq aytishi ham buzilib bazan so'zlar chala gapiriladi, bir so'z tugatilmay boshqa so'zga o'tish holatlari ham bo'ladi.

Kasallik manzarasi avvalo ma'lum simptomlar triadasidan a) bezdagi o'zgarishlar (strumadagi); b) ko'zdagi o'zgarishlar v) yurak (taxikardiya) va boshqa azolardagi o'zgarishlardan iborat bo'ladi.

Ko'zdan kechirish . Bemorlar ko'p gapiradilar va ko'p kerakmas harakat qiladilar. Teri qoplamlari nam va paypaslaganda issiqdir. Teri elastikligi yuqoriligi va kech ajinlar (burma) paydo bo'lganligi munosabati bilan bemorlar yosh ko'rinadilar. Teri osti yog' qatlami sust rivojlangan, oruqlanish kuchayishi munosabati bilan mushaklar atrofiyalanadi. Bazi bemorlarda autoimmun mexanizmlar natijasida miksedema belgilari namoyon bo'ladi. Bu tizza oldi qismi teri qoplamlarini o'zgarishi bilan kechadi. Teri qattiqlashadi va shishadi, teri rangi o'zgaradi. Qalqonsimon bezning kattalashuvi buning asosiy simptomi hisoblanadi. Bezning kattalashuvi diffuz va tugunchali bo'lishi mumkin va palpatsiyada yumshoqdir, xususan kasallikning boshida, keyinchalik u bezda odatda qo'shuvchi to'qima paydo bo'lishi tufayli qattiqroq bo'lib qoladi. Qalqonsimon bezning kattalashuvini 5 darajasi farqlanadi. I-darajada bezning boyinchasi yutinganda paypaslanadi. II-darajada bez yaxshi paypaslanadi va yutinganda yaxshi ko'rinadi. III-darajada bez yaxshi ko'rinadi (qalin bo'yin). IV-darajada kattalashgan zob bo'yinni deformatsiyaga uchratadi. V-darajada bez juda katta razmerdadir.

Qalqonsimon bez auskultatsiyasi: bez ustida sistolik shovqin eshitilishi mumkin, bu shovqin stetoskop bilan bosganda va bemor boshini egsa kuchayadi.

Qalqonsimon bezning faqat bir bo'lagi kattalashuvi yoki struma to'sh orqasida retrosternal joylashgan bo'lishi ham mumkin, bunda faqat rentgenologik yo'l bilan tekshirish natija beradi. Ko'zning chaqchayib turishi (95 surat) ko'pincha ikkala ko'zga, bazanda bitta ko'zga bo'ladi. Bunda odam yuzi qo'rqgandek, ba'zan butunlay dahshatda qolgandek ko'rinadi.



95surat



Bazedov kasalligi avj olmagan davrida, kasalning tikilib boqishi, xususan ko'zning yaltirrab turishi xarakterli.

Bemorlarda avtorlar bo'yicha quyidagi ko'z simptomlari farqlanadi;

1. Grefe simptomi: ko'z soqqasi pastga harakat qilganida ustki azolarining orqada qolish ko'riladi, shuning natijasida ko'z qorachig'i ustida sklera yo'li ko'rinib turadi;

2. Mebius simptomi- ko'zlar konvergentsiyasining yetishmovchiligi: qanday bo'lmasin buyum (barmoq) bemor ko'zlariga yaqinlashtirilganida, ko'zlar uzoq bir nuqtaga qarab turolmaydi va ko'z soqqasining bittasi yoki ikkalasi g'ayri ixtiyoriy ravishda bir tomonga og'ib ketadi;

3. Ko'zning kam va chala ochilib yumilishi, bu ustki qovoqning orqada qolishi bilan ham, ko'zning chaqchayib turishi bilan ham bog'liq bo'ladi;

4. Ko'z yorug'ining katta ochilib turishi (lagoftalm), ko'z qovoqlarida pigment to'planishi-Elinek simptomi;

5. Shtelvag simptomi-kiprik harakatini chegaralanishi (kam ko'z yumilishi),

6. Koxer simptomi-ko'z kosasini yuqoriga harakat qildirganda yuqori kiprik bilan koz' sklerasi orasida oq chiziq hosil bo'lishi;

7. Mari simptomi-uzatilgan qo'llarning mayin titrashi, ekzoftalm-ko'z kosasini tashqariga chiqishi.

Ushbu ko'z simptomlari tegishli ko'z muskullarga innervatsiya qiladigan simpatik nervlar funktsiyasining kuchayib ketishi munosabati bilan kelib chiqadi. Ko'zning chaqchayib turishi simpatik nervdan to'la oladigan ko'z kosasi orbital muskulining zo'r berib qisqarishiga bog'liq,

deb hisoblanadi, o'sha muskul bir uchi bilan ko'z kosasining chetiga biriksa, ikkinchi uchi bilan ko'z soqasidagi orqa qutbga birikkan bo'ladi, bundan o'sha muskul zo'r berib qisqarganida, ko'z olmasining tashqariga chiqishi kuzatiladi; Grefe simptomi ustki qovoqni ko'taradigan muskul -zo'r berib qisqarishiga bog'liq.

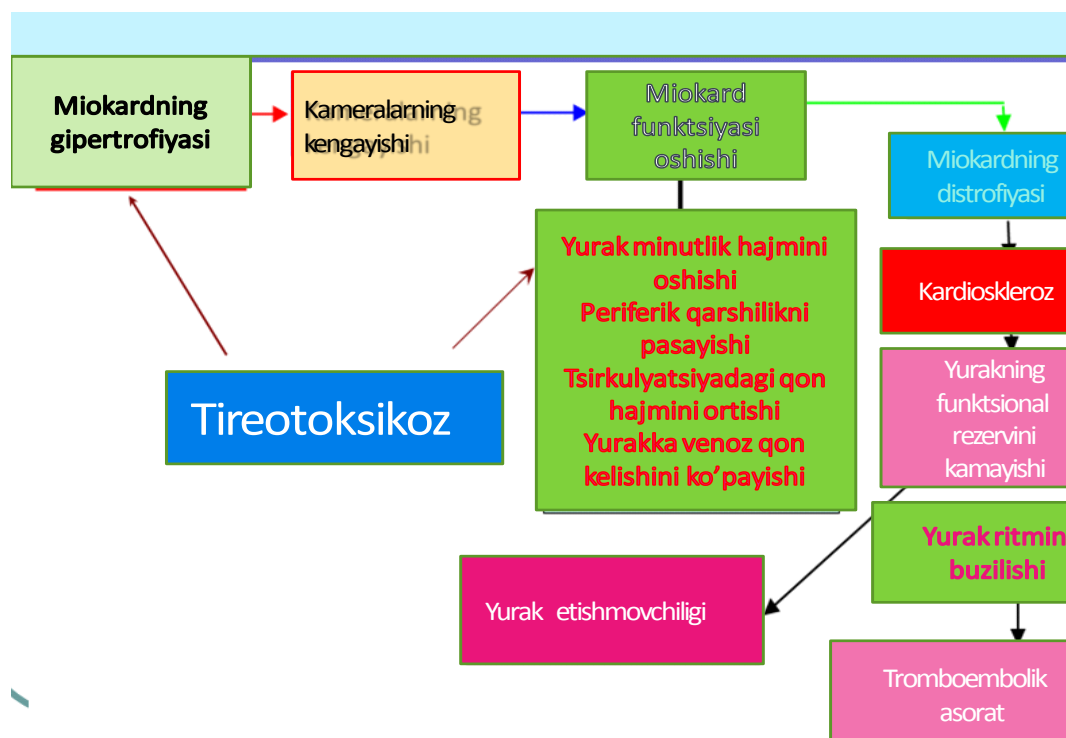
Tireoid garmonlarning ko'payishi hujayralar va mitoxondriyalar membranasi o'tkazuvchanligini oshiradi va oksidlanish hamda fosforillanish jarayonlarini buzadi, makroergik fosfatlarni tanqisligiga olib keladi. Bunday tanqislikni kamaytirish uchun oksidlovchi fermentlar aktivligi oshishi hisobiga oksidlanish jarayonlari kuchayadi. Oksidlanish jarayonlarini kuchayishi yog'lar va glikogenni parchalanishi hisobiga bo'ladi. Bu kompensator mexanizmlar makroergik fosfatlar tanqisligini bartaraf qila olmaydi. Organ va azolarni ko'p ishlashini taminlash uchun oqsil kerak bo'ladi, oqsil sintezi buzilganligi munosabati bilan bu jarayon ham buziladi. Shu munosabat bilan organ va to'qimalarga distrofik o'zgarishlar yuzaga keladi. Bu distrofik o'zgarishlar yurak, jigar, buyrak va boshqa azolar faoliyatini buzilishiga olib keladi.

Yurak-qon tomir tizimi (96 surat). Taxikardiya bo'ladi, simptom tariqasida ba'zan, kasallikning birdan-bir belgisi bo'ladi. Bemorlar yuragining o'ynab turishini sezadilar, puls to'la va tarang bo'ladi. Arterial bosimi biroz ko'tariladi, minimal arterial bosim pasayadi. Kapillyarlar pulsatsiyasi kuzatilishi mumkin. Qon aylanish tezligi tezlashgan, aylanib turadigan qon massasi bilan minutlik hajmi ko'payadi. Kasallikning dastlabki davrida yurak o'zgarmaydi, zarbi kuchaygan, tonlar juda kuchaygan bo'ladi. Keyinchalik yurak gipertrofiyasi va dilyatatsiyasi belgilari yuzaga keladi, ritm buziladi, bo'lmalar titrashi va ekstrasistoliya ko'rinishida yuzaga chiqadi. Mitral klapan proektsiyasida funktsional shovqinlar, shu bilan birga, sistolik va ba'zan, diastolik shovqin ham eshitiladi. Tireotoksikozda yurak yetishmovchiligiga xos o'zgarishlar bo'lib, qon dimlanishi belgilari kelib chiqadi. Yurak qon tomir faoliyatini kuchli buzilishi hisobiga tireotoksik yurak vujudga keladi yani yurak yetishmovchiligi belgilari namoyon bo'ladi. Bundy bemorlarda nafas olish yuzaki, tezlashgan, bu nafas olish aktida ishtirok etadigan mushaklar tonusi pasayishi hisobiga bo'ladi. Bemorlarda hansirash, quruq yo'tal paydo bo'ladi. Bu kichik qon aylanish doirasida dimlanish tufayli bo'lsa bir tomondan, ikkinchi tomondan kattalashgan qalqonsimon bez traxeya va bronxlarni qisishi

hisobiga bo'ladi (retrosternal zobda). Bazedov kasalligida yurak simptomlarining kelib chiqishiga, bir tomondan, vegetativ nerv sistemasining ortiqcha qo'zg'aluvchanligi va moddalar almashinuvining kuchayganligi sabab bo'lsa, ikkinchi tomondan miokarddagi distrofik o'zgarishlar sabab bo'ladi (sababi miokardning holdan toyishi va ortiqcha bez garmonining zaharli ta'sir ko'rsatishi).

Nerv sistemasidagi o'zgarishlar. Ortiqcha qo'zg'alish, titrash, xususan oldinga uzatilgan qo'llarning titrashi, oyoqlar, bosh, ayrim muskul gruppalarining titrab turishi ko'riladi; bemorlar besabr, shoshqaloq bo'ladi, ba'zan psixozlar kuzatiladi. Pay reflekslari kuchaygan bo'ladi, tireotoksik nevralgia, nevrillar rivojlanadi.

Qondagi o'zgarishlar. Oqsil bilan bog'langan yodning ko'pligi, qalqonsimon bezda ^{131}I yuqori darajada yutilish ko'rsatkichi, qonda bez garmonlari miqdori triyodtironin (T3) va tiroksin (T4) oshishi, asosiy almashinuv ko'rsatkichlarining kuchayishi namoyon bo'ladi. Qondagi nospetsifik o'zgarishlar gipoxrom anemiya, leykopeniya nisbiy limfotsitoz bilan, EChT oshishi, siydik bilan mochevina, kreatinin ajralib chiqadi, kaltsiyni siydik va najas bilan ajralishi ko'payadi.



96 surat

Oqsillar zo'r berib parchalanadi, qand almashinuvi izdan chiqadi (qondagi qand miqdori ko'payadi, ovqat nagruzkasidan keyin esa, siydikda ham qand paydo bo'ladi), qonda xolesterin miqdori kamaygan

bo'ladi, disimilyatsiya jarayonlari assimilyatsiya jarayonidan ustunroq turadi. Natijada odam bazedov kasalligiga xos tarzda ozib ketadi. Odam haddan tashqari tez ozib ketishi mumkin, biroq ahvoli yaxshilanganda vazni yana tez ortib boradi.

Tireoid garmonlarning ko'payishi hujayralar va mitoxondriyalar membranasi o'tkazuvchanligini oshiradi va oksidlanish hamda fosforillanish jarayonlarini buzadi, bu o'z navbatida tanada issiq hosil bo'lishiga va makroergik fosfatlarni tanqisligiga olib keladi. Tana temperaturasi odatda 37,5 gacha, ahyon-ahyonda 38 gacha va bundan ortiqroq ko'tarilishga moyil bo'ladi. Kasallar badani qizib turishi va hadeb terlayverishidan qiynalib, yengil kiyinib yuradi, kechasi esa, yopinib yotadi. Zo'r berib issiq ajralib turadigan bo'lganligidan teri qizg'ish bo'lib turadi, odatda teri ham, yupqa va elastik bo'ladi keskin dermografizm kuzatiladi.

Qalqonsimon bez funksiyasi, shu bezning nishonlangan yodni tutib qolish xususiyatiga qarab tekshiriladigan bo'lsa, funktsiyasi odatda kuchaygan bo'ladi.

Hazm azolari tomonidan me'da sekretsiasining kuchayishi, ishtaha kuchayishi, qorinda og'riq, ko'ngil aynishi, ich suyuq ketishi va qayt qilish xarakterli, bazan ichi kabziyat bilan o'tadi. Ichaklarda uglevodlar so'rilishi kuchayib qandli diabet kartinasini beradi. Jigarda yog'li infiltratsiya yuzaga kelishi munosabati bilan u kattalashadi, bilirubinni kon'yugatsiyalash funktsiyasi buzilishi tufayli toksik sariqlik yuzaga keladi. Bu kasallikning og'ir ko'rinishlari jumlasiga kiradi. Jinsiy funktsiya ko'pincha izdan chiqqan bo'ladi (hayz kamayib qoladi); ko'krak bezlarining yaxshi yetilib qolishi, jinsiy moyillik susayishi kuzatiladi, kasallikning o'tishi har xil bo'ladi va bilinmaydigan yengil formalaridan tortib (gipertireoz), o'tkir holda kechadigan og'ir jarayongacha boradi. Yurak bilan jigarda tobora zo'rayib boradigan o'zgarishlar yuzaga kelishi xavfli, bu o'zgarishlar o'limga olib borishi mumkin. Suyaklar va mushaklar tomonidan osteoporozlar kuzatiladi.

Kasallikning kechishi bo'yicha yengil, o'rtacha og'irlikda va og'ir shakllari tafovut qilinadi. Engil shaklida puls chastotasi 100 martagacha minutda bo'ladi, bemorlar 3-5 kggacha orug'laydi, asosiy almashinuv 30% gacha oshadi. Kasallikning o'rtacha og'irlikda kechish shaklida puls chastotasi 100-120 marta minutda, bemorlar 6-10 kggacha orug'laydi, asosiy almashinuv 30-60% gacha meyorga nisbatan oshadi. Og'ir daraja bilan kasallangan bemorlarda kaxeziya kuzatilib, ko'p

vazn yo'qotadilar, kuchli taxikardiya yurak urishi 120dan ko'payadi, asosiy almashinuv meyorga nisbatan 60% dan oshib ketadi. Bu holatda bemorlarda hilpillovchi aritmiya, yurak va buyrak usti bezi yetishmovchiligi, jigarni shikastlanish belgilari qo'shiladi.

Tireotoksik kriz. Diffuz toksik buqoqning hayotda xavf soladigan asoroti tireotoksik krizdir. Buning rivojlanishiga stress holatlari, operatsion muolajalar, infeksiyalar rol o'ynaydi. Ko'p miqdorda tireoid garmonlarning qonda tushishi va tireotoksikoz simptomlarining kuchayib ketishi bilan tireotoksik kriz yuzaga chiqadi. Bemorlarda tana harorati 38-40°C gacha ko'tariladi, ruhiy qo'zg'alishlar, allaxsirash, galyutsinatsiya kuzatiladi, puls chastotasi 150 martadan ko'payib ketadi, hilpillovchi aritmiya yuzaga chiqadi ko'pincha, qorinda kuchli og'riq paydo bo'ladi, bemorlarning ichlari suyuq o'tadi, bazan terilari sarg'ayadi, holdan ketish, qayt qilish hodisalari kuzatiladi, mushaklar gipotoniyasi yuzaga chiqadi. Bemorlarda og'ir darajadagi suvsizlanish vujudga keladi, qon plazmasida natriy, kaliy va xloridlar kontsentratsiyasi kamayib ketadi. Qalqonsimon bezda yod to'planishi bilan birga bezning garmonal faolligi oshadi. Og'ir holatlarda o'tkir yurak, jigar, buyrak usti bezi yetishmovchiligi rivojlanadi. Bemorlarda koma rivojlanib o'limga olib kelishi mumkin.

Davosi asosan xirurgik, ya'ni bezning kattagina qismini olib tashlash. Yurakka aloqador hodisalar operatsiya qilishga monelik qilmaydi, chunki boshqa davo vositalari naf bermaydi, operatsiyadan keyin esa qon aylanishi yaxshilanadi. Operatsiya qilishdan oldin yodning kichik dozalari bilan davo kursi o'tkazish zarur. Yod yoki lyugol eritmasi ko'rinishida 10,0 gr kuniga 15 tomchidan 1-3 marta, yoki 5% li kaliy yodid eritmasi ko'rinishida kuniga 5 tomchidan 3 marta 3 hafta davomida beriladi. Yod bilan davolash kursidan keyin bemorlarning umumiy ahvoli odatda ancha yaxshi bo'lib qoladi, asosiy almashinuv pasayadi, kasallikning boshqa ko'rinishlari ham susayadi va operatsiya osonroq o'tadi. Yod bilan davo qilish aksariyat hollarda kasallikning uzoq bosilib turishiga (yoki bemorning tuzalib ketishiga) olib kelishi mumkin.

Yod bilan davo qilish shunga asoslanganki, qonda anorganik yod miqdori ko'payadi (organik yod miqdori esa kamayadi) va yod qalqonsimon bezda zo'r berib to'planadi. Yod o'rniga diyodtirozin va betazin qo'llash ham tavsiya etiladi (0,05-0,1 g dan kuniga 3 marta).

So'ngi vaqtlarda - tiouratsil bilan davolash usuli muvaffaqiyat bilan qo'llanilmoqda. Davo kursi 2 hafta mobaynida 0,2 g dan ovqatdan keyin kuniga 3 marta, keyin esa 2 hafta mobaynida 0,2 g dan kuniga 2 marta va, nihoyat, 2-4 hafta mobaynida yana xuddi shunday dozada kuniga bir marta preparat ichishdan iborat, bunday davo umumiy almashinuvining biroz pasayishiga, simpatik nerv qo'zg'aluvchanligining kamayishiga olib keladi; kasallikning talaygina simptomlarining qaytishi boshlanadi va ba'zan, kasallik uzoq vaqtgacha bosilib turadi. Ba'zan kichik dozada, kuniga 10 birlikdan 2-3 marta insulin bilan davolash yaxshi naf beradi. Rentgenoterapiya juda kam qo'llaniladi. Rentgenoterapiyadan maqsad-X nurlari ta'sirida qalqonsimon bez to'qimasining bir qismini yemirish. Shu usul bilan davolashda qanday dozada nurlantirish masalasi qiyinchilik tug'diradi. Odatda bezning turli maydonlariga 3-4 marta nur beriladi. Bu usulning kamchiligi shuki, u bezda chandiq va bitishmalar paydo bo'lishiga yordam beradi, bu keyinchalik operatsiya qilishni qiyinlashtirib qo'yadi. Bazedov kasalligiga muhtalo bo'lgan bemorlarga nishonli yod yordami bilan (J_{131} bilan) davo qilishning yangi usuli juda foydali; radioaktiv yod 5-6 mill. kyuridan 1-2 marta yoki kurs ko'rinishida mayda dozalar bilan beriladi. Bu usul tufayli kelajakda operatsiya usuliga hojat qolmasa kerak. Yuqorida tasvir etilganlardan tashqari, nerv sistemasini tinchlantiradigan moddalar (lyuminal, brom, xinin va boshqalar), shuningdek simpatik nerv qo'zg'aluvchanligini kamaytiradigan preparatlar (vorsinkalardan olinadigan ergotaminni kuniga 3 marta 0,1-0,2 mg dan teri ostiga yuborish) ahamiyatga ega. Ovqat, sut va o'simliklardan tayyorlangan, lekin mo'l va sifatli bo'lishi kerak.

Qandli diabet

Qandli diabet (diabetes mellitus) bu meda osti bezining β -hujayrasi yetishmovchiligi yoki kontrinsulyar garmonlar ko'payishi hisobiga insulin ishlab chiqarilishi kamayishi yoki uning inaktivatsiyasi tufayli moddalar almashinuvi buzilishi bilan kechadigan kasallikdir. Qandli diabet meda osti bezining langergans orolchalarida β -hujayralari birlamchi yoki ikkilamchi yetishmovchiligi natijasida insulin sintezi (absolyut va nisbiy) kamayishi va qonda va siydikda glyukoza miqdorini oshishi natijasida yuzaga keladigan kasallik. Butun jahon sog'liqni saqlash tashkiloti (BJSST) da qayd etilishi bo'yicha, bu kasallikka

asosan ovqat maxsulotlarini haddan ziyod istemol qilish, semizlik, stress va kamharakatchanlik ko'pincha sabab bo'ladi.

Hozirgi vaqtda qandli diabet bilan kasallanish ko'payib bormoqda. Kasallanish semiz kishilarda va yoshi o'tgan odamlar orasida ko'proq uchraydi, yoshlar (bolalar) orasida uchrashi ham inkor qilinmaydi.

Etiologiyasi, patogenezi. Qandli diabetni patogenezigiga qarab 2 guruhga bo'lish mumkin; **I-tip insulinga bog'liq va II tip insulinga bog'liq bo'lmagan turi.** Insulinga bog'liq bo'lgan I tipi rivojlanishida autoimmun mexanizmlar rol o'ynaydi ya'ni meda osti bezi β -hujayralariga (antigen HLA-B 8, HLA-B 15 mana shu antigen mavjud kishilarda kasallik rivojlanishi 2,5-3 baravar oshadi) qarshi antitelo ishlab chiqariladi, bunga asosan virusli infeksiyalar rol o'ynaydi. Insulinga bog'liq bo'lmagan II tip rivojlanishiga irsiy moyillik rol o'ynaydi, bu tipdagi qandli diabetning geni 11 xromosomaning elkasiga joylashgan deb hisoblanadi. Kasallikning keltirib chiqaruvchi patogenetik omillar;

1. Meda osti beziga bog'liq bo'lgan sabablar (langergans orolchalari yallig'lanishi, o'smasi, qon tomirlari trombozi yoki embollari, yon atrof o'smalarini langergans orolchalarini qon bilan ta'minlovchi tomirlarni siqib qo'yib ishemiyaga olib kelishi, langergans orolchalari genetik yetishmovcniligi va h. k.).

2. Meda osti beziga bog'liq bo'lmagan sabablar (kontrinsulyar garmonlar ko'payishi m: buyrak usti bezi, qalqonsimon bezi garmonlari, glyukagon garmoni, gipofiz garmonlari, insulinaza fermenti va boshqalar.

3. Insulinning aminokislotalar zanjiridagi aminokislotalar ketma-ketligi buzilishi yoki ikala zanjir orasidagi bog'ning uzilishi yoki shu zanjirlarni rux elementi bilan bog'lanishini buzilishi tufayli yuzaga keladi.

4. Langergans orolchalari travmalari (pichoq, avtokatastrofa, jang maydonida olingan travmalar va b.q.) natijasida yuzaga keladi.

5. Langergans orolchalarii toksik shikastlanishi (allakson, ditizon).

6. Langergans orolchalarini sistemali kasalliklar ta'sirida yoki boshqa a'zolar yetishmovchiligida hosil bo'ladigan toksinlar ta'sirida shikastlanishi.

7. Langergans orolchalarini infeksiyon shikastlanishi natijasida.

8. Langergans orolchalarini radiotoksinlar natijasida shikastlanishi.

9. Langergans orolchalariga yaqin joylashgan a'zolar yallig'lanishining orolchaga o'tishi va h. k.

10. Alfa hujayralari giperproduksiyasi natijasida glyukagonning ko'p miqdorda ishlab chiqarilishi.

11. Organizmning insulinga bo'lgan sezuvchanligini pasayishi.

12. Organizmni shu jumladan langergans orolchalarini yog' bosishi.

13. Gemoxromatoz (bronzoviy diabet)-bunda β -hujayralarda temir to'planib qoladi natijada insulin sintezi buziladi.

14. Irsiy omillarning rolini ham inkor etib bo'lmaydi.

15. Noxush omillar(ruhiy iztirob, meda osti bezi kasalligi muntazam ravishda palapartish ovqatlanish va h.k) ta'siri ostida rivojlanadi.

16. Ko'p miqdorda ovqat istemol qilish.

17. Itsenga- Kushing sindromi.

Bu ko'rsatilgan sabablarning hammasini birlamcni va ikkilamchi qandli diabet yoki insulinning absolyut yoki nisbiy yetishmovchiligiga olib keladi. Insulinning absolyut va nisbiy yetishmovchiligi mushaklarda va yog' hujayra membranalarida, glyukozani, aminokislotalarni, yog' kislotalarni, fosforni, kaliy va natriyni o'tkazuvchanligini pasaytiradi, buning oqibatida glyukozaning almashinuvi orqali boshqa moddalarga o'tishi buziladi yoki glyukozani fosforillanishi susayadi. Bunday holatlarda langergans orolchalari β -hujayralarida insulinning sintezi yetishmovchiligi yoki uning faolligini pasayishi yuzaga kelib, qonda va keyinchalik siydikda glyukoza miqdori oshib ketishi kuzatiladi.

Qandli diabet modda almashinuvi asosan uglevod, yog'lar, oqsil va suv va mikroelementlar balansini buzilishiga olib keladigan insulin yetishmovchiligi bilan bog'liq kasalliklardan biridir. Noxush omillar (ruhiy iztirob, me'da osti bezi kasalligi muntazam ravishda palapartish ovqatlanish va h.k) ta'siri ostida rivojlanadi. Kasallik mohiyati organizmning organlari va to'qimalariga ovqat bilan tushgan qand moddasini yig'ish qobiliyatining buzilishidan iborat. Singmagan qand qonga tushadi va siydikda paydo bo'lib siydik orqali tashqariga chiqadi. Me'da osti bezida pankreas orolchalar nomini olgan orolchalar bo'lib, ularni birinchi bo'lib tasvirlagan olim sharafiga Langergans orolchalari deyiladi. Orolcha hujayralarida organizmda qandning singishiga imkon beradigan insulin garmoni ishlab chiqariladi. Insulyar apparati faoliyati butun neyroendokrin sistema bilan bog'langan va uning biror zvenosidagi buzilishlar bu apparat funktsiyasining buzilishiga olib kelishi mumkin. Uglevodlar almashinuvining buzilishi insulinning

yetishmovchiligi glyukoneogenez, glikogenoliz jarayonlarini kuchaytiradi va jigar va mushaklarda glikogen sintezining buzilishi bilan kechadi. Meyorda siydik hosil bo'lishi jarayonida qandning kanalchalardagi birlamchi siydikdan qayta so'rilishi ro'y beradi. Qondagi qand miqdori anchagina oshganda teskari so'rilish jarayoni buziladi va siydikda qand paydo bo'ladi. Siydik orqali katta miqdorda qand va suv ajralishi organizmning suvsizlanishiga, kuchli chanqoqlikka sabab bo'ladi. Natijada qand organizmga singmaydi va u organizmning hayot faoliyatida yetarlicha qatnashmaydi. Organizm to'qimalar va organlaridagi oqsillar va yog'lardan energiya resurslarini safarbar qiladi bu tobora oriqlab ketishiga olib keladi.

Uglevod almashinuvi buzilishi. Insulin yetishmovchiligida glyukoneogenez va glikogenoliz jarayonlari kuchayadi va glikogen sintezi pasayadi. Uglevod almashinuvi buzilishi natijasida giperglikemiya va glyukozuriya yuzaga keladi. Bu bir tomondan glyukozaning mushaklarga sekin o'tishi bilan bog'liq bo'lsa, ikkinchi tomondan ularni yog' to'qimalarga o'tishi sekinlashishi hisobiga bo'ladi. Ularning fosforlanish jarayoni sekinlashishi uning parchalanishini sekinlashtiradi, glikogen sintezi buziladi, uglevodlarni yog'larga aylanishi susayadi. Glikogen jigardan parchalanib glyukoza ga aylanadi va qonga o'tadi. Glikogenli aminokislotalardan ham glyukoza hosil bo'ladi.

Oqsil almashinuvi buzilishida glikogenli aminokislotalardan glyukoza sintezi borishi, organizmdagi oqsillar parchalanishi kuchayadi, shu tufayli oqsil sintezi buzilishi kuzatiladi va trofik yaralar hosil bo'ladi, yaralarni bitishi qiyinlashadi.

Yog'lar almashinuvi buzilishi. Insulin yetishmovchiligi natijasida organizmda lipoliz jarayonlari kuchayadi, qonda erkin yog' kislotalar to'planishiga olib keladi. Yog'lar oxirigacha parchalanmaydi (yonolmaydi), qonda yog'ning chala yongan maxsulotlari ko'payadi. Yog'lar almashinuvi buzilishi bu yuqori yog' kislotalar va neytral yog'larning uglevodlardan hosil bo'lishi buziladi. Bu bemorlarni ozishiga va jigarni yog'li infiltratsiyasiga olib keladi. Bu ketoza olib kelib, qonda atseton, β -oksimoy, atsetouksus kislotalar to'planishiga olib keladi va siydik bilan ham ajraladi. Keton tanachalarni qonga to'planishi diabetik komaga olib keladi.

Suv va elektrolit almashinuvi buzilishi. Buyrak kanalchalarida osmotik bosimning ortishi suvning qayta so'rilish jarayonini

sekinlashtiradi, poliuriyaga olib keladi va bu suv va elektrolit almashinuvi buzilishiga olib keladi. Siydik bilan birga ko'p miqdorda natriy, kaliy elementlari chiqib ketadi.

Insulin yetishmovchiligi vitamin B6 ning fosforillanish jarayonini buzilishiga olib keladi va bu nevrologik belgilarni polineyropatiyalar yuzaga chiqishiga olib keladi.

Patologo-anatomik o'zgarishlar. Meda osti bezida β -hujayralarni kamayganligini, ularni degeneratsiyasini, gialinoz va fibrozli o'zgarishlarini ko'rishimiz mumkin. Tomirlarda morfologik o'zgarishlar kuzatiladi, ko'z to'r pardasida tomirlar angiopatiyasi (retinopatiya), nerv hujayralarida (neyropatiya), buyrakda (tugunchali glomeruloskleroz, kanalchali nefroz) kuzatiladi.

Klinik manzarasi. Qandli diabetning quyidagi klinik bosqichlari farq qilinadi.

1. Diabet oldi bosqichi
2. Yashirin (latent subklinik) diabet
3. Yaqqol (klinik) diabet

Uchlik simptomdan tashkil topgan bu: poliuriya-ko'p siyishdan, kechqurungi siydik miqdori va chastotasi oshishi yani nikturiya, polidipsiya-(tashnalik), polifagiya-ishtaha kuchayishidir. Giperlipidemiya (qonda to'yinmagan yog' kislotalar miqdori oshishi, lipid, xolesterin, fosfolipidlar, triglitseridlar) miqdorini oshishi. To'yinmagan yog' kislotalarni jigarga kelishi, bularni ko'p oksidlanishiga olib keladi va bu o'z navbatida atsetil-KoA hosil bo'lishiga olib keladi va bundan atsetouksus, β -oksimoy kislota, atseton hosil bo'ladi. Giperketonemiya lipid almashinuvining og'ir buzilish turi bo'lib, insulin yetishmovchiligi sharoitlarida 300-400 mg/l yetadi. Bemorlar teri qichishidan, ayollar ko'pincha tashqi jinsiy azolari atrofi qichishidan noliydilar. Umumiy darmonsizlik orta boradi. Tana massasi kamayadi, bular suvsizlanish oqibatida terining oziqlanishi buzilishidan vujudga keladi. Bunday bemorlarda aterosklerotik jarayonlar, yog' almashinuvining buzilishi munosabati bilan odatdagidan kuchliroq rivojlanadi. Shuning uchun diabet kechishini yurak toj tomirlari (miokard infarkti yuz berishi) va miya tomirlari (insult) zararlanishi ko'rinishidagi aterosklerotik belgilar og'irlashtirishi mumkin. Tana massasi kamayadi bu asosan suv yo'qotish, oqsil, uglevod, yog'lar katabolizmi hisobiga bo'ladi. Periferik tomirlar to'ri kengayishi tufayli teri qoplamlari pushti rang tus oladi, aksariyat terida chipqonlar

(qichishda tiralish sababli) paydo bo'lib, bular suvsizlanish oqibatida terining oziqlanishi buzilishidan vujudga keladi. Bunday bemorlarda aterosklerotik jarayonlar yog' almashinuvining buzilishi munosabati bilan odatdagidan kuchliroq rivojlanadi. Shuning uchun diabet kechishini yurak toj tomirlari (miokard infarkti yuz berishi ehtimol) va miya tomirlari (insult) zararlanishi ko'rinishidagi ateroskleroz belgilari og'irlashtirishi mumkin. Tomirlarni shikastlanishi juda xavfli bo'lib, o'limni va nogironlikni asosiy sababi hisoblanadi. Tomirlarni shikastlanishi, spetsifik mikroangiopatiyalar va nospetsifikda makroangiopatiyalar bo'lishi mumkin. Tomirlarni og'ir shikastlanishida ikala holat birgalikda kelishi ham mumkin. Tomirlar, kapilyarlar shikastlanishi natijasida barcha ichki azolarda o'zgarishlar bo'ladi.

Nafas olish tizimi. Nafas tizimi tomonidan organizmning immun sistemasi susayganligi tufayli tez-tez bronxit, pnevmoniya, tuberkulyoz kabi kasalliklar rivojlanadi.

Qon-tomir tizimi: qon tomirlarda aterosklerotik jarayonlar rivojlanib kardioskleroz, stenokardiya, miokard infarkti, kapilyarlar angiopatiyasi, oyoq panjalari gangrenasi kabi kasalliklar rivojlanadi.

Ovqat hazm qilish tizimi tomonidan ishtaha kuchayadi (bulemiya), og'iz bo'shlig'idagi o'zgarishlar, meda sekretsiyasi susayib gipo va axlorgidriya kuzatiladi, jigarda yog'li distrofiya, yog'li infiltratsiyasi bo'ladi, steatogepatit kuzatiladi va tsirroz kelib chiqadi. O't qopida yallig'lanishlar, toshlarni paydo bo'lishi, meda osti bezining sekretor, motor funksiyasini buzilishi kabi o'zgarishlar yuzaga keladi. Qizilo'ngach va ichaklar disfunktsiyasi kuzatiladi.

Siydik ajratish tizimi. Deyarli 30-35% bemorlarda buyrak tomirlarida ateroskleroz va intrakapilyar glomeruloskleroz Kimmelstil-Uilson rivojlanadi. Buyrak kapilyarlarida almashinuv buziladi, buyrak ishemiyasi natijasida renin-angiotenzin faoliyati oshib qon bosimi oshadi, siydik tekshirilganda proteinuriya, tsilindruriya, mikrogematuriya, izostenuriya aniqlanadi. Bu toifa bemorlarni ko'zdan kechirilganda yuzlarida, qovoqda, oyoqda shishlar ko'rish mumkin, anemiya va EChT oshishini ko'rishimiz mumkin. Buyrak tomirlarida glomeruloskleroz kuchayadi, buyrak yetishmovchiligi boshlanib bemorlar vafot etadi. Bu vaqtda glyukozuriya ham kuzatiladi. Siydikga leykotsituriya, bakteriuriya bo'ladi. Kapilyarlardagi o'zgarishlar tufayli ushbu simptomlar: retinopatiya, gipertoniya, albuminuriya rivojlanadi. Glomerulonefrit, pielonefrit rivojlanadi.

Ko'rish azolari: Yashirin diabetda ko'pincha tomirlarni shikastlanishi diabetning klinikasidan oldin yuzaga chiqadi. Ko'z tubi kapilyarlari angiopatiyasi bo'lib, ko'rish qobilyatini pasayishini, ko'zi xiralashishini misol qilib olish mumkin. Ko'z tomonidan retinopatiya bo'lib, ko'zning to'r pardasida qon tomirlar mikroanevrizmi, venulalarni kengayishi, to'r pardada qon quyilishlar va eksudat yig'iladi, gemorragiya bo'lib, pigment anomaliyasi sariq dog' bo'ladi. Chandiqli o'zgarishlar, to'r parda ko'chishi, shishasimon tanada tomirlar proliferatsiyasi, gemoragik glaucoma kabi o'zgarishlar bo'ladi. Tez-tez katarakta rivojlanib turadi.

Asab sistemasi tomonidan polinevrit, polineyropatiya rivojlanadi. Yuza va chuqur sezuvchanlikni buzilishi, reflekslarni susayishi, harakatni buzilishi kuzatiladi va buning oqibatida og'riqlar paydo bo'ladi. Bosh miya qon tomirlari aterosklerozi hisobiga insult rivojlanadi. Asab tizimi tomonidan markaziy nerv tizimi, nevrozga o'xshash holatlar, entsefalopatiyalar, mielopatiya shular bilan birga periferik asab tizimi ham shikastlanadi, bosh miya, orqa miya, vegetativ neyropatiya, yurak-qon tomir, hazm tizimi, siydik ajratish tizimi innervatsiyasi buziladi. Oyoq nervlari polineyropatiyasi kuzatiladi. Klinik simptomlari nerv sistemasi shikastlanish xarakteriga bog'liq, parez, paresteziya, sezuvchanlikni buzilishi, ataksik, vazomotor buzilishlar, mushaklarni bo'shalishi, og'riqli sindromlar, xotiraning susayishi va h. k. Vegetativ buzilishlar ter ajralishining buzilishi, ichak motorikasi buzilishi, erkaklar jinsiy faolligini susayishi kabi o'zgarishlar namoyon bo'ladi.

Tomirlarni shikaslanishi asosan kapilyarlarni ichki intima qavatida gialinlar cho'kib qolib, kapilyarlarni o'tkazuvchanligini buzadi va shu tufayli barcha a'zolarida tomirlarga bog'liq o'zgarishlar kelib chiqadi, bu tomirlarni spetsifik shikastlanishiga kiradi va tomirlar mikroangiopatiyasiga olib keladi. Misol uchun buyrak kapilyarlariga o'zgarish bo'lib, nefropatiya yoki ko'pgina a'zolarida, jumladan ko'z tubida angiopatiya ya'ni tekshirganda kapilyarlari kengayadi to'r parda kapilyarlari angiopatiyasi va h.k. Nospetsifik o'zgarishlarga tomirlarda rivojlanadigan ateromatoz o'zgarishlar kiradi.

Kapilyarlar tomonidan kapilyarlar angiopatiyasi rivojlanadi. Bazan oyoq tomirlari shikaslanib, terisida atrofiya, arteriya dorzalis pedisda pulsatsiyaning susayishi, oyoqlarida og'riq, paresteziya bezovta qilib turadi, harakatda oqsoqlanish (oqsoqlab yurish), keyinchalik

kapilyarlarda shunchalik o'zgarish bo'ladiki, almashinuv butunlay buzilib gangrena (diabetik tovon) ga olib keladi.

Suyak mushak tizimi: qandli diabetning dekompensatsiya davrida mushaklar atrofiyaga uchraydi va osteoparozlar kuzatiladi.

Bemorlarni ko'zdan kechirganda teri qizargan, asosan yuz, yonoq sohalari va peshona sohasi. Periferik tomirlar to'ri kengayishi tufayli teri qoplamlari pushti rang tus oladi, lunjlari qizarishi, peshonasi, iyak osti qizaradi (rumyanets), kapilyarlar kengayishi (rubeoz) hisobiga, vitamin A almashinuvi buzilishi hisobiga qo'l kaftlari va oyoq tovonlari sarg'ish tovlanadi, aksariyat terida chipqonlar (qichishda tiralish sababli), zamburug'li kasalliklar rivojlanadi, ayollarda tashqi jinsiy azolar sohasida qichish paydo bo'ladi va teri tarangligi yo'qoladi hamda quruq, sovuq, yiringli toshmalar ko'rishimiz mumkin. Badanda va oyoqlarda qiyin bituvchi trofik yaralar hamda oyoqda gangrena ko'rish mumkin (97 a va b surat).



97 surat



a)

b)

Og'iz bo'shlig'idagi o'zgarishlar bemorlar labi va tili quriy boshlaydi, tili karash bilan qoplangan, og'iz shilliq qavatlarida yallig'lanishlar, milklaridan yiring oqadi, gingivit va stomatit rivojlanadi, tishlari paradontozga uchrab tushib ketadi.

Qandli diabetda laboratoriya diagnostikasining asosiy ma'lumotlari: qonda glyukoza miqdorining 6 mmol/l dan ko'payishi, qonda qand miqdorining ko'payishi-giperglikemiya, siydikda qand paydo bo'lishi-glyukozuriya (normada bunday bo'lmaydi) bu qonda glyukoza miqdori 8,88 mmol/l (160mg%) bo'lganda yuzaga keladi. Siydik zichligining, miqdorining oshishi, unda keton tanachalar paydo bo'lishi kuzatiladi. Diabet og'ir yengilligiga qarab 3 darajaga bo'linadi:

yengil, o'rtacha, og'ir. Yengil darajadagi uglevodlarni ortiqcha miqdorda iste'mol qilgandagina uning qondagi miqdori ko'tariladi va u siydikda paydo bo'ladi. O'rtacha darajasida bemor qandli diabetga xos yuqorida sanab o'tilgan shikoyatlardan noliydi, qonda qand miqdori oshganligi qayd qilinadi, qand siydikda doimo bo'ladi. Diabetning og'ir darajasi bo'lgan hollarda bemorlar mehnat qilish qobiliyatini yo'qotadilar. Ularda diabetik koma ham rivojlanishi mumkin.

Diabetik komaning klininik manzarasi. MNS faoliyati buzilishi qayd qilinadi, darmonsizlik, bosh og'rig'i paydo bo'ladi. Avval qo'zg'alish keyin uyquchanlik vujudga keladi, bemor qusadi, shovqinli nafas oladi, hushidan ketadi. Terisi pushti rang, quruq, arterial bosimi pasaygan. Ko'z soqqalarini barmoq bilan bosib ko'rilganda yumshoq. Bemor og'zidan, terisidan atseton hidi keladi. Siydik tekshirilganda qand miqdori ko'pligidan tashqari, atseton va β -oksimoy kislota hosil bo'ladi. Qandli diabetda bu kislotalar sog'lom odamlarda bo'lganidek karbonat anhidrid gazi va suvga parchalanmay balki atseton β -oksimoy kislota va boshqa atseton tanachalar hosil bo'lish bosqichida tutilib qoladi. O'z vaqtida ovqat istemol qilinmasa, insulin miqdori oshib ketganda gipoglikemik koma rivojlanadi. Terini ushlab ko'rilganda nam bo'ladi kuchli darmonsizlik, barmoqlar titrashi rivojlanadi. O'z vaqtida yordam ko'rsatilmagan taqdirda bemor hushidan ketadi.

Asorati: Diabetik mikro va makroangiopatiya; Diabetik polineyropatiya; Diabetik retinopatiya; Diabetik nefropatiya; Diabetik tovon (stopa); Miokard infarkti va o'pka sili rivojlanishi mumkin.

Qandli diabet tashxisi mezonlari. Tasodifan tekshirganda bemorlar qon plazmasida glyukoza miqdori 200 mg/% +diabetning klassik simptomari polidipsiya, poliuriya, polifagiya va oruqlash bo'lsa;

•Nahorda qon plazmasida glyukoza miqdari 140 mg/% ikki marta tekshirish natijasida bo'lsa;

•Nahorda qon plazmasida glyukoza 140 mg/%dan kam bo'lsa+2 marta og'iz orqali glyukozaga talerantlik proba o'tkazilganda qon plazmasida glyukoza miqdori balnd bo'lsa. Tahlil uchun olingan qon 2 soatdan so'ng va oraliq sinama 1 soatdan so'ng 75 mg glyukoza qabul qilingandan so'ng, qondagi glyukoza 200 mg/% yoki ko'proq bo'lishi kerak. Glyukozaga tolerantlikka tekshirishga zarurat yo'q, agarda bemor qon zardobida glyukoza miqdori 140 mg/% va undan ko'p bo'lsa.

Qonda glyukoza miqdori, insulin, S-peptid miqdori aniqlanadi. S-peptid meda osti funktsional holatini aniqlaydi. Qonda glikolizlangan

hemoglobin va fruktozamin (glikolizlangan albumin) miqdorini aniqlash mumkin. Bularning miqdori glyukoza miqdori bilan to'g'ri keladi. Diabetik mikroangiopatiyani aniqlash uchun teri, mushak, lunj, buyrak biopsiyasi usulidan foydalaniladi va bu biopatlarni tekshiriladi. Bundan tashqari oftalmologik hamda buyrakni funktsional tekshiruvlaridan foydalaniladi. Bu usullardan tashqari glyukoza talerantlik tekshiriladi, buning uchun nahorda 200 gr glyukoza ichishga beriladi va 2 soatdan so'ng, qonda glyukoza miqdori tekshiriladi (sog'lom kishilarda meyorga tushadi, kapillyar qonda 6,7 mmol/l (120 mg%), plazmada esa 7,8 mmol/l (140mg%)), agarda meyordan ortiq 10 mmol/l (180mg%) bo'lsa, proba musbat bo'lib, qandli diabet deb tashxis qo'yiladi. Bu proba 2 marta bajariladi.

Giperosmolyar koma

Giperosmolyar komada ham giperglikemiya va qonda giperosmolyar holati yuzaga keladi va qon quyushib ketoatsidoz yuzaga kelmay organizm suvsizlanadi. Bu asosan qandli diabet bilan kasallanganlarning 50 yoshdan yuqorilarida ko'proq bo'ladi. Bunga olib keluvchi omillar qusish, ichning suyuq o'tishi, siydik haydovchi dorilar qabul qilish, ko'p siydik chiqishi bilan birga kam miqdorda suyuqlik istemol qilish, buyrak yetishmovchiligi, gemodializ va badanning katta foizi kuyishlarida kuzatiladi. Organizmning birdaniga suvsizlanishi terining va shilliq qavatlarining qurishiga, volemiyaga, qon bosimini tushishiga, giperleykotsitozga olib keladi. Bu bemorlardan atseton hidi kelmaydi.

Oqibati o'z vaqtida buyrak yetishmovchiligi, tromboz va boshqa sabablarni diagnostikasi bo'lmasligi tufayli o'lim 30-40% ni tashqil qiladi.

Diabetik koma

Diabetik koma qandli diabetning og'ir asorati bo'lib, sekin asta rivojlanadi va bunda organizm, markaziy asab tizimi keton tanachalari bilan zaharlanadi. Organizmda metabolik atsidoz, dehidratatsiya kuzatiladi, elektrolitlar yo'qotiladi. Bemorlar dastlab umumiy lohaslik, uyquchanlik, chanqash, ishtaha yo'qligi, ko'ngil aynishi, qayt qilish, ich qotishi yoki ketishi, quloq shang'illashi va bosqalardan shikoyat qiladilar va bo'shashadilar, til quriy boshlaydi. Epigastral sohada va qo'l-oyoqlarda og'riq paydo bo'ladi. Bemorlarda nafas o'lishi tezlashadi. Chiqarilayotgan nafasdan o'tkir atseton hidi kelib turadi. Bu holat koma boshlanayotganidan dalolat beradi. Tegishli davo tadbirlari

ko'rilmasa, bir necha kundan so'ng bu holat diabetik komaga aylanadi. Bemor asta-sekin es-hushini yo'qotadi, nafas olishi ham buzilib, Kussmaul tipda nafas ola boshlaydi. Bemorlar ko'zdan kechirilganda teri qizarib tarangligi yo'qoladi va quruq, sovuq, yuzlari qizaradi, lab va til quriy boshlaydi, tili karash bilan qoplangan, arterial bosim pasayadi, tomir urishi tezlashgan va past. Mushaklar tonusi pasayadi, ko'z olmasi yumshayadi, bemor ancha narida bo'lsa ham atseton hidi bemalol kelib turadi. Pay reflekslari susaygan yoki bo'lmasligi mumkin. Auskultatsiyada plevra ishqalanish shovqini eshitish mumkin. Bemorlar qoni tekshirilganda giperglikemiya (55 mmol/l), giperketonemiya, mochevina, kreatinin miqdori oshadi, atsidoz kuzatiladi, ishqoriy zaxira kamayishi, giperazotemiya, eritrotsitoz, leykotsitoz kuzatiladi va gematokrit ko'rsatkichi baland bo'ladi. Siydik tekshirilganda glyukozuriya va keton (atseton) tanachalari ajraladi. Diabetik koma holatidagi bemorga tezda teri ostiga yoki vena ichiga qondagi qand miqdoriga qarab insulin yuboriladi (qonda normadan yuqori har 2,5-3-4 mmol/l glyukoza ga 1 TB insulin qo'llash lozim). Atsidoz holatining oldinini olish maqsadida 2% li soda eritmasidan 1 litrni tomchilab yuborish mumkin. Odatda koma holatida organizmda osh tuzi kamayadi, shuning uchun venaga 0,9% li natriy xlor eritmasi yuboriladi. Yurakda tomir yetishmovchiligi ro'y bersa, kamfora yoki kardiamin beriladi.

Gipoglikemik koma

Gipoglikemik koma qonda qand miqdori 1,9 mmol/l dan kamayishi natijasida vujudga keladi. Buning asosiy sabablari: qandli diabetni davolashda insulin dozasini oshirib yuborilishi natijasida va bazanda ochlikdan so'ng uzoq muddat ovqat qabul qilmasa hamda meda osti bezi insulomasida paydo bo'ladi. Kasallik to'satdan boshlanishi bilan xarakterlanadi. Bemor o'zida ochlik sezadi. Umumiy darmonsizlik, terlash, qo'l-oyoq badan titrashi, yurakning qattiq va tez-tez urishi, arterial bosim o'zgarmasligi mumkin, puls tezlashishi qonda qand kamayib ketishi kabi holatlar kuzatiladi. Gipoglikemik komaning diabetik komadan farqi: 1) gipoglikemik koma to'satdan paydo bo'ladi, 2) diabetik komada qon va siydikda asta-sekin qand ko'payadi va siydigi bilan atseton tanachalri ajraladi. Gipoglikemik komada esa bu belgilar kuzatilmaydi (qon va siydikda qand bo'lmaydi). Bemor hushidan ketgan bo'lsa, venaga 20-40ml 40% li glyukoza eritmasi in'yektsiya qilinadi. Bundan tashqari teri ostiga 0,01% li adrenalini eritmasidan 0,5ml yuboriladi. U qondagi qandning tezda normaga kelishiga imkon beradi.

Gipoglikemik koma tez orada o'tib ketishi mumkin. Agar gipoglikemik komani diabetik koma bilan almashtirib insulin berilsa, bemor halok bo'lishi mumkin. Shuning uchun tibbiy xodim insulin oluvchi bemorlar ahvolini diqqat e'tibor bilan kuzatib borishi, gipoglikemik komaning dastlabki belgilari ko'rinishi bilanoq yordam choralarini ko'rilishi lozim. Bemorga tezda yengil hazm bo'ladigan uglevodlar: 30-50gr qand, murabbo, asal, konfetlar, pechenelar beriladi.

Qandli diabetni davolash va oldini olish. Kasallikning davolash uchun, engil og'irligiga qarab davolanadi va 3 yo'nalishda olib boriladi:

1. Dieta orqali.
2. Peroral qandni pasaytiruvchi dorilar orqali.
3. Insulin bilan davolash.

Qandli diabet organizmda insulin yetishmasligiga bog'liq bo'lganligi sababli davolash organizmga insulin yuborishga asoslangan. Kasallikning yengil darajasida insulin qo'llanilguncha dietaterapiya o'tkaziladi. Kasallikning davolashda asosiy o'rnini parhez egallaydi. Kasallikning yengil formalarida bemorlar parhezga rioya qilsa va qandli diabetga qarshi dorilar qabul qilmasa ham tuzalib ketishi mumkin. Parhez ni diabetning boshqa darajalarida (o'rta va og'ir darajasida) ham tayinlanadi. Qandli diabetda parhezning sutkalik energetik qiymatini quyidagicha aniqlanadi. Kunduzgi ovqat ratsioni energiya qiymatini ish xarakteriga va sarflanadigan energiya hajmiga ko'ra belgilanadi. Agar qandli diabet bo'lgan bemor o'rinda yotoq rejimida bo'lsa (og'ir formasi, o'rtacha og'irlikdagi biror kasallik, qo'shilib kelgan ayrim hollari) bu holda 1 kg tana massasiga 104.6-104.5 kj bo'ladi. Bemor ishini davom ettirib yurgan yengil formasida o'rtacha og'irlikdagi nagruzkada bo'ladigan shaxs 1 kg tana massasiga taxminan 209.3 kj oladi. Diabetli bemor ratsionida oqsillar, yog'lar, uglevodlar va vitaminlarning fiziologik miqdorlari bo'lishi kerak. Har bir holda 1 gr oqsillar yoki uglevodlar taxminan 16.7 kj 1 gr yog'lar esa o'rta hisobda 37.7 kj berishini nazarda tutib ovqatlanishning energetik qiymati hisoblab chiqariladi. Masalan tana massasi 60 kg bo'lgan qandli diabetning yengil formasi bilan kasallangan bemor o'rtacha og'irlikdagi jismoniy ishni bajaradi. Bir sutkada u 25.104 kj olishi kerak. Bu ratsionda uglevodlar 7531 kj oqsillar 3138 kj, yog'lar 1883 kj (uglevodlar 250-300 gr, oqsillar taxminan 180 gr va yog'lar 50 gr ni tashkil qiladi.

Insulinni parhez ovqatlanish bilan davolash natija bermagan hollarda tayinlanadi. Og'ir va o'rta og'irlikdagi qandli diabet va ketoatsidoz, diabetik koma, diabetik angiopatiya, jigar zararlangan va boshqa asoratlari yuzaga chiqqan bo'lsa insulin qo'llashga ko'rsatma hisoblanadi. Insulin bilan davolash taktikasi: 2,5-5 gr glukozani (o'rta hisobda 4gr) o'zlashtirish uchun 1TB insulin zarur deb hisoblanadi. Shunga ko'ra talab etiladigan insulin miqdorini o'zlashtirmagan qand deb ataladigan, ya'ni siydik bilan ajratiladigan qand miqdorini nazarda tutgan holda hisob qilinadi. Insulinning sutkalik miqdori bemorning qonidagi qand miqdoriga va tasir qilish vaqtiga qarab tayinlanadi. Insulinni ovqatdan 15-20 min oldin teri ostiga yuboriladi. Keyinchalik zarur bo'lib qolsa siydik va qondagi qand miqdorini hisobga olib insulin dozasi oshirilishi yoki kamaytirilishi mumkin. Qandli diabetni davolashda **qisqa muddat tasir qiluvchi insulin preparatlari**: oddiy insulin 6-8, kit insulini 4-10 soat tasir qiladi. **O'rtacha muddat tasir qiluvchi insulin preparatlari**: insulin semilente 10-12, amorfli suspenziya rux insulin 10-12 soat tasir qiladi. **Uzoq muddat tasir qiluvchi insulin preparatlari**, bular: protamin guruh insulin, insulin-rux suspenziyasi (insulin lente), suspenziya rux insulin kristalik (insulin ultralente), protamin rux insulin preparatlari 30 soatgacha, suspenziya insulin protamin 16-18 soat tasir qiladi. Ular tasiri 24 soatgacha saqlanishi sababli sutkada 1 marta muskul orasiga yuboriladi. Keyingi yillarda qandli diabetga qarshi har xil dorilar butamid (serabed, prostinop) ishlab chiqildi. Bemor charchab qolmasligi ish sharoitini yaxshilash kerak. Organizmda elektrolit balansini muvozanatini tiklash uchun tuzli eritmalar, organizm suvsizlanishini bartaraf etish, atsidozga qarshi kurash olib borish lozim. **Peroral dori darmonlar.** **Sulfanilamidlar**: butamid (tolbutamid, orabet, rastinon) 0,25-0,5; karbutamid (bukarbon, nadizan, oranil, diaboral) 0,5; xlorpropamid (diabineze, oradian) 0,1-0,25; tsiklamid (diaboral "Erba", gliroksil) 0,25-0,5; xlortsiklamid (oradian) 0,25; glibenklamid (daonil, euglikon) 0,005 va **biguanidlar**: fenetilbiguanid (fenformin dibotin) 0,025t-0,05k; butilbiguanid 0,05-0,1 (adebit, silubin, buformin 0,1); dimetilbiguanid (glyukofag, metformin) 0,5; glibenklamid (maninil) kabi dori moddalari per os tavsiya etilayapti. Bemor charchab qolmasligi ish sharoitini yaxshilash kerak. Ovqat mahsulotlarida uglevodlar me'yorida bo'lishiga e'tibor berish zarur. Qandli diabet kasalligiga uchragan bemorlarga kasallik kechishi haqida tushuncha berish lozim va diabetik,

gipoglikemik komaning boshlanish belgilari to'g'risida tushuncha berib
qo'yish, komani oldini olish va davolashda katta ahamiyatga ega.

Test savollari

1. Soglom odam qonida qand miqdori.

- a) 14-16 mmol/l c) 3,5-6,5 mmol/l
b) 9-12 mmol/l d) 12-14 mmol/l

2. Shtelvag simptomi (ko'zning kam-kam pirpiras hi) xarakterli:

- a) Akromegaliya uchun c) Tuberkulyoz uchun
b) Bazedov kasalligi uchun d) Rak uchun

3. Qalqonsimon bez gipofunksiyasi natijasida yuz ifodasi?

- a) Sher yuzi c) Meksidematoz yuz
b) Parkinson yuzi d) Oysimon yuz

4. Qalqonsimon bez qanday garmon ishlab chiqaradi?

- a) Tiroksin, triyodtironin c) Estradiol
b) Progesteron d) Testesteron

5. Diabetik komada birinchi tibbiyot yordami sifatida nima qo'llaniladi.

- a) 40%- 20,0 glyukoza vena ichiga c) Insulinoterapiya
b) Antiaritmik preparatlar d) Yurak glikozidlar

6. Qandli diabetning dastlabki bosqichlari uchun xarakterli:

- a) Poliuriya c) Izostenuriya
b) Gipoizostenuriya d) Anuriya

7. Qandli diabet qaysi ichki sekretiya bezi kasalligi hisoblanadi.

- a) Buyrak usti bezi c) Qalqonsimon bezi
b) Gipofiz bezi d) Oshqozon osti bezi

8. Qandli diabetda asosiy laborator belgi hisoblanmaydi

- a) Glyukozuriya c) Anoreksiya
b) Poliuriya d) Polidipsiya

9. Polidipsiya qaysi kasallik uchun xos simptom hisoblanadi.

- a) Gipotireoz c) Qandli diabet
b) Gipertireoz d) Itsenko-Kushing sindromi

10. Miksedemada yuz ko'rinishi qanday bo'ladi?

- a) Ko'zlari ichiga botgan, burun o'tkirlashgan, teri ko'kimtir
b) Yuz burun, lablar, qosh usti ravoqlari katta, tish oralig'i kengayib, pastki jag oldinga chiqqan
c) Yuzi keng, yumaloq, oqargan, terisi silliq, qalinlashgan, ko'zlari ma'nosiz, xira, qisilgan
d) Katta-katta ochilgan, chaqchaygan, yaltiroq, ko'z, qo'rquvdan qotib qolgan yuz.

11. Mimikaga boy, ko'zlari yaltiroq, chaqchaygan, qo'rquv aks etgan yuz

kuzatiladi:

- a) Bazedov kasalligida c) Itsenko-Kushing sindromida
b) Akromegaliyada d) Gipotireozda

12. Ksantelazma quyidagilarning buzilishidan darak beradi:

- a) Suv-tuz almashinuvi c) Oqsil almashinuvi
b) Xolesterin almashinuvi d) Ferment almashinuvi

13. Ksantomalar ... qaysi kasallik da uchraydi:

- a) Gastritda c) Jigar kasalligida
b) Enteritda d) Oyoq kasalligida

14. Ksantomatoz o'zgarishlar quyidagi buzilish asorati hisoblanadi:

- a) Uglevod almashinuvi c) Oqsil almashinuvi
b) Pigment almashinuvi d) Xolesterin almashinuvi

15. Ksantomatoz o'zgarishlar paydo bo'lishi nimaga bog'liq

- a) Esterogen garmonlarning inaktivatsiyasining buzilishi c) Pigment almashinuvining buzilishi
- b) Xolesterin almashinuvi buzilishi va terida to'planishi d) Lipidlar almashinuvining buzilishi

16. Ksantelazmalar joylashadi:

- a) Qovoqlarda c) Qo'lda
- b) Tanada d) Bo'yinda

17. Gipertireoz uchun xarakterli

- a) Moddalar almashinuvining oshishi c) Taxikardiya, xolesterin miqdorini me'yorda bo'lishi
- b) Giperoxolesterinemiya va bradikardiya d) Gipoxolesterinemiya va taxikardiya

18. Qalqonsimon bez giperfunktsiyasi (gipertireoz)da bemor yuz ko'rinishi ... bo'ladi

- a) Yuz mushaklari tarang, ko'z chaqchaymagan c) Ko'zlari ichiga botgan, burun o'tkirlashgan
- b) Yaltiroq ko'z, qo'rquvli, ko'z chaqchaygan d) Yuz, burun, lablar, tish oqargan

19. Qalqonsimon bez giperfunktsiyasi uchun xarakterli.

- a) Ekzoftalm, bradikardiya c) Ekzoftalm
- b) Ekzoftalm, tez-tez ko'z yumilihi d) Ekzoftalm, taxikardiya

20. Qandli diabet bor bemorlarni parvarishlashda qaysi chora-tadbirlar muhim hisoblanadi?

- a) Parhezga qattiq rioya qilish c) Sutka davomida takroriy haroratni o'lchash
- b) Teri qoplamlarini parvarishlash d) Takroriy ko'rib turish

21. Gipotireozda yurakdagi o'zgarish

- a) Taxikardiya c) Titroq aritmiya
- b) Bradikardiya d) Sinusli aritmiya

22. Gipotireozda asosiy davo usuli

- a) β -blokatorlar c) Tireoid garmon qo'llash
- b) Kortikosteroidlar d) Yurak glikozidlari

23. Giperglikemik komada qanday chora-tadbirlar o'tkaziladi?

- a) Ko'p miqdorda suyuqlik yuborish c) Glyukoza yuborish
- b) Shirin choy, qand, konfet qabul qilish d) Insulin yuborish

24. Giperglikemiya da-moddalar almashinuvi buziladi, asosan;

- a) Uglevod almashinuvining buzilishi c) Oqsil almashinuvining buzilishi
- b) Yog' almashinuvining buzilishi d) Pigment almashinuvini buzilish

25. Giperglikemiya-bu.

- a) Qonda qand miqdorining ko'payishi c) Qonda birirubin miqdorini oshishi
- b) Qonda qand miqdorining kamayishi d) Qonda lipidlar miqdorining kamayishi

26. Bazedov kasalligida kuzatiladi.

- a) Qalqonsimon bez o'zgarmaydi c) O'sish garmonining ortiqcha ishlab chiqarilishi
- b) Qalqonsimon bez funksiyasining pasayishi d) Qalqonsimon bezning kattalashishi

27. Bazedov kasalligida quyidagi simptomlar kuzatiladi, bittasidan tashqari:

- a) Gorner simptom c) Mebius simptom
- b) Grefe simptomi d) Shtelvag simptomi

28. Diabetik komada bemordan qanday hid taraladi?

- a) Atseton c) Mochevina hidi
- b) Ammiak d) Achigan hid

29. Diabet oldi kasalliklarida qanday gruppalar bemorlar kiritiladi?

- a) Semizlikka moyil kishilar, glyukoza chidamlilik sinamasining o'zgarishi
- b) Massasi 4,5 kg va undan ortiq o'lik va tirik tuqqan ayollar
- c) Glikemik profilda qonda glyukoza oshishi

d) Hammasi to'g'ri

30. Diabetik komaning kelib chiqishi sababi

- a) Bosh miya o'smalari
b) Insulin dozasining ko'payishi
c) Insulin yetishmasligi
d) Yurak glikozidlari dozasini oshirish

31. Diffuz toksik bo'qoq qanday kasallik?

- a) Qalqonsimon bezning diffuz kattalashuvi
b) Qalqonsimon bez kichrayishi
c) Qalqonsimon bez funksiyasining pasayishi
d) Qalqonsimon bez funksiyasining oshishi

32. Diffuz toksik buqoq kasalligida ... bo'lmaydi

- a) Tana haroratining ko'tarilishi
b) Yomon ishtaha
c) Ozib ketish
d) Ko'p terlash

33. Diffuz toksik buqoq uchun qaysi simptom xarakterli emas:

- a) Yurakning sekin urishi
b) Qalqonsimon bezning kattalashishi
c) Ko'l barmoqlarning titrashi
d) Ekzoftalm

34. Diffuz toksik buqoq uchun xarakterli.

- a) Moddalar almashinuvini kuchayishi va pasayishi
b) Moddalar almashinuvini kamayishi
c) Moddalar almashinuvini kuchayishi
d) Moddalar almashinuvini o'zgarmasligi

35. Diffuz toksik buqoqda yurak-qon tomir tizimidagi o'zgarishlar

- a) Taxikardiya
b) Bradikardiya
c) Puls bosimi o'zgarmagan
d) Glyukozuriya

36. Diffuz toksik buqoqni aniqlashda qaysi tekshirish usulidan foydalanilmaydi.

- a) UZI
b) Asosiy moddalar almashinuvini tekshirish
c) Radioizotop tekshirishi
d) Angiografiya

37. Diffuz toksik buqoqni asosiy davolash usuli

- a) Kortikosteroidlar
b) Yurak glikozidlari
c) Antitireoid preparatlar
d) β - blokatorlar

38. Ayollarda tana soch qoplaminin eraklardagidek bo'lishi uchraydi:

- a) Itsenko-Kushinga kasalligi
b) Miksedemada
c) Sklerodermiyada
d) Basedov kasalligida

39. Angulyar stomatit, gingivit, tish kariesi, paradontoz kuzatildi.

- a) Qandli diabetda
b) Addison kasalligida
c) Gipotireozda
d) Akromegaliyada

40. Atrofga atseton hidi tarqalishi qaysi koma uchun xarakterli

- a) Apopleksik koma
b) Diabetik koma
c) Uremik koma
d) Gipoglikemik koma

41. Tireotoksik krizda quyidagi belgi kuzatilmaydi

- a) Kuchli bradikardiya
b) Tana haroratining ko'tarilishi
c) Alaxsirash gallyutsinatsiya
d) Barmoqlarning titrashi

42. Tireotoksikoz uchun xarakterli:

- a) Oriqlash
b) Gipotoniya
c) Bradikardiya
d) Teri qoplamlarining quruq bo'lishi

Endokrin tizimiga oid muammoli masalalar

1 masala

Bemor shifokor qabuliga kelganda o'zini qo'z g'aluvchan, tasirchanlik, sababsiz yig'lashi, yuragining tez urishi, uyquning yomonligi, terlash, tez charchashi, isitmasi ko'tarilishi, qo'llarining titrashi, oriqlashi hamda ish qobiliyatining pasayishiga shikoyat qildi. Bemor ko'zdan kechirilganda keraksiz harakatlar qiladi, gapirganda so'zi tugamasdan boshqa jumlani boshlaydi, qovoqlari terisida giperpigmentatsiya (simptom Ellinek) bor. Bemorning pulsi tekshirilganda 110 marta min. Oxirgi kunlarda 5 kg oriqlagan, asosiy almashinuv 30% ga oshgan.

Bemorga taxminiy tashxis qo'ying.

Bemorning yuz qiyo fasini ko'zdan kechirganda qanday o'zgarishlar ko'rishimiz mumkin?
Yurak qon-tomir tizimida qanday o'zgarishlar ko'ramiz?
Yurak auskultatsiya qilinganida qanday o'zgarishlar eshitamiz?

2 masala

Shifokor qabuliga kelgan bemor ko'zdan kechirilganda qalqonsimon bezi kattalashgan, terisi yaltiragan, teri osti yog' qatlami atrofiyaga uchragan, ko'z simptomlari musbat, ya'ni ko'zlari yaltirroq, ko'z tirqishlari kengaygan, kiprik qoqmay qarab turadi (Shtelvag simptomi), ko'z qonvergensiyasi susayadi (Mebius simptomi), ko'z pastga harakat qilganda yuqori qovoq orqada qolib sklerada oq chiziq paydo bo'ladi (Gref simptomi), xuddi shunday oq chiziq ko'z olmasining yuqoriga harakat qilganida paydo bo'ladi (Koxer simptomi).

Bemorga taxminiy tashxis qo'ying.

Bemor shikoyatlarini sanab o'ting.

Yurak qon tomir tizimidagi o'zgarishlarni aytib bering.

EKGdagi o'zgarishlarini aytib bering.

3 masala

Bemor shifokor qabuliga kelganda ishtahasining kuchayganligi, qusish, qornida xurujsimon og'riqlar bo'lib turishi va ichini suyuq o'tishiga shikoyat qiladi. Yurak qon tomir tizimi tekshirilganida yurak urishi tezlashgan, taxikardiya, sistolik arterial bosim ko'tarilgan va diastolik bosim pasaygan, puls bosimi kattalashgan. Yurak ritmining buzilishi ya'ni ekstrasistoliya, hilpillovchi aritmiya borligi aniqlandi. Bemorning qalqonsimon bezi kattalashgan, ko'zlari yaltirroq, ko'z tirqishlari kengaygan, kiprik qoqmay qarab turadi va bemor oxirgi kunlarda 10 kg vazn tashlaganini takidlab. Asosiy almashinuv 55% ga oshganligi aniqlandi.

Bemorga qanday taxminiy tashxis qo'yasiz?

Bemorni ko'zdan kechirganda qanday o'zgarishlar ko'rishimiz mumkin?

Yurak auskultatsiya qilinganida qanday o'zgarishlar eshitiladi?

Bemor qonidagi o'zgarishlarni aytib bering.

Qanday instrumental tekshiruv olib boriladi va natija qanday?.

4 masala

Ambulatoriya sharoitida shifokor qabuliga kelgan bemor o'zini oruqlaganligiga, yuragi tez va notekis urishini, tez och qolib ovqatlanishini hamda ichi suyuq o'tishini aytib tekshirilishga kelganligini aytdi. Bemorning bo'yi 1,70 m vazni 55 kg Kettle indeksi 13 ligi aniqlandi. Ko'zdan kechirganda Mebius va Gref simptomlari musbat.

Bemorga qanday taxminiy tashxis qo'yasiz?

Bemorning asosiy shikoyatlarini sanab o'ting.

Bemorni ko'zdan kechirganimizda qanday o'zgarishlar ko'rishimiz mumkin?

Yurakdagi auskultativ o'zgarishlarni ayting.

Bemor qonidagi o'zgarishlarni aytib bering.

5 masala

Bemor 38 yoshda, jinsi ayol, shifokor qabuliga kelganda sababsiz yig'lashi, yuragining tez urishi, uyquning yomonligi, terlash, tez charchashi, isitmasi ko'tarilishi, qo'llarining titrashi, orug'lashi hamda ish qobiliyatining pasayishi bezovta qilishini takidlab. Bemorning bo'yi 1,67 m vazni 49 kg, Kettle indeksi 17, bemor juda ozib ketganligi, yurak urish tezligi 142 marta hamda asosiy almashinuvning 68% ga oshganligi aniqlandi.

Bemorga taxminiy tashxis qo'ying.

Bemorni ko'zdan kechiring.

Ko'z simptomlarini aytib o'ting.

Kasallik darajalarini aytib bering.

6 masala

Bemor 39 yoshda, jinsi ayol, shifokor qabuliga kelganda anamnezida tireotoksikoz borligi aniqlandi. Bemorning shikoyatlarini eshitgandan so'ng shifokor unga operatsiya qilish kerakligini aytdi va shundan so'ng bemorni vahima bosib, ahvoli yomonlashdi. Yurak urish tezligi 180 marta minutiga, paroksizmal taxikardiya, qilpillovchi aritmiya, bemorning qorin sohasiga og'riq paydo bo'lib ichi suyuq o'ta boshladi, terisi rangi sarg'aya boshladi, ko'zlari chaqchaygan.

Bemorga taxminiy tashxis qo'ying.

Bemorni ko'zdan kechiring.

Yurak qon tomir sistemasidagi o'zgarishlarini ayting.

7 masala

Bemor 49 yoshda, jinsi ayol, shifokor qabuliga kelganda holsizlikka, uyqu bosishiga, xotirasining susaygani, ish qobiliyatining pasaygani, sochlarining quruqligi, sinuvchan va to'kilishi, qoshlari cheti va kiprikleri to'kilishi, tirnoqlarining sinishiga, quruqligiga shikoyat qiladi. Oq'iz bo'shlig'ida tishlarida paradontoz, tishlari shikastlangan, kabziyat va meteorizm borligi aniqlandi. Asab tizimida paresteziya, tutqanoq va yurishda tekis yura olmaydi. Atrof muhitga etiborsiz, intellekt pasaygan. Shifokor bemordan anamnez yig'ganiga kasal bo'lishdan oldin radioaktiv yod bilan bir necha marta davolanganini aniqladi. Bemorning yuzi niqobsimon va ko'z tirqishlari toraygan.

Bemorga qanday taxminiy tashxis qo'yasiz?

Bemorni ko'zdan kechirganda qanday o'zgarishlar ko'ramiz?.

Yurak qon tomir tizimida qanday o'zgarishlar kuzatiladi?

EKG dagi o'zgarishlarni aytib bering.

8 masala

Endokrinolog maslahatiga kelgan bemor 54 yoshda, jinsi ayol, obdon ko'zdan kechirilganda kam harakatchan bo'lib, tormozlangan, bemorning terisi rangpar, yuzlari shishgan, niqobsimon va ko'z tirqishlari toraygan. Terisi qalin, qo'pol, quruq va ko'chuvchan, paypaslaganda terisi sovuq. Terisidagi shish barmoq bilan bosilgandan so'ng chuqurcha qolmaydi. Sochlari quruq, sinuvchan va to'kiluvchan, qoshlari cheti va kiprikleri to'kilgan, tirnoqlari sinuvchan, quruq. Oqiz bo'shlig'ida tishlarida paradontoz, tishlari shikastlangan, kabziyat va meteorizm borligi aniqlandi. Asab tizimida paresteziya, tutqanoq va yurishda tekis yura olmaydi.

Bu bemorga qanday taxminiy tashxis qo'yasiz?

Bemorning shikoyatlarini aytib bering.

Oqiz bo'shlig'idagi, hazm tizimidagi o'zgarishlarni aytib bering.

Qondagi o'zgarishlarni aytib bering.

9 masala

Bemor 53 yoshda, jinsi ayol, qishloq vrachlik punktida murojaat qildi, gapirganda gapi noaniq va sekin gapirishi, tovush tembri qo'pol va pastligi aniqlandi. Bemorning sochlari, qosh va kiprikleri to'kilgan, qonida T3, T4 kamayib, TTG garmoni miqdori oshganligi aniqlandi. Yurak urish tezligi kamaygan, bradikardiya, tonlari bo'g'iq, sistolik va puls bosimi pasaygan, qonning tezligi, zarb va minutlik hajmi kamaygan.

Bemorga taxminiy tashxis qo'ying.

Bemorni ko'zdan kechirganda qanday o'zgarishlar ko'ramiz?

Asab tizimidagi o'zgarishlarni ayting.

Qanday instrumental tekshiruv olib boriladi va qanday natija kutish mumkin?.

10 masala

Bemor jinsi ayol, yoshi 60 da, shifokor tomonidan tekshirib ko'rilganda yurak urish tezligi 48 marta min. Bradikardiya, tonlari bo'g'iq, sistolik va puls bosimi pasaygan, qonning tezligi, zarb va minutlik hajmi kamayganligi aniqlandi. Bemor yurishda tekis yura olmaydi. Anemiya, nisbiy limfotsitoz, EChTning oshishi, gipoglikemiya, gipoalbuminemiya,

gipergammaglobulinemiya va giperxolesterinemiya, T3,T4 kamayib, TTG garmoni miqdori oshgan.

Bemorga taxminiy tashxis qo'ying.

Bemor shikoyatlarini sanab o'ting.

Bemorni ko'zdan kechiring.

Yurak qon tomir tizimidagi o'zgarishlarni aytib bering.

11 masala

Bemor 51 yoshda, poliklinika sharoitida shifokor qabuliga kelganda oq'iz qurishi, chanqash, peshobining miqdorini ko'payganligi va kechqurungi peshob chastotasi ko'payganligi shular bilan birga tez-tez och qolishiga, oruqlashga, holsizlikka, teri qichishiga va terisida tez-tez chipqon chiqishiga shikoyat qildi. Bemorning qonida giperglikemiya, peshobi tekshirilganida glyukoza borligi va solishtirma og'irligi 1,033 ligi aniqlandi.

Bemorga taxminiy tashxis qo'ying.

Bemorni ko'zdan kechiring.

Yog'lar almashinuvida qanday o'zgarishlar kuzatiladi?

Qanday laborator tekshiruvlar olib boriladi va natijasi qanday?

Bu kasallikdan qanday asoratlar qolishi mumkin?

12 masala

Shifokor, qabulga kelgan bemor, ko'zdan kechirilganda lunjlari qizargan (rumyanets), peshona, yonoq sohasi, jag' osti sohalari kapilyarlari kengaygan (rubeoz), mushaklari atrofiyaga uchragan, qo'l va oyoq kaflari sarg'aygan, terida qashalgan izlar, ksantomalar borligi, oyog'larda trofik yaralar borligi hamda bemorning oqiz bo'shlig'i ko'zdan kechirilganda gingivit, stomatitlar va tishlari paradontozga uchraganligi ko'zga tashlandi. Bemordan anamnez yig'ilganida kechqurun ko'p peshob ajralishi va tekshirilganda siydik tarkibida glyukoza borligi aniqlandi.

Bemorga qanday taxminiy tashxis qo'yasiz?

Bemor shikoyatlarini aytib o'ting.

Yurak qon tomir tizimidagi o'zgarishlarni aytib bering.

Asab tizimidagi o'zgarishlarni aytib bering.

13 masala

Bemor 55 yoshda kasalxonada kelganda o'ng oyog'i bosh barmog'ida trofik yara paydo bo'lganligi, badanining qichishiga, va peshobining ko'p miqdorda ajralishiga shikoyat qildi. Bemorning pulsi 94 marta min. qon bosimi o'lchanganda 170/100 mm. sim. ust. tengligi shu bilan birga qonda giperglikemiya va peshobi tekshirilganida oqsil va glyukoza borligi aniqlandi.

Bemorga taxminiy diaqnoz qo'ying.

Bemor shikoyatlarini sanab o'ting.

Bemorning siydik ajratish tizimida bo'ladigan o'zgarishlarni aytib bering.

Ko'z tubida bo'ladigan o'zgarishlarni aytib bering.

14 masala

Bemor shifokor qabuliga kelganda badani qichishiga, och qolishiga, holsizlikka, peshobi kechqurunlari ko'p ajralishiga shikoyat qildi. Bemorni ko'zdan kechirganda badanida kashalgan izlar borligi aniqlandi, qoni tekshirilganida qonda glyukoza miqdori 18 mmol/l ligi, peshobda glyukoza miqdori 3% aniqlandi.

Bemorga taxminiy tashxis qo'ying.

Oqsil almashinuvida qanday o'zgarishlar bo'ladi?

Hazm tizimida qanday o'zgarishlar kuzatiladi.

Siydik ajratish tizimida qanday o'zgarishlar bo'ladi?

15 masala

Bemor shoshilinch yordam ilmiy markaziga olib kelinganda es qushi o'zida emas edi, tekshirilganda tana harorati past, terisi quruq, qashalgan izlar bor, pay refleklari yo'qolgan,

mushaklar va ko'z olmasi tonusi pasaygan, chuqur va shovqinli Kussmaul nafasi kuzatiladi. Pulsi tekshirilganda kichik va tezlashgan, qon bosimi tushib ketgan. Bemorning nafasidan va terisidan atseton hidi keladi. Qonda giperqlikemiya, siydikda atsetonuriya aniqlandi.

Bemorga qanday tashxis qo'yasiz?

Bemorni ko'zdan kechirganda qanday o'zgarishlar ko'rishimiz mumkin?

Yog'lar almashinuvida qanday o'zgarishlar ko'ramiz?

Bemorlar qonidagi va siydigidagi o'zgarishlarni aytib bering.

Bu holatda shifokor taktikasini aytib bering.

16 masala

Qandli diabet bilan kasallangan bemor bilan suhbatdan so'ng, bemor o'zida qandli diabet belgilarini kuzatganday bo'lib, uglevod istemol qilmay qo'ydi va insulin teri ostiga qabul qildi. Biroz o'tgandan so'ng bemorga ochlik hisi paydo bo'ldi, bemor holsiz bo'lib ter bosdi, bemorning qo'l-oyoqlari qaltiray boshladi va harakat, ruhiy ko'zg'alishlar paydo bo'lib xotirasi yo'qoldi.

Bemorga taxminiy tashxis qo'ying.

Kasallik patogenezini aytib bering.

Bu holatda sizning taktikangiz.

Endokrin tizimi test savollari javob variantlari

1-c	10-c	19-d	28-b	37-c
2-b	11-a	20-a	29-d	38-a
3-d	12-b	21-b	30-c	39-a
4-a	13-c	22-c	31-d	40-b
5-c	14-d	23-d	32-b	41-a
6-a	15-b	24-a	33-a	42-a
7-d	16-a	25-a	34-c	
8-d	17-a	26-d	35-a	
9-c	18-b	27-a	36-d	

Nazorat savollari va topshiriqlar

Test savollarini yechish:

Endokrin tizimi kasalliklari to'g'risida malumotga ega bo'lish;

Endokrin tizimi kasalliklari etiologiyasi va patogenezini haqiqiy malumotga ega bo'lish

Endokrin tizimi kasalliklarini tekshirish malumotga ega bo'lish;

Diffuz toksik zob to'g'risida malumotga ega bo'lish;

Diffuz toksik zob bilan bemorlarda ko'z simptomlarini bilish;

Gipotireoz kasalligi to'g'risida malumotga ega bo'lish;

Gipotireoz bilan kasallanganlarni ko'zdan kechirishni diagnostik ahamiyati bilish;

Qandli diabet, etiologiyasi, patologiyasi, klinika, diagnostikasini bilish;

Qandli diabet bilan kasallanganlarni davolashni bilish;

Diabetik koma va shoshilinch yordam ko'rsatishni bilish;

Gipoglikemik koma va shoshilinch yordam ko'rsatishni bilish;

Mustaqil ish topshiriqlari

Diffuz toksik zob bilan bemorlarni instrumental tekshiruvga tayorlash va o'tkazish;

Diffuz toksik zob bilan kasallangan bemorlarda ko'z simptomlarining diagnostik ahamiyatini bilish;

Gipotireoz kasalligi bilan bemorlarni instrumental tekshiruvga tayorlash va o'tkazish;

Diffuz toksik zob bilan kasallangan bemorlarni laborator tekshiruvga tayorlash va o'tkazishni bilish;

Gipotireoz kasalligi bilan bemorlarni laborator tekshiruvga tayorlash va o'tkazish;

Qandli diabet bilan kasallangan bemorlarni instrumental tekshiruvga tayorlash va o'tkazishni bilish;

Qandli diabet bilan kasallangan bemorlarni laborator tekshiruvga tayorlash va o'tkazishni bilish;

Diabetik komaga tushgan bemorlarga shoshilinch yordam ko'rsatib bilish;

Gipoglikemik komaga tushgan bemorlarga shoshilinch yordam ko'rsatib bilish;

VIBOB Qon yaratish tizimi kasalliklari

Mavzuning maqsadi: Qon yaratish tizimi kasalliklari bilan kasallangan bemorlarni so'rab surishtirish, ko'zdan kechirish va uning etiologiyasi patogenezi, klinikasi tekshirish usullari to'g'risida tushuncha berish.

Tayanch atamalar: anemiya, membranopatiya, enzimopatiya, gemoglobinopatiya, temir yetishmovchiligi, postgemorragik, gemolitik anemiyalar, α talasemiya, β talasemiya, anizotsitoz, paykilotsitoz, Kebot halqalari, Jolli tanachalari.

Mavzu bayoni

Bemorlarni so'rab surishtirish. Qon sistemasi bilan kasallangan bemorlarning shikoyatlari xilma-xil bo'lib, umumiy xarakterda bo'ladi. Bular: holsizlik, tez charchash, uyquchanlik, bosh og'rig'i, bosh aylanishi, jismoniy ish qilganda hansirab qolish, yurakning tez-tez urishi, ko'z oldi qorong'ulashib, ba'zan hushdan ketish va boshqalar. Bunday shikoyatlar ko'pincha turli sabablarga ko'ra kelib chiqqan kamqonlik (anemiya) da, leykoz, mieloid gipoplaziya kasalliklarida kuzatiladi. Bundan tashqari, tilda og'riq sezgilari, til uchi va chetlarining achishishi-kamqonlik kasalligining ilk belgisi bo'lishi mumkin. Nekrotik angina, stomatit, milklarning qonashi- leykoz va agranulotsitoz uchun xarakterlidir.

O'tkir leykozda bemorlar yutinganda tomoqda og'riq sezadilar.

Ko'pgina qon kasalliklarida bemorlar ishtaha bo'lmaganligi natijasida juda ozib ketadilar, hatto kaxeziya holatiga borib yetadilar. Bunday holat ayniqsa surunkali leykoz, xavfli limfomalarda qayd etiladi. Temir yetishmovchiligi natijasida kelib chiquvchi anemiyalarda (xlorozlar) ko'pincha tam bilish buziladi. Bemorlarda sog'lom odam iste'mol qilmaydigan narsalar, ya'ni ko'mir, loy, bo'r, ohak va boshqalarni yeyishga moyillik paydo bo'ladi, hid bilish buzilishi kuzatiladi, bemorlar o'tkir hidli benzin, efir, kerosin va shunga o'xshash narsalarning hidini yoqtiradilar.

Kasallik tarixi. Bemorlarni so'rab-surishtirganda undan uning kasallik boshlanmasdan oldingi ahvoli (quvvatsizlik, isitmalash, turli qon ketishlar) va bemorning fikricha kasallikning yuzaga kelishiga sabab bo'lgan omil yoki holat (nurlanish, qon ketish, hayz tsiklining holati, gijja kasalligi bor yo'qligi, ovqatlanish tartibi, homiladorligi va uning soni, homiladorlik intervali, me'da ichak tizimi yallig'lanish

kasalliklari bilan kasallanganligi va b.), kasallikning har bir belgisi boshlangan vaqt, shu belgilarning yo'qolib ketishi yoki avj olishining xarakteri haqida so'rash lozim. Kasallik boshlanmasdan oldin bemorning qoni tekshirilganligi, agar tekshirilgan bo'lsa, qanday o'zgarishlar bo'lganligi, bemor boshqa kasalliklar sababli qanday dori-darmonlarni (qonga ta'sir qiluvchi) qachon va qancha miqdorda qabul qilganligini aniqlash lozim. Agar bemor qon kasalligi tufayli davolangan bo'lsa, qanday dori-darmonlar qabul qilgani va ularning samaradorligi haqidagi ma'lumotlar ham tashxisni aniqlashda muhimdir.

Bemorning hayot anamnezi. Qon sistemasi kasalliklariga chalingan bemor hayot anamnezini so'rab-surishtirganda bir qancha narsalarga e'tibor berilishi kerak. Avvalo bemorning hayot tarzi, bolalikdagi va hozirgi yashash sharoiti, ovqatlanish tartibi, sifati, ish joyidagi zararli omillar (fenilgidrazin) ning ta'siri haqida undan so'raladi. Bundan tashqari, ota-onasi, qarindosh-urug'larining sog'ligi, ya'ni ularda qon kasalliklari bo'lgan-bo'lmaganligi, bemorning hayoti davomida boshidan kechirgan kasalliklari surishtiriladi. Ba'zi kasalliklarda sekin-asta yoki ko'p miqdorda qon ketishi natijasida, me'da shilliq qavatining atrofiyasida va uning bir qismi rezektsiya qilinganda temir, vitamin B₁₂ ning so'rilishi buzilishi tufayli kamqonlik yuzaga kelishi mumkin. Jigar va buyrakning surunkali kasalliklari, sistemali kasalliklar ham anemiyaga sabab bo'lishi mumkin. Turli surunkali kasalliklarni davolashda ishlatiladigan ba'zi dori-darmonlar suyak ko'migi faoliyatini susaytiradi. Xuddi shunday radiatsiya bilan ishlash yoki radiatsion zonalarda uzoq vaqt bo'lish ham suyak ko'migi faoliyatini susaytiradi.

Bemorlarni umumiy ko'zdan kechirish. Qon sistemasi kasalliklariga chalingan bemorlarning umumiy ahvoli kasallikning turiga va davriga qarab yengil, o'rtacha va og'ir bo'lishi mumkin. Bemorlar anemiyalarning oxirgi davrlarida, mieloid aplaziya va leykozlarining tez rivojlanuvchi turlarida og'ir ahvolda bo'ladilar. Bunday hollarda ularning hushlari ham chalg'igan bo'ladi.

Qonda eritrotsitlar va gemoglobin kamayishi natijasida teri va shilliq pardalar rangpar bo'ladi. Surunkali kamqonlikda rangparliklar sekin-asta rivojlansa, o'tkir kamqonlikda birdan paydo bo'ladi va bu ko'pincha qon ketayotganining asosiy belgisi hisoblanadi. Kamqonlik turiga qarab, rangparlik ham turlicha bo'ladi. Masalan, vitamin B₁₂ yetishmovchiligidan kelib chiqqan Addison-Birmer kamqonligida bemorlar terisi oqimtir -sarg'ish bo'ladi, ya'ni teri sariq tusga kiradi,

ko'z oq pardasi ham sarg'ayadi. Temir yetishmovchiligidan yuzaga kelgan anemiyada, ayniqsa, yuvenil xlorozda teri rangi yashilsimon bo'lib oqaradi, ba'zan «alebastr» rangini eslatadi. Gemolitik anemiyalarda terining rangi sariq bo'ladi. Terining rangini aniqlash qiyin bo'lgan vaqtlarda ko'z va milklarning rangini ko'rish lozim. Surunkali leykozlarda teri rangi kulrang bo'ladi.

Og'iz bo'shlig'ini ko'zdan kechirish ham diagnostik ahamiyatga ega. Vitamin B₁₂ yetishmovchiligi natijasida yuzaga kelgan anemiyada bemor tilining so'rg'ichlari tekislangan, yaltiroq, to'q qizil rangda bo'ladi.

Limfa tugunlari va taloq palpatsiyasi. Qon sistemasi kasalliklarida limfa tugunlar, jigar, taloq va suyaklarni palpatsiya yo'li bilan tekshiriladi. Periferik limfa tugunlarini navbatma-navbat ikki qo'llab paypaslab, avval bo'yin, undan keyin o'mrov osti, qo'litiq osti, chov sohasidagi limfa tugunlari paypaslab ko'riladi. Ularning elastikligi, harakatchanligi, yuzasi silliq yoki notekisligi aniqlanadi. Limfoleykoz, limfogranulematoz va limfosarkoma kasalligida limfa tugunlari ayniqsa kattalashib ketadi. Odatda avval bemor tanasining bir joyidagi limfa tugunlari va sekin-asta boshqa guruh tugunlari ham kattalashadi. Bunda faqat yuza limfa tugunlarigina emas, balki chuqur joylashgan tugunlar ham kattalashadi.

Leykoz, limfoma kasalliklarida ular qattiq, og'riqsiz, atrofidagi to'qimalar bilan bitishmagan bo'ladi va hech qachon yiringlab oqmaydi. Limfoleykozda ular xamirsimon elastik konsistentsiyaga ega bo'ladi. Faqat limfogranulematoz, ayniqsa limfosarkoma kasalligida limfa tugunlari kattalashib, bir-biri bilan bitishib, katta-katta konglomeratlar hosil qiladi. Ko'pgina qon kasalliklarida taloq kattalashadi. Verl-Goff kasalligida, Addison-Birmer kamqonligida, limfogranulematozda taloq biroz kattalashadi. Faqat gemolitik anemiya va surunkali mieloid leykozlarda taloq juda katta, qattiq konsistentsiyaga ega bo'ladi, ba'zan butun qorin bo'shlig'ining chap qismini egallab, o'ngga hamda kichik chanoqqa ham yetishi mumkin. Uning qirralari yumaloqlashib, usti silliq bo'ladi.

Taloqni palpatsiya qilish uchun bemor chalqancha yoki o'ng yonboshida yotadi. Tekshiruvchi shifokor esa bemorning o'ng tomonida o'tiradi va chap qo'li bilan bemorning ko'krak qafasini biroz bosib turadi. Bu bilan nafas harakatlari cheklanadi. O'ng qo'lning birlashtirilgan va biroz egilgan barmoqlarini chap qovurg'a yoyi ostiga

qo'yadi. Agar taloq ancha kattalashgan bo'lsa, unda qo'lini uning perkussiya yo'li bilan topilgan pastki qirrasidan sal pastroqqa qo'yadi. Bemor asta-sekin nafas chiqarganda o'ng qo'lini ichkariga, qovurg'a yoyi tagiga kiritib boradi va bemorga chuqur nafas olishni tayinlaydi. Agar taloq kattalashgan bo'lsa, pastga harakatlanadi va qo'lga urilib, uning ustidan sirpanib o'tadi. Paypaslash vaqtida taloqning qattiq yoki yumshoqligiga, og'riqliligiga, harakatchanligiga, ustki chetida uyiqcha bor-yo'qligiga etibor beriladi. Kattalashgan taloq ko'pincha og'rimaydi. Faqat taloq venasi trombozida, perisplenitda bemor chap qovurg'a yoyi ostida qattiq og'riq sezishi mumkin. Qon kasalliklaridan tashqari, taloq bir qancha yuqumli kasalliklarda, jigar tsirrozida kattalashadi. Qon sistemasi kasalliklarini aniqlashda yassi suyaklarni hamda naysimon suyaklar epifizini paypaslashda, bu kasalliklarda ko'mikning kuchli giperplaziyasi natijasida, ular og'riqli bo'ladi.

Perkussiya. Taloq-chap qovurg'a ostida medianing yuqori qismi tashqarisida, diafragma ostida joylashgan bo'lib, nafas olish aktida harakatlanadi. Uning proektsiyasi ko'krak qafasining chap yon yuzasida IX-XI (bazi adabiyotlarda IX-X) qovurg'alar orasida joylashgan. Qon sistemasi kasalliklarida taloqning o'lchamlarini aniqlash uchun perkussiya usuli qo'llaniladi. Buning uchun bemor yotgan yoki tik turgan holatda bo'ladi va juda sekin perkussiya qilinadi, chunki taloq havo saqlovchi a'zolar bilan o'ralgan va o'zi ham ancha yupqa bo'ladi. Perkussiyani aniq perkutor tovushdan bo'g'iq tovushgacha, juda sekin perkutor zarba bilan bajariladi.

Taloqning uzunasiga ketgan o'lchamini aniqlash uchun X qovurg'a ustidan ikki tomondan perkussiya qilib boriladi va u sog'lom odamda 6-8 sm ga teng bo'ladi, ko'ndalang o'lchamini topish uchun liniya kostoartikularis sinistra chizig'idan 4 sm lateralroq chiziq bo'ylab perkussiya qilinadi va u 4-6 sm ga teng bo'ladi. Taloqning ko'ndalang o'lchamini bo'g'iqligi chap tomonda IX-X qovurg'alar oralig'iga to'g'ri keladi.

Kurlov bo'yicha perkutor razmerini aniqlash. Birinchi taloqni yuqori va pastki chegarasi aniqlanadi, keyin uning orqa va old cheti aniqlanadi. Perkussiya o'tkazish tartibi bemor on'g yonboshda yotadi yoki turgan holatda bo'lishi kerak. Plessimetr barmoq tekshiriluvchi zonada paralel ravishda qo'yiladi. Perkussiya yuqoridan pastga otkazilganda o'pka tovushi yoki Travbe maydonidagi timpanik tovushdan bo'g'iq tovushgacha perkussiya qilinib, plessimetr barmoqni

tashqarisidan aniq tovush tomonidan (timpanik tovush tomonidan) belgilanadi. Perkutor zarb sust va sekin bo'lishi kerak. Taloq razmeri meyorida bo'lganda bo'g'iqroq perkutor tovush beradi, chunki medaning havo shari va Traube maydoni hamda ingichka va chamber ichak gazlari yaqin joylashgan. Taloqning yuqori chegarasini aniqlash uchun plessimetr barmoqni ko'ndalang yo'nalish bo'yicha, ko'krak qafasini chap yon bosh yuza V qovurg'a sathida qoyiladi. Qovurg'alar yoki qovurg'alar oralig'i bo'yicha barmoqni ko'ndalang holatini saqlagan holda bo'g'iqroq perkutor tovush eshitguncha chap yonbosh suyak qanotigacha perkussiya qilib boriladi. Bo'g'iqroq perkutor tovush eshitilgan joy taloqni yuqori chegarasi hisoblanadi, meyorda IX qovurg'ada yotadi. Dermograf yoki chap qo'l beshinchi barmoq bilan bu nuqtani belgilab olib, plessimetr barmoqni chap yonbosh suyagi qanoti bo'ylab joylashtirib va o'rta qo'ltiq osti chizig'i bo'ylab qarama-qarshi tomonga perkussiya qilinib boriladi (pastdan yuqoriga qarab). Timpanik tovushni bo'g'iq tovushga o'tishi demak taloqni pastki chegarasi hisoblanadi va bu normada XI qovurg'aga to'g'ri keladi. Taloq kengligini topish uchun yuqori va pastki chegara oralig'i o'lchanadi, bu meyorda 4-7 smni tashkil qiladi.

Taloqni orqa chetini aniqlash uchun chap X qovurg'ani paypaslab topib, umurtqaga birikish joyini topish kerak. Keyin barmoq plessimetrni chap umurtqa oldi chizig'iga joylashtiriladi, bunda barmoqning o'rta falangasi (o'rta suyagi) X qovurg'aga perpendikulyar bo'lishi lozim. Barmoq plessimetrni shunday holatini saqlab, X qovurg'a bo'ylab taloq tomon timpanik tovushdan bo'g'iqroq tovushgacha perkussiya qilinadi. Bu taloqning orqa cheti hisoblanadi va dermograf bilan belgilanadi. Meyorda taloqning orqa cheti chap kurak chizig'idan tashqariga chiqmaydi.

Taloqni oldingi cheti chegarasini aniqlash uchun plessimetr barmoqni qorinni oldingi chizig'i bo'ylab shunday joylashtirish kerakki, bunda barmoq o'rta falangasi kindik chizig'iga perpendikulyar bo'lishi kerak. Taloq tomon perkussiya qilib boriladi, kindik va chap X qovurg'a kesishish nuqtasidan chap qo'ltiq osti chizig'igacha boriladi. Timpanik tovushni bo'g'iqroq tovushga o'tishi, taloqni old cheti chegarasi hisoblanadi. Meyorda bu old qo'ltiq osti chizig'idan tashqariga chiqmaydi. Keyin taloqni oldingi va orqa chegaralari oralig'i o'lchanadi, va bu 6-8 smni tashkil qiladi. Taloq haddan ziyod kattalashsa old chegarasi qovurg'a yoyidan tashqariga chiqadi. Bu holatda tashqariga

chiqqan qismi o'lchanadi. Taloqni Kurlov bo'yicha aniqlangan chegarasi kasallik tarixiga kasr chizig'i bo'yicha kiritiladi.

$$6 \frac{17}{9} \text{ см}$$

Bu yerda butun (6) sonlar taloqning qovurg'a yoyidan chiqqan qismi.

Surat (17) bo'g'iqlik uzunligi. Maxraj (9) bo'g'iqlik kengligi .

Taloqni kattalashganligini yana bir oddiy usul bilan aniqlash mumkin. Agar perkussuya vaqtida bemor holati o'ng yonboshga bo'lsa, X qovurg'ani chap o'rta qo'ltiq osti chizig'i bilan kesishish joyida xuddi jigarni kattaligicha bo'g'iqlik tovushi aniqlansa, demak taloq juda kattalashgan (Ragoza simptomi).

Taloqning kattalashuvi qator kasalliklarni asosiy diagnostik belgilaridan biridir. Jigar, taloq va limfa tugunlarni birdaniga kattalashuvi bazi bir o'tkir va surunkali infeksiyalar, sepsis, infeksiyon endokardit, gemoblastozlar va sistemali immunopatologik kasalliklarda uchraydi. Jigar va taloqning kattalashuvi surunkali faol gepatitda, jigar tsirrozida, gemolitik anemiyada va moddalar almashinuvi buzilishi (yig'ilish) kasalliklarida (Goshe, Nimanna-Pika) uchraydi. Taloqning kattalashuvi darvoza va taloq venasi trombozida, taloqda o'sma, kista va boshqa mahalliy jarohatlar rivojlansa kuzatiladi. Taloqning juda kattalashib ketishi surunkali mieloleykozda, osteomielifibroзда kuzatiladi va bu bazan qorin bo'shlig'ini katta qismini egallaydi hatto kichik chanoqqacha tushishi mumkin.

Kamqonliklar

Anemiya (kamqonlik)-qonning hajm birligida eritrotsitlar, gemoglobinni va ularning eritrotsitlar tarkibida miqdorining kamayishi, ularning sifati o'zgarishi natijasida yuzaga keladigan kasallik bo'lib, kelib chiqishiga ko'ra irsiy va orttirilgan (birlamchi va ikkilamchi) bo'ladi.

Anemiyani keltirib chiqaruvchi sabablar polietiologikdir va turli tabiatga ega. Anemiya kelib chiqishiga ko'ra, ekzogen va endogen omillarning ta'sirida kelib chiqadi. Ekzogen omillar o'z navbatida infeksiyon (bezugak qo'zg'atuvchisi) va noinfeksiyon (har xil toksik moddalar (fenilgidrazin), ilon, chayon chaqishi va h.k.), alimentar (vitamin B12 va folat kislotasi, temir moddasi yetishmasligi va h.k.) omillarga bo'linadi. Endogen sabablarga misol sistemali kasalliklar.

Anemiyaning kelib chiqishiga qarab sabablari ham turlicha bo'ladi. Anemiya bilan kasallangan bemorlarda birinchi navbatda eritrotsitlarning nafas funksiyasi, ya'ni to'qimalarga kislorod yetkazib berish faoliyatining buzilishi kuzatiladi va oqibatlari (agar tegishli choralari o'z vaqtida qo'llanilmasa) yomon tugashi bilan boshqa kasalliklardan farq qiladi. Ayni vaqtda, shuni ta'kidlash lozimki, anemiya nihoyatda har tomonlama, faqat tibbiy-biologik emas, ekologik-ijtimoiy, iqtisodiy va h.k. tomondan ham muhim ahamiyatga molik jiddiy muammodir. Anemiyalarda qonda eritrotsitlarning turli patologik shakllari paydo bo'lib, ular normal funktsional imkoniyatga ega bo'lmay, kislorod tashib berish qobiliyati pastdir. Ularning ayrimlari gemoglobinni kam tutganligi tufayli kislorodni yetarli miqdorda biriktirmaydi, boshqalari esa, masalan, yosh eritrotsitlar, bir tomondan, kislorodni kam biriktirsa, ikkinchidan, kislorodni o'zlarining hayoti uchun sarflaydi (ular turli sharoitlarga nisbatan chidamsiz bo'lib, yashash davrlari qisqa bo'ladi va h.k).

Anemiyaning tasnifi

Anemiyalar to'g'risida to'liq tushunchaga ega bo'lish, ularni aniqlab tashxisi, diagnostikasi va bemorlarni samarali davolash masalalarini to'g'ri amalga oshirish maqsadida ularning ko'rsatkichlariga asoslanib, turli tasniflar taklif etilgan, ana shulardan birini, ko'pchilik tomonidan qabul qilinganini keltiramiz. U quyidagi tamoyillarga amal qilingan holda tuzilgan.

Anemiya tasnifi

I. Etiologiya va patogenezigiga ko'ra

1. Qon yaratilishi (eritropoez) ning buzilishi tufayli kelib chiquvchi anemiyalar.

Temir tanqis anemiya

Vitamin B12 va folat kislota tanqis anemiyasi

2. Postgemorragik (qon yo'qotishdan keyin yuzaga keluvchi) anemiya.

a) o'tkir

b) surunkali

3. Gemolitik anemiya - eritrotsitlarning odatdagidan ko'ra ko'p gemolizi tufayli kelib chiquvchi anemiya.

A) Irsiy

a) Membranapatiya-mikrosferatsitoz, ovalotsitoz, stomatotsitoz va boshqalar kabi shakllari bo'ladi;

b) Enzimopatiya-glukoza-6-fosfatdehidrogenaza, piruvatkinaza, glutation reduktaza, glutationperoksidaza, γ -glutamiltanspeptidaza yetishmovchiligida kelib chiqadi;

v) Gemoglobinopatiyalar- α talasemiya, β talasemiya, o'roqsimon hujayrali anemiya va b.q)

B) Ortirilgan (infektsion va noinfektsion) shakllari bo'ladi.

II. Qon ishlab chiqaruvchi to'qima (a'zo) ning funktsional holatiga qarab

1. Regenerator anemiya suyak ko'migi faoliyati me'yorda, chegaralanmagan, retikulotsitlar soni 1-5 % ni tashkil qiladi.

2. Giperregenerator anemiya. Bunda eritropoez kuchayib, suyak ko'migi va periferik qonda retikulotsitlar me'yordan 5% ko'p bo'ladi va shu bilan birga eritrotsitlarning umumiy miqdori ham ortib boradi. Giperregenerator anemiyada eritrotsitlar tez voyaga etadi, masalan, buni o'tkir postgemorragik anemiyada kuzatish mumkin va u qon ishlab chiqaruvchi to'qimaning faollashganidan dalolat beradi.

3. Giporegenerator anemiya (suyak ko'migi faoliyati qisman chegaralangan, retikulotsitlar soni 1% dan kam). Bunda eritrotsitlar sekin voyaga yetadi, periferik qonda retikulotsitlar soni deyarli ko'paymaydi. Ushbu hol temir tanqis anemiyada yuzaga keladi.

4. Aregenerator anemiya. Anemiyaning bu turida qon ishlab chiqaruvchi to'qimalarda eritropoez deyarli to'xtaydi, periferik qon va suyak ko'migida retikulotsitlar bo'lmaydi, masalan, gipoplastik anemiya. Bunda eritropoez bilan bir qatorda leykopoez ham, trombositopoez ham sustlashib, qonda barcha shakliy elementlar soni kamayadi. Suyak ko'migi faoliyati chegaralangan, retikulotsitlar soni 0,2% dan kam.

III. Qonning rang ko'rsatkichiga (RK) qarab:

1. **Normoxrom anemiya.** (RK 0,85-1,05ga teng, HB ning eritrotsitdagi konsentratsiyasi - 32 %); Ma'lumki, eritrotsitlarning bo'yalishi ularning tsitoplazmasidagi gemoglobin (normada 30-35 pg) miqdoriga bog'liq. Shunga ko'ra, normoxrom anemiyada periferik qonda gemoglobinni me'yorda tutgan eritrotsitlar mavjud bo'ladi. Bunda eritrotsitlar sonining va gemoglobin miqdorining barobar kamayishi (masalan, o'tkir qon yo'qotilganda) kuzatiladi.

2. Gipoxrom anemiya. (RK 0,85 past, HB ning eritrotsidagi konsentratsiyasi 32% kam). Bunda qonning rang ko'rsatkichi me'yoridan past bo'ladi (masalan, temir tanqis anemiyada). Qonning rang ko'rsatkichi pasaygan bo'lib, bu eritrotsitlarning kichik o'lchamli (mikrotsitlar) bo'lishi va periferik qonda yetilmagan eritrotsitlarning paydo bo'lishiga bog'liq. Bu anemiyada qonda gemoglobinning kamayishi ko'zga tashlanadi.

3. Giperoxrom anemiya. (RK 1,05 ortiq, HB ning eritrotsidagi konsentratsiyasi 38 % ortiq); Bunda qonning rang ko'rsatkichi me'yoridan yuqori (masalan, pernitsioz anemiyada) bo'ladi. Giperoxromiya odatda katta o'lchamli qizil qon shakliy elementlari (makrotsitlar) va ayniqsa megalotsitlar, hatto qisman megaloblastlar hisobiga bo'ladi.

IV. Eritropoezning (tipik) buzilishiga ko'ra:

1. Normoblastik eritropoez bilan kechuvchi anemiyalar
2. Megaloblastik eritropoez bilan kechuvchi anemiyalar

V. Eritrotsitlarning katta kichikligi (o'lchami) ga ko'ra:

1. Normotsitar anemiya (masalan, o'tkir postgemorragik anemiya) (eritrotsitlarning o'rtacha diametri 5,5 – 8,8 mkm ga teng);
2. Mikrotsitar anemiya (masalan, temir tanqis anemiya) (eritrotsitlarning o'rtacha diametri 5,5 mkm dan past);
3. Makrotsitar anemiya (masalan, pernitsioz anemiya) (eritrotsitlarning o'rtacha diametri 8,8 mkmdan ortiq);
4. Megalotsitar eritrotsitlarning o'rtacha diametri 11–12 mkmdan ko'p;

Qon yaratish tizimi kasalliklarida uchraydigan asosiy sindromlar:

- 1 – anemik;
- 2 – gemorragik
- 3 – gemolitik;
- 4 – DVS sindromi

Jigar kasalliklari

Buyrak kasalliklari

O'smalar

Biriktiruvchi to'qima xastaliklari;

Endokrin kasalliklari

Qon ketishlar

Gemoliz

Qo'rg'oshin bilan zaharlanish

Globin sintezidagi defekti

Dori-darmonlarni nojo'ya (yot) ta'siri

Kompensator taxikardiya

HB miqdorini kamayishi

Yurak yetishmovchiligini yuzaga kelishi (HB ni 50 g/l dan kamayib ketgan holda) anemiyaga olib keladi.

Temir tanqis kamqonlik

Temirning organizmdagi umumiy miqdorini (5 gr) taqsimoti:

1 – deyarli 57,3% qismi HB tarkibidagi gem fondiga;

2 – 1,500 mgga yaqin ferritin va gemosiderinda (32%);

3 – 10,5% (490 mg) to'qimalarda fermentlar (tsitoxrom, peroxidaza, mioglobinda va b.q.) tarkibida.

4 –0,2% qon zardobida temir tashishda ishtirok etuvchi metaloproteidlarda ya'ni transferin tarkibida bo'ladi.

Anemiyaning bu turida eritrotsitlar soni deyarli o'zgarmay turib, ularning asosan gemoglobinga to'yinishi pasayishi (30-35 pgdan) hisobiga yuzaga kelib, gipoksemiya bilan xarakterlanadi.

Temir-tanqis anemiyaning sabablari; surunkali qon ketishlar; meda ichak trakti kasalliklari; homiladorlik; infeksiya; temirning tug'ma yetishmovchiligi; temirning alimentar yetishmovchiligi;

Anemiyaning kelib chiqishi organizmda temir moddasining yetishmasligi, surunkali ravishda qon yo'qotish, temir moddasi so'rilishini buzilishi, organizmda yuzaga keladigan temirga bo'lgan talabning oshishi (homiladorliklar, tug'ruq oralig'ining yaqin bo'lishi, bolalarda o'sish davrida), hayz tsiklining buzilishi (uzayishi), ichaklar yallig'lanishlarida temir moddasi so'rilishining buzilishi, ichaklar peristaltikasi kuchayishi, gijja kasalliklarida, me'da shirasi ta'sirida temir III valentli temir II valentliga o'tmasligi, temir so'rilishini ingibirlovchilarni (kisel, tuxum sarig'i, qora choy, kepak va kletchatkada boy ovqatlar hamda aktivlangan ko'mir, kofe, sut temir so'rilishini kamaytiradi); ko'payishi natijasida yoki turli sabablarga ko'ra uning qon tarkibiga kira olmasligi tufayli qon yaratuvchi to'qimalarga gemoglobining sintez qilinishining buzilishi, gipo va atransferinemiya sababli yuzaga keladi.

Temir hayot uchun zarur bo'lgan mikroelement bo'lib, qator fermentlar tarkibida turli jarayonlarda qatnashadi, lekin gemopoezda u alohida o'ringa egadir. Katta yoshdagi odamlar organizmida 3-6 g temir bo'lib, shundan 70% eritrotsitlardagi gemoglobin tarkibiga kiradi. 1g temir jigar bilan taloqda zahira holida saqlanadi.

Organizmida qon yaratish uchun temirga bo'lgan talab eritrotsitlarning fiziologik parchalanishida ajralib chiqadigan temir hisobiga deyarli qondirilib turiladi. Eritrotsitlarning gemolizi vaqtida ajralib chiqqan temirning asosiy qismi gemosiderin holida mononuklear fagotsitar sistema (MFS) makrofaglari tomonidan yutib olinib, keyinchalik qon hosil qilishda ishlatiladi, biroq yetishmagan qismining o'rnini ovqat bilan qabul qilingan temir hisobiga to'ldirilib turiladi. Ovqat tarkibidagi temir 3 valentli bo'lib, oshqozonda erkin xlorid kislota ta'sirida undan 2 valentli temir hosil bo'ladi va u ingichka ichakda (asosan 12 barmoq ichakda) apoferritin bilan qo'shib ferritinga aylanadi, qonga so'riladi va qonda β (1) globulin bilan qo'shib, transferin tarkibida kerakli to'qimalarga yetkaziladi. Shuni aytish kerakki, temirning qondagi oqsil bilan qo'shilishi organizmning himoyamoslanish xususiyatlaridan biri bo'lib, temirni siydik bilan ajralishdan saqlashga, uni tejashga qaratilgandir. Qon yaratuvchi to'qimalarda temir tanqisligi ro'y bersa, eritrotsitlarda gem va globin sintezi pasayib, tarkibida gemoglobinni kam tutgan eritrotsitlar ishlab chiqariladi va gipoxrom anemiya yuzaga keladi. Ba'zi vaqtlarda temirning eritrotsitlar membranasiga yetarli o'tmasligi natijasida gemoglobin sintezi buziladi va shuning bilan birga ba'zi temir bilan bog'lanuvchi fermentlar (glutationperoksidaza, katalaza) faolligining pasayishi eritrotsitlarning gemolizga uchrashi, ularning umri qisqarishi kuzatiladi, ya'ni eritropoez samarasi pasayadi.

Normada organizm har sutkada 1 mgdan ko'p bo'lmagan miqdorda temir moddasi (teri, ichak epiteliysi va o't bilan) ajralib, uning o'rnini ovqat bilan qabul qilingan temir hisobiga to'ldirilib turiladi. Ayollar hayz vaqtida taxminan 15 mg temir yo'qotadilar.

Turli sabablarga ko'ra (oshqozon-ichak kasalliklari, jigar kasalliklari, ayollarga xos ba'zi bir kasalliklar) surunkali qon yo'qotishlar natijasida temir-tanqis anemiya kelib chiqadi. Ilgarigi vaqtlarda temir-tanqis anemiya keng tarqalgan, hozir kam uchraydigan, ammo diqqatga sazovor xloroz (rangsiz bedarmonlik) deb ataluvchi turi bo'lib, uni ikki: erta va kechki guruhlari farqlanadi.

Erta xloroz qizlarda, ularning balog'atga yetish davrida, kechkisi ma'lum katta yoshli ayollarda jinsiy a'zolarning so'nishi (klimaks) davrida kuzatilib, bularning asosiy sabablari hayz ko'rishning buzilishi tufayli qon yo'qotish bilan bog'langan. Lekin aniqlashlarga ko'ra, bunday kasallik ayrim hollarda erkaklarda ham kuzatilishi mumkin. Bolalarning o'sishi bir tekisda bo'lmay, vaqti-vaqti bilan, ayniqsa balog'atga yetish davrida tezlashishi mumkin. Bola tez o'sayotgan davrida uning organizmi kislorodga, demak gemoglobinga, temirga talabi ortadi. Agar shu davrda organizmda temir zahirasi yetarli bo'lmasa kamqonlik kelib chiqadi.

Ma'lumki, gemoglobin gem hamda globindan tashkil topgan bo'lib, temir gem qismining tarkibiga kiradi. Gemning sintezi bir necha davrdan iborat bo'lib, qator fermentlar ishtirokida amalga oshiriladi. Tegishli fermentlar yetarli bo'lmasa, qon yaratuvchi a'zolarida temir o'zlashtirilishining sideroakrestik (akreziya o'zlashtirilmaslik so'zidan) deb ataluvchi gipoxrom anemiya yuzaga keladi. Temir-tanqis anemiyada bemorlar qonida temir miqdori 2-2,5 mkmol/l gacha kamayadi (normada temir qonda 13-30 mkmol/l), sideroakrestik anemiyada temir qonda, aksincha, ko'payadi. Bu anemiya tug'ma (va irsiy) va orttirilgan bo'lishi mumkin. Orttirilgani har xil zaharli moddalar (masalan, qo'rg'oshin), dori vositalari (masalan, sil kasalligiga qarshi qo'llaniladigan dorilar) ta'sirida va avitaminoz (masalan, V₆) larda kelib chiqishi mumkin.

Temir-tanqis anemiya qonda transferin yetishmasligi natijasida ham kelib chiqadi. Bunda temir oqsil bilan birikmagan bo'lsa, siydik bilan ajralishi mumkin.

Buyrak kasalliklarida, masalan nefrotik sindromda siydik bilan boshqa oqsillar qatorida transferrin ham ajraladi, temir yo'qotiladi va anemiya kelib chiqadi.

Temir yetishmaganda anemiya bilan bir qatorda organizmda mioglobin sintezi va temir tutuvchi nafas fermentlarining yetishmasligi sababli turli to'qimalar va a'zolarida, ayniqsa ovqat hazm qiluvchi a'zolarida va yurak miokardida turli atrofik-distروفik jarayonlar kuzatiladi.

Klinikasi: Sub'ektiv: So'rab surishtirish – interrogatio.

Shikoyatlar – **anemik, gipoksemik simptomlar:** ko'z oldi qorong'ulashishi, ish qobiliyati pasayishi, tez charchash, hansirash, darmonsizlik, bosh aylanishi, yurak urishi, yurak sohasida og'riq, quloqlarda shovqin, terida sezuvchanlikni susayishi, badanda, terida

chumoli yurish hisi paydo bo'lishi, ishtaha pasayishi, ko'ngil aynishi, tam bilish qobiliyatini yo'qolishi, kesak, bo'r istemol qilish, kerasin va benzin hidlash (Pico xloratika), kekirish, ovqatdan so'ng epigastral sohada noxush holat, ba'zan ichi suyuq o'tishi, qo'l va oyoqlar uyushishi, sideropenik disfagiya, ta'm bilishni buzilishi (disgiviya), g'ayriodatiy hidlarga moyillik paydo bo'lishi (Rossolimo-Bexterov sindromi 1900-1901y aniqlangan va keyinchalik, Plammer va Vinsonlar aniqladilar).

Gipoksik sindromlar bilan birga **markaziy asab** tizimi tomonidan-bosh og'rig'i, bosh aylanishi, ko'z oldida sharpalar uchishi, diqqatni uzoq jamlay olmaslik, fikrlash qobiliyatini pasayishi, xotirasini susayishi, uyquning buzilishi, qo'zg'aluvchanlik, bolalarda psixomotor rivojlanishda orqada qolish, yig'loqi bo'lish, astenovegetativ buzilishlar va uzoq muddatda subfebril isitma asab tizimi tomonidan bezovta qiladi.

Yurak-qon tomir tizimi tomonidan pulsning labilligi, taxikardiya, tomirlarda

«bo'richa shovqini», yurak uchida sistolik shovqin eshitiladi. Og'ir holatlarda bemorlar juda behol, kuchsiz, uyquchan, yig'loqi bo'ladilar. Bemorlar ko'zdan kechirilganda ranglari oqargan qo'g'irchoq yuzidek rangda yoki biroz sarg'ish rang tovlanadilar. Bemorlar yuzi shishgan, oyoqlarda, tizzada shish, teri va shilliq qavatlarda ekximoz kuzatiladi. Teri quruq, oyoqlar sovuq, muskulatura bo'shalgan.

Anamnez morbi; kasallikning boshlanishi, qancha davom etishi, sochlarining holati, tirnoqlari holati-koylonixiya, sideropenik sindromlar va hokazo o'zgarishlarga etibor qaratish lozim.

Anamnez vitae; hayoti davomida meda ichak traktida yallig'lanish, gijja kasalliklari bo'lganligi, bola emizishi, homiladorligi, hayz tsiklining uzayishi va surunkali ravishda ko'p qon yo'qotishi, medaning giposekretsiyasi va boshqa omillarning kasallik rivojlanishiga olib keladi.

TTA yuzaga keladigan sindromlar

/r	Tam bilishning buzilishi (Pico xloratika)	Sideropenik sindromlar
	Tam bilishning buzilishi; bo'r, ohak, tish pastasi va tish	Terining qurishi, teri tarangligini (turgor) pasayishi, og'iz burchaklarining bichilishi yoki yorilishi, tovonning (oyoq)

	poroshogi, o'chirgich, qum, tuproq, xom go'sht, xamir istemol qilish, namlik, loy, ko'mir iste'mol qilishga intilish kabi belgilari	yorilishi (giperkeratoz) ;
	Har xil yomon tasir qiluvchi hidlarni; Kerasin, benzin, atseton, mazut, rezina, kosmetik lak va bo'yoqlar hidlashni xush ko'rish va h.k.	Sochning ingichkalashishi, qurushi, oqarishi, tez sinishi, uchlarini yorilishi (ikkiga bo'linishi) va ko'p to'kilishi;
	To'satdan ba'zi bir oziq ovqat maxsulotlarini istemol qilgisi kelishi	Koylonixiyaning rivojlanishi- tirnoqlarning yupqalashib yassilanishi, qiyshayishi, ichkariga botishi (qoshiqsimon bo'lishi), shakli o'zgarishi, sinuvchan bo'lishi, tirnoq oldi to'qimasi yalig'lanishi, ularda ko'ndalang chiziqlarni hamda deformatsiya paydo bo'lishi;
		Og'iz burchagi yorilishi, og'iz bo'shlig'ida gingivit, angulyar stomatit, shilliq qavat atrofiyasi, glossit, laklangan til, tishlar kariesi va sinishining sodir bo'lishi hamda qizilo'ngach epiteliysi distrofiyasi va shu sababli disfagiya shikoyat qiladi. Qattiq ovqatni yutish qiyinligi.
		Oshqozonda atrofik gastrit va gipoatsid holatning kuzatilishi, duodenit, enterit, kolit qayd etilishi;

Ob'ektiv: – sideropeniya simptomlari: burun halqumquyi qismlari va qizilo'ngach yuqori qismi epiteliylari shikastlanishi natijasida sideropenik disfagiya (Plummer-Vinson sindromi) kuzatiladi. Shu sababli quruq va qattiq ovqatni yutishi buzilishi, ovqatni qayta chiqishi hamda bu qizilo'ngachni yuqori uchligini og'rishi bilan kechadi. Til epiteliylarini o'zgarishi uning so'rg'ichlarini atrofiyasiga olib keladi shu

tufayli til silliq, yaltiroq, bu tilni achishib kuyishi va og'rishiga olib keladi. **Ko'zdan kechirish** - Inspectsio; bolalar o'sishdan orqada qolib, infantilizm rivojlanadi, terisi va shilliq qavatlar rangpar (terini mumsimon oqarishi), terisi quruq va ko'chuvchan, tirnoqlar yupqalashib, yassilashishi, sinuvchan bo'lib qolishi, shakli o'zgarishi, qoshiqsimon bo'lib qolishi-**koylonixiya** (98 surat), sochlarni oqarishi,



98 surat

Suratda qoshiqsimon tirnoq-**koylonixiya**

ingichkalashishi, mo'rt bo'ladi va to'kiladi, quruq va sinuvchanligi kuzatiladi, mushaklarni susayishi. **Og'iz bo'shlig'i o'zgarishlari.** Og'iz burchaklari yoriladi, yaralar paydo bo'ladi va og'iz bo'shlig'idagi o'zgarishlardan angulyar stomatit, gingivit, glossit, til so'rg'ichlari atrofiyasi, tish milklarida yiringli yallig'lanishlar (alveolyar pioreya), tishlarida yaltirash yo'qolib temir preparatlari qabul qilish natijasida qorayadi va destruksiyaga olib keladi, bu tishlarni tezda shikastlanishiga olib keladi, gastrit, duodenit, kolit paydo bo'ladi.

Palpatsiya - Palpatsio; yurak turtki zarbi maydoni kengayishini aniqlash mumkin. Bolalarda jigar biroz kattalashishi mumkin.

Perkussiya - Percussio; yurak chegaralari kattalashishi mumkin asosan chap qorincha.

Auskultatsiya - Auskultatsio; yurak uchida va o'pka arteriyasida sistolik shovqin eshitiladi, qon tomirlari auskultatsiya qilinganda asosan bo'yin venalarini qonning reologik xususiyatlari pasayganligi tufayli qon oqimi tezlashadi, shu tufayli "bo'richa" shovqini eshitiladi, asosan o'ng tomonda va bu shovqin bo'yinni teskari tomonga burganda kuchayadi.

Laborator: Qonning umumiy tahlili; Gematokrit soni; Zardobdagi temir miqdori; Trombotsitlar sonini aniqlash lozim.

Gemogrammada birinchi navbatda eritrotsitlar va ko'proq gemoglobinning keskin kamayganligi ko'zga tashlanib, qonning rang

ko'rsatkichi 0,6 (0,85-1,05 normada) gacha va undan ham kam bo'lishi mumkin. Qon surtmasida gipoxromiya, mikrotsitoz, anizotsitoz, poykilotsitoz kuzatilib, gipoxromiya bilan mikrotsitozning ifodalanish darajasi kasallikning og'ir kechishidan dalolat beradi. Retikulotsitlar soni normaga yaqin bo'lib, qon ketish davrlarida biroz ko'payishi mumkin. Trombotsitopeniya kuzatiladi, nisbiy limfotsitoz, monotsitoz, eozinopeniya kuzatilishi mumkin. Qon zardobida temirning kamayishi 1,5-2,5 marta va transferinni temir moddasiga toyinishi 15 marta kamayadi. Temir saqlovchi fermentlar faolligi pasayishi munosabati bilan me'da va ichaklar shilliq qavatlarida atrofik jarayonlar kechib, axlorgidriya va axiliya ya'ni me'da shirasi ishlab chiqarilishi pasayishi kuzatiladi.

Instrumental: Steril punktsiya; Rentgenologik tekshirishda qizilo'ngach, me'da va ichaklar shilliq qavatlari burmachalari atrofiyaga uchrab tekislanadi, bularni gastrofibroskopiya o'tkazganda yana aniqroq ko'rishimiz mumkin. Morfologik tekshirish.

- **Davolash**-uzoq muddat davolash kerak bo'ladi.
 - 1. TTA sababini bartaraf etish;
 - 2. Temir absorbtitsiyasini ingibitsiya qiluvchi mahsulotlar qabulini ta'qiqlash (m: fosfor, fitin kislotasi, oziq ovqat maxsulotlari tarkibida kaltsiy ko'p bo'lsa, kofe, choy va h.k);
 - 3. Temir moddasiga boy oziq-ovqat maxsulotlari berish (go'sh, jigar, tuxum, dukkakli o'simliklar-loviya, mosh va h.k);
 - 4. Temir reabsorbtsiyasini tezlashtiruvchi ingredientlarni tavsiya etish;
 - 5. Temir moddasini so'rilishini yaxshilovchi askorbin kislotasi;
 - 6. Per os moneligi bo'lsa parenteral temir preparatlari berish;
- (Tardiferon, Ferropleks, Ferbitol, globeks, Ferrum lek, Jektofer, Imferon, ferkoven, Totema) va Vit B12, folat kislotasi hamda shu preparatlarga boy bo'lgan oziq ovqat mahsulotlari tavsiya etiladi.

Vitamin B12 va folat tanqis anemiyasi

Bu kamqonlikda qon hosil bo'lishini buzilishi vitamin B12 yetishmovchiligi natijasida yizaga keladi va giperxrom va megaloblastik tip kamqonlik hisoblanadi.

Bu kamqonlikni birinchi bo'lib 1855 yilda Addison tomonidan va keyinchalik 1868 yilda Birmer tomonidan yozilgan bo'lib, pernitsioz

(yomon sifatli) anemiya deb yuritilgan. Bu kasallikni davolash juda qiyinligi tufayli ko'p bemorlar vafot etganlar.

Vitamin B₁₂ yetishmovchiligi va folat kislotasi tanqis anemiyasi etiologik omillari quyidagilar bo'lishi mumkin:

Vitamin B₁₂, folat kislotasini me'da va ichaklar yo'lida so'rilishini buzilishi natijasida yuzaga keladigan kamqonlik.

Me'da ichak yo'lida yallig'lanish, o'smalar, rezektsiya bo'lishi, ichak peristaltikasini (qisqaruvchanligini) kuchayishi, ichaklar kasalligi (spru, terminal ileit, divertikul, ichak teshilishi va h.k.), medaning fundal qismi bezlari atrofiyaga uchrashi natijasida gastromukoproteinlar ishlab chiqarilishi susayishi tufali vitamin B₁₂ so'rilishini buzilishi, Kastlning ichki va tashqi omili va h.k.

Vitamin B₁₂, folat kislotasini alimentar yetishmovchiligi.

Vitamin B₁₂, folat kislotasini ko'p ishlatilishi natijasida.

Bolalarni sun'iy (echki) suti bilan boqish, oziq ovqatlar tarkibida Vitamin B₁₂, folat kislotasini kamligi, go'shtli ovqatlarni kam iste'mol qiluvchilar va h.k.

Gijja kasalliklarida, dizbakterioz, homiladorliklar, tug'ruq oralig'ining yaqin bo'lishi, bolalarda o'sish davrida, gemoblastozlar o'tkir leykoz, eritromiyeloz, osteomielifibroзда va h.k. Bu etiologik omillarni ekzogen (vit. B₁₂ va folat kislotani alimentar yetishmovchiligi) hamda endogen (qolgan barcha yuqorida sanalgan sabablar) omillarga bo'lish mumkin. Endogen omillar o'z navbatida meda ichak traktiga bog'liq (gastromukoproteinlar sintezi pasyishi, ingichka ichak yallig'lanishlari, uning peristaltikasini kuchayishi kabi sabablar) va bog'liq bo'lmagan (gijja kasalliklari, vit. B₁₂ va folat kislotaga bo'lgan talabni ortishi kabi sabablar) omillarga bo'lish mumkin.

Patogenezi Vitamin B₁₂ (tsianokobalamin) yetishmovchiligida, folat kislotasi uning faol shakli tetrafolat (folin) kislotasiga aylanmay qo'ladi va natijada eritropoez hujayralarda DNK sintezi va hujayralar bo'linishi buziladi, natijada me'yoriy eritropoez buziladi. Eritroblastlar razmeri kattalashib ular megaloblastlarga aylanadi (embrional qon yaratish tizimiga o'tadi), qizil qon hujayralari yadrolari yetilishining sustlashishi va tsitoplazmaning gemoglobinish darajasi ortadi (rang ko'rsatkichi 1,05 yuqori bo'ladi). Megaloblast hujayralar taloq sinuslaridan o'tishda tiqilib sekin o'tadi va shu yerda yoki suyak ko'migida parchalanib yuboriladi yoki ular umri qisqa, natijada kamqonlik kelib chiqadi. Megaloblastlar parchalanishi natijasida qon

zardobida bilirubin miqdori ko'payishi va najas bilan ko'p miqdorda sterkobilin chiqishi kuzatiladi. Qon zardobida temir miqdorini biroz ortishi kuzatiladi. A'zo va to'qimalarda temir saqlovchi pigment gemosiderin ko'payib, jigar, taloq, buyrak, suyak ko'migida, limfa tugunlarda va boshqa a'zolar gemosideroziga olib keladi.

Klinikasi Addison-Birmer kasalligining klinikasi va qondagi o'zgarishlari asosan retsdiv paytida yaqqol bilinadi va keksa yoshdagi insonlar ko'proq kasallanib, asosan erkaklar orasida ko'p tarqalgan. Kasallik bilinar bilinmas rivojlanadi va boshlang'ich simptomlari holsizlik, tez charchash, til qurishi sezgilarini paydo bo'lishi, dispeptik holatlar bezovta qilib turadi. Yurak urishi (taxikardiya) bezovta qiladi, **palpatsiyada** puls yumshoq va tezlashgan. Yurak chap tomonga siljishi mumkin, **auskultatsiyada** yurak uchida sistolik shovqin, bo'yin venalarida "bo'richa" shovqini eshitiladi. EKGda tishchalar amplitudasi asosan T pasayadi, ST segment izoliniyadan pastga yoki yuqoriga siljishi mumkin. Ba'zan asab sistemasi faoliyati buzilishi bilan kechib, funikulyar miyeloz belgilari namoyon bo'ladi. Addison-Birmer kasalligining xuruji davrida klinikasi triada sindromlar bilan kechadi: bular - anemik, hazm-ichaklar tizimi, nevrologik sindromlardir.

Anemik sindromlarga quyidagilar kiradi: holsizlik, bosh aylanishi, quloqda shovqin, hansirash, kuchlanish vaqtida yurak sohasida sanchiq bo'lib, stenokardiyaning eslatadi. Bemorlar ko'zdan kechirilganda terisi va ko'rinib turgan shilliq qavatlar rangpar bo'lib limon sariq tovlanadi, teri osti yog' qavatini rivojlangan bo'ladi. Bu toifadagi bemorlarda qon bosimi past bo'ladi, auskultatsiyada sistolik shovqin eshitilib, tomirlarga beriladi. EKGda miokardda diffuz distrofik o'zgarishlar namoyon bo'ladi.

Hazm-ichaklar tizimidagi o'zgarishlar bular tilning achishi, ko'p holatlarda tam sezgisini yo'qolishi, tilning og'rishi, ishtahaning yo'qolishi, epigastral sohada og'riq va noxush holat, ichining suyuq o'tishi bezovta qiladi. Bemorlarni ko'zdan kechirganda teri qoplami va shilliq qavatlar oqimtir sarg'ish rangdaligini hamda yuzlari shishganligini ko'rish mumkin. **Og'iz bo'shlig'idagi o'zgarishlar**-tili to'q qizil rangda (malina rangi), yaltiroq, til so'rg'ichlari asosan til uchi hamda yon tomonlarida atrofiyaga uchraganligi tufayli yuzasi silliq (atrofik Gunter glossiti), til uchi va yon tomonlarida og'iz shilliq qavatlari va orqa devori atrofiyaga uchrab tekislanadi, ba'zan og'iz

bo'shlig'i shilliq qavatlarida va til uchida, atroflarida yaralar paydo bo'ladi, tishlar kariesga moyil bo'lib, kasallanadi.

Me'da shirasi tekshirilganda gastromukoproteinlar va pepsinning bo'lmasligi hamda axlorgidriya kuzatiladi va bu remissiya davrida ham saqlanadi. Palpatsiyada jigar og'riqli va kattalashgan, yumshoq. Ba'zan taloq ham kattalashadi. Perkussiyada yassi va naysimon (katta boldir) suyaklarda suyak ko'migi giperplaziyasi tufayli og'riq seziladi. Fibrogastroduodenoskopiyada me'da shilliq qavatlari atrofiyaga uchrab, shilliq qavat burmachalarida polipsimon o'zgarishlar bo'lib qalinlashganligini ko'rishimiz mumkin.

Nevrologik sindromlari. Vitamin B12 yetishmovchiligi natijasida orqa miyaning yon-biqin devori (stolblar) shikastlanib distrofik o'zgarishlarga olib keladi va bu **funikulyar miyeloz**ga olib keladi. Ba'zanda miyada ishemik o'choqlar paydo bo'lib nerv hujayralari yumshayadi. Asosiy klinik simptomi paresteziya, chuqur va vibratsion sezgirligining yo'qolishi, asosan oyoqlarda. Shu tufayli ataksiya kuzatilib, harakat buziladi. Qo'l oyoqlarda holsizlik, parezlar, pay reflekslarini pasayishi yoki yo'qolishi. Shular bilan birga Babinskiy, Rossolimo patologik reflekslari paydo bo'ladi. Xuruj davrida tana harorati ko'tarilishi mumkin.

Bemorlar qoni xuruj vaqtida tekshirilganda asosan eritrotsitlar miqdori kamligi va kam miqdorda ular tarkibida gemoglobinni kontsentratsiyasi ortishi kuzatiladi. Bu kasallikka chalingan bemorlarda qonning rang ko'rsatkichi 1,05 dan baland bo'lib, giperoxromdir. Qonda har xil shaklli va har xil razmerli (anizotsitoz, poykilotsitoz) eritrotsitlar paydo bo'ladi, leykopeniya neytropeniya bilan, eozinopeniya, monotsitopeniya, trombositopeniya kuzatilib, EChT oshadi. Retikulotsitlar soni davolanish boshlangandan so'ng oshib ketadi va bu eritropoezni kuchayganligidan dalolat beradi. Qon surtmasida gemoglobinga boy eritrotsitlar ya'ni megalotsitlar, Jolli tanachalari va Kebot halqalarini mikroskop ostida ko'rish mumkin.

Davolash - Bu turdagi kamqonliklarni davolash juda qiyin bo'lgan va bemorlar o'lib ketganlar. Hozirgi kunlarda bu kasallikning etiologik omillari to'liq o'rganilganidan so'ng bemorlar hayotlari saqlanib qola boshlandi.

1. Etiologik omillarini bartaraf etish.
2. Tarkibida vitamin B12 va folat kislotasiga boy bo'lgan oziq ovqat (jigar, go'sht va b.q) mahsulotlarini tavsiya etish.

3. Medikamentoz davolash (vitamin B12-250-500 γ teri ostiga(1,0), folat kislotasi 0,1x1 mahal per os beriladi.). Davolashning 3-4 kunlaridan boshlab eritropoez kuchayib boradi va qonda retikulotsitlar soni ko'payganligidan bilish mumkin. Davolanishning samarasi yaxshi bo'lib, kasallikning barcha simptomlari yo'qoladi. Funikulyar mielozda davolash kursi 2 oylarcha davom etishi mumkin. Ba'zanda gastromukoprotein vitamin B12 aralashmasi mukovit berish mumkin. Nevrologik simptomatika kuchli bo'lganda vitamin B1 berish maqsadga muvofiq bo'ladi. Sanatoriya va kurortlarda (Matsesta, Piyatigorsk) vanna bilan davolash yaxshi samara beradi.

Gemorragik sindrom (GS)

Bu patologik qon ketishi bo'lib, u ichki va tashqi qon oqishlar natijasida yuzaga keladi va qon quyilib qolishi bilan kechadi.

Sabablari: **1** - trombotsitlar halqasidagi o'zgarishlar - trombotsitlar soni (Verlgof trombositopeniyasi), turli xildagi trombopatiyalar; **2** - qon ivish tizimidagi buzilishlar (gemofiliya); **3** - qon tomir devori o'tkazuvchanligini buzilishi (Rondo-Osler irsiy teleangioektaziyasi, Sheylin-Genox gemorragik vaskuliti);

Laborotor tekshiruv; Hb miqdorini eritrotsitlar miqdoriga nisbatan pasayib ketishi natijasidagi anemiya (gipoxrom); Anizotsitoz, poykilotsitoz, mikrotsitoz; Regenerator yoki giperregenerator; Zardobda temir miqdorini kamayib ketishi (norma 12 – 30 mmol/l); Zardobning temir bog'lay olish qobiliyatini oshishi; Qonda erkin transferrin miqdorini oshishi; Qon zardobida ferritin miqdorini kamayishi;

Gemolitik anemiyalar

Gemolitik hamqonlikning asosiy belgisi eritrotsitlarning yuqori darajada parchalanishi va ular yashash davrining qisqarishidir. Fiziologik sharoitlarda eritrotsitlarning yashash davri 100-120 kunni tashkil qiladi. Qarib borayotgan eritrotsillar taloq sinuslarida va ilikda sekvestratsiya (o'lik elga aylanish)ga uchraydi (parchalanadi). Eritrotsitlarning fiziologik parchalanishi natijasida hosil bo'lgan bilirubin pigmenti qonda erkin bilirubin holatida aylanib Jigar hujayralariga yetkaziladi. U yerda fermentlar ta'sirida glyukuron kislotasi bilan birikadi. Hosil bo'lgan bilirubin-glyukuronid (bog'langan bilirubin) jigar hujayralaridan o't yo'llariga o'tadi va o't bilan ichakka ajralib chiqadi.

Gemolitik kamqonlikda eritrotsitlarning yemirilishi kuchayganligi tufayli ulaming yashash davri 12-14 kungacha qisqaradi. Patologik gemolizda ko'proq yoki hujayra ichi yoki tomir ichi gemolizi kuzatiladi. Hujayra ichi parchalanishi retikulogistiotsitar tizimning hujayralarida, asosan taloqda ro'y beradi va qon zardobida erkin bilirubinning ortishi kuzatiladi. Bunda siydik va axlat bilan urobilinning ajralib chiqishi oshadi, o't pufagi va yo'llarida toshlar hosil bo'lishiga moyillik kuchayadi. Tomir ichi gemolizida gemoglobin ortiqcha miqdorda plazmaga chiqadi va siydik bilan o'zgarmagan holda yoki gemosiderin ko'rinishida ajraladi. Gemosiderin ichki a'zolarga o'tirib qolib, gemosideroz rivojlanishi mumkin.

Gemolitik anemiyalar tug'ma va ortirilgan bo'ladi. Ortirilgan anemiya turli toksik moddalar, dori-darmonlar va h.k.lar ta'sirida gemolizning kuchayishidan kelib chiqishi mumkin. Ayrim toksinlar eritrotsitlarga bevosita ta'sir qilib, ularni gemolizga uchratadi, boshqalari (masalan, turli dori-darmonlar, viruslar) eritrotsitlarning yuzasiga joylashib olib, ularning tabiiy va fizik-ximiyoviy xususiyatlarini o'zgartirib antigenga aylantirishi mumkin hamda ularga qarshi antitanalar hosil bo'ladi va autoimmun anemiyaga olib keladi. Odam organizmiga (retsipientga) qon guruhi to'g'ri mos kelmagan boshqa odam (donor)ning qoni quyilganda ham gemolitik anemiya rivojlanadi. Bunday anemiya izoimmun anemiyalar turiga kiradi.

Tug'ma gemolitik anemiyaga misol qilib, chaqaloqlarning gemolitik kasalligini keltirish mumkin. Kasallik ona bilan bola qonida rezus omillar (masalan, ona qonida rezus-manfiy, bola qonida esa rezus-musbat) bo'la turib, turli sabablarga ko'ra (masalan, tug'ilish vaqtida) bolaning qoni ona qoniga o'tib ketsa, ona organizmida bolaning eritrotsitlariga qarshi antitanalar ishlanib chiqib, ular keyin bola qoniga o'tib eritrotsitlarini gemolizga uchratadi va anemiyaga olib keladi.

Gemolitik anemiyalar orasida irsiy turlari bo'lib, eritrotsitlarning chidamligining pasayganligi bilan bog'liqdir. Gemolitik anemiyaning 3 xil turini farqlash mumkin: 1. Parchalanish - gemolizning sababi eritrotsitlarning o'zida bo'lgan anemiyalar; 2. Parchalanishga turli zaharli moddalar sabab bo'ladigan (gemotoksik) anemiyalar; 3. Parchalanish sababi antitanalar bilan bog'liq (autoimmun, immunogemolitik) anemiyalar.

Gemolitik anemiyaning bir turida eritrotsitlarning gemolizi hujayra (makrofaglar) ichida bo'lsa, boshqa turida gemoliz qonning o'zida ham yuzaga kelishi mumkin, bunday hollarda gemoglobinuriya kuzatiladi.

Irsiy gemolitik anemiya

Klassifikatsiyasi. Ular 3 turga bo'linadi:

1. Membranopatiya (eritrotsit membranasining biror bir irsiy nuqsonga ko'ra takomillashmasligi, mustahkam bo'lmasligi, ya'ni biologik, fizik-ximyoviy xususiyatlarining yetishmovchiligidan) bu eritrotsit membranasida oqsilning irsiy nuqsoni (defekt) tufayli kelib chiquvchi anemiyadir. Bu kasallikda eritrotsit membranasida kaliy va natriy nasos buziladi va natijada hujayra ichiga kaliy o'rnini natriy egallaydi, shuning uchun hujayra ichida suv to'planadi. Eritrotsit shishadi va natijada ular parchalanadi.

2. Enzimopatiya (eritrotsit tarkibidagi uning hayot faoliyatini belgilovchi fermentlarning yo'qligi yoki nofaolligi) tufayli kelib chiquvchi anemiyalar (glutation reduktaza, glutation peroksidaza, glyukoza-6-fosfatdehidrogenaza va b.q.).

3. Gemoglobinopatiya (gemoglobinozlar) - eritrotsit tarkibidagi gemoglobin sintezining yoki uning tuzilishidagi nuqsonga ko'ra, fizik-ximyoviy xususiyatlarining buzilishi tufayli yuzaga keluvchi anemiyadir. Gemoglobinning α aminokislotalar zanjirida sintez jarayonida biror bir nuqson bo'lsa α talasemiya va agar β aminokislotalar zanjirida sintez jarayonida biror bir nuqson bo'lsa β talasemiya deb yuritiladi.

Irsiy anemiyalar rivojlanish sababi va mexanizmlariga ko'ra gemolitik anemiyalar guruhiga kiritiladi, ammo ular asosan eritropoezning va gemoglobin sintezining buzilishi zaminida vujudga keladi.

Irsiy anemiyalarda gemoliz bevosita qonda yoki hujayralar (makrofag)da yuz beradi. Bilamizki, eritrotsitlarning ikki tomonlama botiq bo'lishi, elastikligi, shaklini o'zgartirishi va tuzilishini saqlashi avvalo uning tsitoskeletining tuzilishiga bog'liqdir. Tsitoskelet tuzilishini turg'un holda saqlovchi omil spektrin deb ataladi. Tsitoskeletning asosiy roli eritrotsitning o'z shaklini o'zgartira olish qobiliyatini ta'minlab asli tuzilishini saqlab qolishdadir.

Disksimon eritrotsitlar taloqda uning sinuslaridan o'tadi. Agar eritrotsitlar disksimon shaklda bo'la turib uni o'zgartira olish qobiliyati

(«cho'zilish») saqlansa, unda ular taloq sinus devori orasidan osonlik bilan o'tadi. Shaklini o'zgartira olish qobiliyatini yo'qotgan eritrotsitlar esa sinus devoridan o'ta olmay qolsa, qizil pulpaning trabekulalari yaqinida uzunasiga joylashgan fagotsitlar (makrofaglar) ularni qamrab olib yemiradi va gemolizga uchratadi. Eritrotsitlarning odatdagi 100-120 kunlik hayoti davomida asta-sekin ularning elastikligi kamaya boradi va ular o'z shakllarini o'zgartira olish qobiliyatlarini yo'qotadi, sferik shaklga o'ta boshlaydi va natijada taloq sinuslaridan o'tishi qiyinlashadi, ko'proq fagotsitoz va gemolizga uchraydi.

Gemolitik anemiyalarda eritrotsitlar hayotining qisqarishi va natijada anemiyaning kelib chiqish mexanizmlari, avvalo ularning shaklini o'zgartirish qobiliyatlarini yo'qotishlariga bog'liqdir.

Irsiy gemolitik anemiyalarda, agar turli sabablarga ko'ra eritrotsitlar turg'unligini yo'qotgan bo'lsa, ular turli endogen va ekzogen omillar ta'sirida qonning o'zidayoq osongina gemolizga uchrashi mumkin.

Membranopatiya. Bu anemiya asosan eritrotsit membranasidagi oqsilning irsiy defekti tufayli kelib chiqadi. Ushbu anemiyada oqsilning irsiy defekti hamda ATF-aza, fosfolipidlar va xolesterinning yetishmasligi tufayli eritrotsitlar membranasining o'tkazuvchanligi ortib, kaliy-natriy nasosi buziladi. Natijada hujayra ichida natriy va uning ortidan suv to'planadi, hujayra bo'kadi, shakli o'zgaradi (sferik shaklga o'tib qoladi). Bunday eritrotsitlar, ya'ni sferotsitlar o'z shakllarini o'zgartirish qobiliyatiga ega bo'lmaydi, taloqda sinuslardan o'tishi qiyinlashadi, va eritrotsitning bir qismi ajralib qoladi (mikrosferotsit) tiqilib o'tadi va nobud bo'ladi, oxirida taloq makrofaglari tomonidan gemolizga uchraydi, yutib yuboriladi - anemiya yuzaga keladi.

Membranopatiyada eritrotsitlarning yashash davrining qisqa bo'lishiga yana bir sabab ularning osmotik chidamliligi (rezistentligi) ning pasayishi tufayli gemoliz qonda ham yuz berishi mumkin. Membranopatiyaga Minkovskiy-Shoffar mikrosferotsitar anemiyasini misol qilish mumkin. Bu anemiyani birinchi bo'lib 1900 yilda Minkovskiy va keyinchalik Shoffar tomonidan yozilgan. Anemiyada qonning rang ko'rsatkichi deyarli o'zgarmaydi. Eritrotsitlar sferik shaklda bo'lib, o'rta qismi ham to'q bo'yaladi. Leykotsitlar va retikulotsitlar soni deyarli normada bo'lib, kasallik og'ir kechganda (masalan, gemoliz kuchaygan vaqtlarda) ular ko'payishi mumkin. Eritrotsitlarning taloqda doimiy gemolizi tufayli, pulpasiga giperplaziya bo'lib, organ kattalashadi, shu bilan birgalikda qonda erkin bilirubin

miqdori ortib ketadi. Bilirubin ko'p miqdorda ichakda sterkobilin ko'rinishida tushib, axlat bilan va siydik bilan organizmdan chiqadi. Ko'p miqdorda o't suyuqligida bilirubin tushishi, o't suyuqligi xarakterini ozgartiradi va o't toshlari hosil bo'lishiga olib keladi.

Klinikasi kasallik xuruj qilganda asosan bemorlarni holsizlik, bosh aylanish, tana haroratining ko'tarilishi bezovta qiladi. Kasallikning asosiy belgilaridan biri teri va shilliq qavatlarning sarg'ayishi, uzoq cho'ziluvchan, qiyin davolanadigan yaralarning tizzada payda bo'lishidir. Bu jigarning bilirubinni qay darajada bog'lash xususiyatiga bog'liq bo'ladi. Axlatning rangi sterkobilin ko'pligi tufayli qoramtir-sarg'ish rangda bo'ladi. Bemorlarda rivojlanishni orqada qolishi va yuz skeleti tuzilishini buzulishi "minora bosh" ko'rinishida, tanglayni yuqori turishi, tishlarni rivojlanishi va joylashishini buzulishi, ko'z olmasini torayishi, egarsimon burun kabi o'zgarishlar kuzatiladi. Bemorlarni palpatsiya qilganda taloqning va ba'zanda jigarning kattalashganini aniqlashimiz mumkin. Kasallik qonning to'xtovsiz gemolizi bilan birga kriz bilan kechadi.

Davosi asosan tez-tez kriz bilan kechuvchilarda operativ (splenektomiya) usul bo'lib, bemorlar 100% davolanadilar va uzoq muddat yashashi mumkin.

Enzimopatiya. Bu turdagi anemiya asosan ressesiv yo'l orqali avloddan avlodga beriladi. Mikrosferotsitar anemiyadan farqi eritrotsitning normal shakli va osmotik reziztentligi normal yoki yuqori bo'lgan eritrotsitlar paydo bo'ladi. Enzimopatiyaga eritrotsitlar membranasida glyukoza-6-fosfatdehidrogenaza, glyutation reduktaza, piruvatkinaza, glyutation peroxidaza fermentlari yetishmasligiga bog'liq anemiyani misol qilib keltirish mumkin. Bu anemiyada NADF ning NADFH gacha qaytarilishi sekinlashib, oksidlangan glyutationdan, qaytarilgan (tiklangan) glutationning hosil bo'lishi buziladi. Natijada organizmda kechadigan bioximiyoviy jarayonlar borishi bilan birga va turli dorilar ta'sirida hosil bo'ladigan kislorodning faol shakllari (atomaar kislorod) va peroksid birikmalar eritrotsitlarning qobig'ini shikastlab ularni gemolizga uchratadi. Gemoliz asosan tomir ichida yuzaga keladi. Bu kasallikning ko'rinish alomatlari bezgak kasalligi tarqalgan mamlakatlarda, bezgakka qarshi beriladigan dorilar (primagin, xinin), sulfanilamid preparatlari, analgetiklar, vitamin K, PASK tasirida kuzatilgan va gemolitik krizga olib keladi va gemoliz kuchayadi hamda bir hafta o'tgandan so'ng dori qabul qiladimi yo'qmi gemoliz to'xtaydi.

Klinikasi. Og'ir holatlarda bemorlarda tana haroratining ko'tarilishi, holsizlik, orqada umurtqalar atrofida, qorinda og'riq, ko'p miqdorda qusish bilan birgalikda hansirash, yurak urishi bezovta qiladi. Ba'zan bemorlar hushdan ketadilar. Eritrotsitlarning (gemoglobinning) parchalangan qoldiqlari buyrak kanalchalarida tiqilib qoladi va buyrak yetishmovchiligiga olib keladi. Bemorlarning terisi va ko'rinib turgan shilliq qavatlar sarg'ish rang tovlanib, siydigi rangi qoramtir rangda bo'lib, bu siydikda gemosiderin ajralishi bilan bog'liq. Palpatsiyada taloqning va ba'zanda jigarni kattalashganligini aniqlashimiz mumkin.

Davosi. Taloqni operatsiya usulida olib tashlash naf bermaydi, shu sababli bemorlarga bir xil gruppadagi qon quyish va ko'p miqdorda fiziologik eritma, 5% li glukoza eritmasi quyish ma'qul. Shok oldini olish maqsadida morfin, promedol, prednizolon qilish mumkin. Buyrak yetishmovchiligi yuz berganda dori vositalari naf bermasa gemodializ qo'llaniladi. Anuriya va buyrak yetishmovchiligi yuz berganda noxush kechishi mumkin.

Gemoglobinopatiya. O'roqsimon-(yarimoysimon) hujayrali anemiya. Bu anemiya gemoglobinning birlamchi tuzilishida defekt - nuqson borligi tufayli yuzaga keladi. Bemorning qonida HbF aniqlanadi (normada HbA), bunday gemoglobin molekulasidagi Hb ning β zanjirlaridan birida 6-gidrofil glutamin kislotasi o'rnini valin egallaganligi tufayli gemoglobinning gipoksiyaga chidamliligining susayishi anemiyaga sabab bo'ladi.

Bemorda, agar turli sabablarga ko'ra masalan, o'pka-yuak yetishmovchiligi yoki balandlikka ko'tarilish (kasallikning ko'rinishi birinchi marta Afrikadan Amerika tomon parvoz qilgan samolyotda qora tanli yo'lovchilarda kuzatilgan) va h.k. tufayli gipoksiya ro'y bersa, gemoglobin kristall holatiga o'tib eritrotsitlarni o'roqsimon shaklga aylantiradi. Bunday eritrotsitlar birinchidan, taloq sinusidan o'ta olmay gemolizga uchraydi, ikkinchidan, qon tomirlarida agregatlar hosil qilib trombozga sabab bo'ladi va turli a'zo va to'qimalarga qonning kam borishiga va boshqa xavfli oqibatlariga sabab bo'ladi.

Bu tur anemiyada bemor qonida maxsus usul bilan tayyorlangan qon surtmasida o'roqsimon eritrotsitlarni kuzatish mumkin. Qonda qisman anizotsitoz, poykilotsitoz, retikulotsitoz kuzatilishi mumkin.

Talasemiya. Talasemiya gemoglobinning polipeptid zanjirlari sintezining buzilishiga bog'liq bo'lib, α zanjirining sintezi buzilganda α -talasemiya, β zanjirining sintezi buzilganda β -talasemiya yuzaga keladi.

α –talasemiya. Gemoglobin sintezi vaqtida α -zanjir uchun javobgar xromasoma mutatsiyaga uchraydi va Hb ning α -zanjiri sintezi buziladi. Bunda bolalarda Bart Hb va kattalarda HbH sintezlanadi. Bunday gemoglobin saqlovchi eritrotsitlar tez oksidlanadi, elastikligi yo'qoladi, umri qisqa bo'ladi va ular taloqda parchalanib yuboriladi.

β – talasemiya. Hb tarkibidagi globinning β -zanjirida ortiqcha HbA2 va HbF (Fetal) sintezlanadi va α -zanjiri sintezi vujudga keladi. Bunday eritrotsitlar membranasida kaltsiyga o'tkazuvchanlik oshadi, natijada eritrotsitlarni elastikligi yo'qoladi va fermentlarga sezuvchan bo'lib tez parchalanadi.

Talasemiya eritrotsitlar a'zolaridagi (taloq, jigar va b.) makrofaglarda gemolizga uchraydi. Gemolitik anemiyalarda ko'pincha qondagi eritrotsitlar bilan gemoglobin bir tarzda kamayadi, shuning uchun qonning rang ko'rsatkichi polixromatofill normoblastlar va sideroblastlar soni ko'payadi. Bo'yalgan qon surtmasida poykilotsitoz, gipoxromiya va nishonsimon eritrotsitlarni ko'rish mumkin. Eritrotsitlarning diametri odatdagidan kichik, retikulotsitlar soni ko'payib, qonda normoblastlar ham uchrashi mumkin. Leykotsitlar soni me'yoridan biroz ko'proq bo'ladi.

Klinik kechishiga ko'ra talasemiyaning «kichik» va «katta» deb atalgan turlari bo'lib, «kichigi» geterozigotlarda uchraydi va uning yengil turi hisoblanadi. «Kattasi» og'ir turi gomozigotlarda uchraydi va bolalik davridanoq o'zini namoyon qiladi. Gomozigot β talasemiya (Kuli anemiyasi) chaqaloqlarda, tug'ilgandan 7 oy o'tgach klinik belgilari namoyon bo'la boshlaydi, bu HbF ning HbA ga almashinuv davriga to'g'ri keladi.

Klinikasi. Bunday bolalarda holsizlik, lanjlik, rangparlik, ko'zi oqi va shilliq pardalarda mo'tadil sariqlik kuzatiladi, shular bilan birga gepatosplenomegaliya va qorinning kattalashuvi namoyon bo'ladi. Bunday bolalarda bosh suyagining rivojlanishini buzilishi, uning minorsimon shaklga va yuzining mo'g'ilsimon qiyofaga kirishiga olib keladi.

Rentgenologik tekshiruv suyaklarla asosan osteoparoz, naysimon suyaklarni ingichkalashishi, bosh suyagida cho'tkasimon (tipratikan ignachalari) kabi o'zgarishlar kuzatiladi.

Laborator tekshiruvda bemorlar qonida nishon (mishen) li eritrotsitlar, anizotsitoz, paykilotsitoz, ko'pgina eritro va normablastlar

hamda retikulotsitoz bo'radi. Boshqa turdagi gemolitik kamqonliklardan farqli, Kuli kamqonligida eritrotsitlarning osmotik chidamliligi oshadi.

Gomozigot β -talasemiya bilan kasallangan bemorlarda HbF 90% gacha oshgan, HbA1 sintezi kamaygan bo'lib va HbA2 kamayishi mumkin yoki meyorda bo'lib, oshishi ham mumkin.

Oilaviy- irsiy (shajaraviy) tahlil Kuli kamqonligi bo'yicha proband β talasemiya genlarini bir vaqtda ota va onasidan olganligini bildiradi.

Davolaash irsiy gemolitik kamqonliklar jarrohlik va konservativ olib boriladi. Jarrohlik usulda asosan irsiy mikrosferotsitozda taloq olib tashlanishi yaxshi natija beradi. Bolalarda asosan 5 yoshdan keyin olib tashlanadi va shunday kamqonlik homilador ayollarda homilaning 4-5 oyligida taloq olinishi, 7 oyligidan so'ng bola keserov kesish orqali bola olinib va splenektomiya tavsiya etiladi. Irsiy gemolitik kamqonliklarda qon quyish individual hal etiladi va og'ir darajali bemorlarda 125- 250 hatto 1000 ml va undan ham ko'proq ham eritrotsit massasi quyiladi. Gemopoezni yaxshilash uchun temir preparatlari (Tardiferon, Ferroleks, Ferrum lek, Jektofer, Ferbitol, Totema), Vit B12 va folat kislota berish maqsadga muvofiq bo'radi.

Ortirilgan gemolitik anemiya

Klassifikatsiyasi:

1. Antitana ta'siri natijasida yuzaga kelgan gemolitik anemiya (GA) (izoimmun, autoimmun, transimmun, geteroimmun).
2. Somatik mutatsiya natijasida eritrotsitlar membranasi o'zgarishi bilan kechadigan GA (Markiafav-Mikel kasalliga).
3. Eritrotsitlar membranasi mexanik shikastlanishi natijasida yuzaga keladigan GA (yurak klapanlari protezi, uzoq masofada yuguruvchilarda).
4. Eritrotsitlar membranasi ximik shikastlanishi natijasida yuzaga keladigan GA (qonni parchalovchi zaharli toksinlar, qo'rg'oshin, og'ir metallar, organik kislotalar, ilon chaqishi va b.q.).
5. Vitamin E yetishmovchiligi tufayli kelib chiqqan GA.
6. Parazitlar ta'siri natijasida kelib chiqqan GA (malariya qo'zgatuvchisi).
7. Evans sindromida ortirilgan autoimmun gemolitik anemiya bilan qo'shib, autoimmun trombositopeniya kelishi.

Klinik: sarg'ayma, qon quyilish, siydik bilan gemosiderin chiqishi (ekskretsiyasi) • sindrom Evansa Fishera.

Orttirilgan gemolitik anemiyalar 2 turga bo'linib, infeksiyon va noinfeksiyon ko'rinishlari mavjud. Orttirilgan gemolitik anemiyalar orasida autoimmun GA ko'proq uchraydi, buning asosiy sababi bemor organizmida o'zini eritrotsitlariga qarshi antitana hosil bo'lib, eritrotsitlar aglyutinatsiyasiga sabab bo'ladi va ular retikuloistiotsitar hujayrada parchalanib yuboriladi.

Autoimmun GA lar simptomatik va idiopatik bo'ladi. Simptomatik autoimmun GA har xil kasalliklar tufayli yuzaga keladi. Bu kasalliklarga surunkali limfoleykoz, limfogranulematoz, sistemali qizil bo'richa, revmatoidli artrit, surunkali gepatit, jigar tsirrozi, o'tkir leykozlar va h.k. Qachonki, antitanalar hosil bo'lishi sababi aniqlanmasa, yoki biron bir patologik jarayon bilan bog'liq bo'lmasa, idiopatik autoimmun GA kasallik hisoblanadi va bu autoimmun kasalliklarining 50% ni tashkil qiladi. Antitanalarning hosil bo'lishi immun kompetent hujayralar tizimi buzilishi hatijasida yuzaga keladi, shuning uchun eritrotsitlar antigen sifatida organizm tomonidan qabul qilinib, ularga qarshi antitana ishlab chiqariladi. Ushbu antitana eritrotsitlarga yopishadi va ular retikuloistiotsitar tizimga ushlanib, parchalanib yuboriladi. Eritrotsitlarning gemolizi asosan taloqda, jigarda, suyak ko'migida bo'ladi.

Klinikasi: Klinik kechishiga ko'ra o'tkir va surunkali autoimmun GA farqlanadi. O'tkir shaklida kasallik kutilmaganda holsizlik, yurak urishi, hansirash, tana harorati ko'tarilishi, teri va shilliq qavatlarining sarg'ayishi bilan boshlanadi. Surunkali shaklida kasallik asta-sekin boshlanib, bemorlarning holatida kamroq o'zgarish kuzatiladi. Bemorlar garchi shikoyat qilmasada, palpatsiyada ularning talog'i va ba'zan jigari kattalashganligini aniqlash mumkin. Kasallik gemolitik kriz bilan kechadi va bu infeksiya hamda sovuq ta'sirida yuzaga keladi. Kasallikning o'tkir shaklida lekotsitoz leykotsitar formulaning chapga siljishi bilan miyelotsitlargacha. Surunkali shaklida garchi leykotsitlar soni normada bo'lsa ham EChT yuqori bo'ladi. Suyak ko'migida giperplaziya kuzatiladi. Qonda bog'lanmagan bilirubin miqdori oshadi, najas bilan sterkobilin ajralishi ko'payadi.

Davolash: Avtoimmun GA larni davolashda asosiy o'rin garmonoterapiya egallaydi va doimiy yoki vaqtinchalik gemolizni oldini oladi, buning uchun dozasi va yetarlicha muddat tavsiya etiladi. Prednizolon (glyukokortikoidlar) 60-80 mg/sut (deyarli 1 mg/kg tana

vazniga) davo maqsadida va saqlanib turuvchi doza 5-10 mg/sut, davo kursi 2-3 oy davom ettiriladi.

Immunodepresantlar ham ba'zan yaxshi samara beradi, 6-merkaptopurin, azatiopirin (100-150 mg/sut), xlorambutsil (10-15 mg), shular bilan birga bezgakga qarshi dori vositalar ham samaralidir (delagil, rezoxin). Agarda xuruj bilan kechadigan shakllarida glyukokortikoidlar va immunodepressantlar samarasiz bo'lganda jarrohlik usulda splenektomiya qilinadi. Gemotransfuziya hayotiy ko'rsatmaga asosan qilinadi (gemoglobinni tushib ketishi, sopor, koma holatida). Qon ishlab chiqarishni (eritropoezni) yaxshilovchi dori vositalar tavsiya etiladi (temir preparatlari, Vit. B12 va folat kislotasi).

Paroksizmal kechqurungi gemoglobinuriya va doimiy gemosiderinuriya bilan kechadigan GA (Markiafav – Mikel kasalligi).

Birinchi bo'lib Markiafav – Mikel (1928 y) tomonidan bir vaqtda aniqlangan kasallik bo'lib, ortirilgan GA turiga kiradi va doimiy tomir ichidagi gemoliz bilan kechib, siydik orqali gemosiderin ajralib chiqadi. Har 1:500000 aholiga uchrab, bolalar va kattalar (30-40 yoshda) kasallanadilar.

Etiologiyasi – kasallik eritroid hujayralarning mutatsiyasi tufayli yuzaga keladi va bu tufayli eritrotsitlarni patologik klon turi ishlab chiqarila boshlaydi. Bu eritrotsitlar gemolitik ta'sirga ega bo'lgan moddalarga sezgir bo'lib, ular ta'sirida tez parchalanadi. Atsidoz, trombin, complement va properdin ta'sirida gemoliz kuchayadi.

Klinikasi. Bemorlar asosan holsizlikka, bosh aylanishiga, tez charchash, hansirashga, yurak urishiga shikoyat qiladilar. Kriz vaqtida qorinda og'riq bo'lishi xarakterli, bu mezenterial tomirlarni trombozi bilan bog'liqdir. Ba'zanda periferik tomirlarda ham tromboz kuzatiladi (qo'l, oyoq, miya, taloq, buyrak). Kriz vaqtida tana harorati ham ko'tarilishi mumkin. Siydikning rangi tarkibida gemosiderin va gemoglobin borligi tufayli to'q rangli bo'ladi. Gemoglobinuriya ba'zanda kechqurunga yuzaga keladi shu tufayli kechqurungi paroksizmal gemoglobinuriya deyiladi. Bu kechqurunda atsidoz va properdinni faollashuvi bilan bog'liqdir. Bu kasallik uchun eng xarakterlisi hemoglobinuriyadir.

Kechqurungi paroksizmal gemoglobinuriya diagnostikasida asos bo'ladigan omillar quyidagilardir:

1. Retikulotsitoz va gipoxromiya.
2. Neytropeniya va trombositopeniya
3. Qon plazmasida bog'lanmagan bilirubin miqdori oshishi va gemoglobinuriya, gemosiderinuriya mavjudligi.
4. Xem (Gem) (kislotali) va saxaroz usuli musbatligi.
5. Kumbs usuli manfiyligi.

Asosiy zomonaviy tashxis usullari bu eritrotsit va trombositlarda CD55 va CD59 ekspressiyasining tsitoflyuorimetriyasi usulida aniqlanganda bo'lmasligidir.

Davosi : bemorlarga toza tayyorlangan va natriy xlorini fiziologik eritmasiga yuvilgan eritrotsitar massa 4-5 kunda bir quyish yaxshi samara beradi. Trombozlar oldini olish uchun antikoagulyantlar qilinadi (geparin, varfarin), loimiy infuzomatdan foydalanib 500-1500 birlik/soat yoki kaltsiy nadroparini (0,6-0,9ml/sut) 1-2 marta sutkada buyuriladi. Folik kislotasi 4-6 mg/sut, Vit E 4 XB (ME)/sut beriladi. Gemolitik kriz vaqtida kaltsiy nadroparini (0,3-0,6ml/sut) teri ostiga hamda bemorlarga gemolizni kamaytirish uchun zardobni almashtiruvchi eritmalar (dekstran, poliglyukin, infezol, amminosol va h.k.) quyiladi. Temir preparatlari va glyukokortikoidlar Markiafav - Mikel kasalligiga qarshi ko'rsatmadir.

Toksik gemolitik anemiya

Toksik gemolitik anemiya - anemiyalarning bir turi bo'lib, har xil gemolitik toksik moddalar (masalan, fenilgidrazin, arsinilgidrazin, qo'rg'oshin tuzlari, saponin, kollargol va b.) ta'sirida yuzaga keladi. Bunday gemolitik toksik moddalar eritrotsitlarni ham periferik qonda, ham qon yaratuvchi to'qimalarda gemolizga uchratib, tez orada og'ir anemiyaga olib keladi. Masalan, quyon organizmiga fenilgidrazin yuborilsa, 24 soat o'tar-o'tmas qonda eritrotsitlar soni va gemoglobin miqdorining keskin kamayib ketishi, eritrotsitlarning patologik shakllarining paydo bo'lishi kuzatiladi.

Toksik gemolitik anemiyaning o'ziga xos xususiyatlaridan biri shundaki, eritrotsitlarning gemolizga uchrashlaridan tashqari, toksinlar ta'sirida gemopoetik (qon yaratuvchi) to'qimalar shikastlanib, ayniqsa og'ir hollarda megaloblastik turdagi eritropoez yuzaga kelishi ham mumkin. Bunday hollarda qonda makrotsitlar, megalotsitlar va hatto megaloblastlar ham uchrab, qonning rang ko'rsatkichi yuqori bo'ladi.

Ilgari anemiyalarni yuqorida keltirilgan turlari bilan bir qatorda qon ko'rinishi bo'yicha, ya'ni qonda eritrotsitlarning patologik shakllariga qarab, regenerativ, degenerativ, degenerativ-regenerativ ko'rinishli anemiyalarga bo'lish qabul etilgan. Shunga ko'ra toksik gemolitik anemiyada qonning kartinasida eritrotsitlarning ham degenerativ, ham regenerativ shakllarini ko'rish mumkin. Ya'ni, retikulotsitlar, polixromatofiliya, normoblastlar bilan bir qatorda anizotsitoz, poykilotsitoz va megalotsitlar hamda megaloblastlarni uchratish mumkin.

Agar qonda eritrotsitlarning regenerativ shakllari ko'p bo'lsa, qonning rang ko'rsatkichi kamayadi, agar qon kartinasida degeneratsiya elementlari ko'p bo'lsa, aksincha.

Shunday qilib, toksik gemolitik anemiya patogenezi gemoglobinining hamda eritropoezning buzilishi bilan bog'liq va ko'rinishi bo'yicha murakkab anemiya hisoblanadi.

Aplastik anemiya

Aplastik yoki gipoplastik anemiyada qon yaratuvchi to'qimalarda (suyak ko'migi) bo'linuvchi hujayralar faoliyatining pasayishi, pantsitopeniya, ya'ni qon hujairalarining hamma turlarining kamayishi kuzatiladi. Bu kasallikning asosida hujayralar proliferatsiyasi va differentsiatsiyasini buzilishi yotadi. Gipoplastik anemiyaga qaraganda, aplastik anemiyada qon ishlab chiqarilishi chuqurroq buziladi.

Etiologiyasi. Anemiyaning sabablari har xil bo'lishi mumkin, jumladan benzol, CCl_4 , trinitrotoluol, sulfanilamidlar, levomitsetin, butadion, tsitostatik preparatlar (antimetabolitlar, o'smalarga qarshi antibiotiklar) ionlovchi radiatsiya, suyak ko'migiga qarshi antitana, virusli infeksiyalar, irsiy omillar va h.k. yuqoridagi omillar hujayra xromosomalariga ta'sir qilib DNK sintezini buzadi. Bu anemiya asosida quyidagi mexanizmlar yotishi mumkin:

1. Ionlovchi radiatsiya;

2. Ximik moddalar;

a) Benzol, trinitrotoluol, tetraetilsvinets (tetraetilqo'rg'oshin), insektitsidlar;

b) Dori moddalarining bo'linayotgan hujayralarda modda almashinuviga ta'sir qilib ularning ko'payishini tormozlashi (tsitostatik preparatlar, o'smaga qarshi antibiotiklar);

v) Sulfanilamidlar, metiltiouratsil, piramidon, levomitsetin va b.q. bo'linuvchi hujayralarda dorilarning ta'sirini kamaytiruvchi fermentlarda nuqson borligi tufayli;

3. Suyak ko'migi hujayralariga qarshi antitana. Qon yaratuvchi to'qimalardagi o'sayotgan yosh hujayralarga qarshi ta'sir ko'rsatuvchi, ularga nisbatan immunologik jarayonni amalga oshiruvchi antitanalar hosil bo'lishi natijasida.

4. Anemiyaning irsiy shakllari ham mavjud. Ularning asosiy sabablaridan biri o'zak hujayralar sonining to'qima nuqsoni tufayli kamligidir.

5. Virusli infeksiya (virusli gepatit).

Gipoplastik anemiyada eritrotsitlar soni va gemoglobin, trombositlar, granulotsitlar miqdori juda kam bo'ladi, ammo rang ko'rsatkichi o'zgarmasligi mumkin.

Klinika. Bemorlarni asosan holsizlik, tez charchash, hansirash, yurak urishi bezovta qilib, o'tkir va o'tkir osti kechishida burundan, milklardan qon ketishi, ayollarda hayz tsiklini uzayishi va kopayishi, tana harorati oshishi bezovta qiladi.

Bemorlarni ko'zdan kechirganda terilari rangpar, limon rangiga tovlanadi va sariq rang tus oladi. Aplastik yoki gipoplastik anemiyada gemoragik sindromlar rivojlanadi-petexiyalar, ekximozlar, teri osti qon quyilishlari va gematomalar asosan in'ektsiya joylarida paydo bo'ladi. Shuning uchun bu bemorlarda jgut simptomi musbat bo'ladi. Bemorlarda ba'zan og'iz bo'shlig'i shilliq qavatlarida, ko'zning to'r pardasida, ba'zan miyada qon quyilishi mumkin. Qon bosimi pasayadi. Auskultatsiyada hamma nuqtada sistolik shovqin eshitiladi va bu shovqinlar katta qon tomirlariga beriladi.

Laborator o'zgarishlar. Qon surtmalarida esa normotsitoz, normaxromiya kuzatiladi. Kasallik leykopeniya bilan kechadi va organizmning o'zini turli biologik omillardan himoya qilish qobiliyati pasayadi. Bu anemiyaning o'ziga xos ko'rinishlaridan biri trombositlar sonining kam bo'lishi va shu tufayli qon ivishining buzilishi, qon ketishidir. Suyak ko'migi punktsiya qilinganida yadro saqlovchi hujayralarni kamayishi, eritroid, myeloid, megakariotsitar hujayra rivojlanishini tormozlanishi kuzatiladi. Bu tur anemiyada suyak ko'migi butunlay yog' hujayralar bilan almashadi.

Davolash. Qon quyiladi. Anabolik garmonlar (eritropoez kuchayadi). Glyukokortikoid garmonlar. Splenektomiya. Gemostatik terapiya. Vitaminlar. Antibiotiklar tavsiya qilinadi.

Prognoz. Bemorlarni yaxshilab davolasa suyak ko'migi transplantatsiya qilinsa biroz hayotini cho'zish mumkin.

O'roqsimon hujayrali anemiya

Ushbu kasallikka to'xtalishdan oldin Hb ni tuzilishiga to'xtalib o'tamiz. Gemoglobin - eritrotsit tarkibidagi oqsil, nafas olishda ishtirok etadi va gem (3,8%) hamda globin (96,2%) dan tashkil topgan bo'lib, kislorod transportirovkasida oxigemoglobin (HbO₂) shaklida ishtirok etadi. Gemoglobin qon bilan o'pkada kelgandan so'ng karbonad anhidridni (HbCO₂) o'rniga kislorodni biriktirib (HbO₂) oladi va to'qimalarga tashiydi. Hb ni 5 xil turi mavjud; odatdagi (meyordagi) Hb, embrional Hb, fetal HbF bolalarda homiladorlik davrida sintezlanadi va bola tug'ilgandan so'ng kamayib ketadi (<0,5% bolalar va kattalarda) va gemoglobinopatiyalarda, gipoplastik hamda pernitsioz anemiyalarda ko'payadi, 2 ta definitiv tipi (HbA, HbA₂) tafovut qilinadi. Hb tetramer bo'lib, 2 ta α -globin zanjiri 141 aminokislotadan tashkil topgan va 2 ta boshqa turdagi β - globin zanjiri 146 aminokislotadan tashkil topgan (Hb Gower-1 2S -va E-zanjir saqlaydi, embrional Hb ni asosiy komponenti va homilada suv ko'payishida (vodyankasida) kamayib ketadi, homilani 3 chi oyida HbF ga almashinadi).

O'roqsimon hujayrali anemiya asosan kislorodni portsiyal bosimi past bo'lgan hududlarda ko'proq uchraydi (qirlarda, tog' yon bag'irlarida yashovchilarda). HbS (* 141900-0038) – animal Hb bunda β zanjirning 6-holatida lizin ba'zanda valin aminokislotasi glutamin aminokislotasiga almashinadi va HbS (* 141900) sintezlanadi. HbS polimerlanish xususiyatiga ega bo'ladi, chunki ushbu Hb da taktoid iplar paydo bo'lib, eritrotsit membranasini tortadi. Bu o'zgarish eritrotsitlar membranasini o'zgartiradi, tortadi natijada o'roqsimon hujayrali eritrotsitlar shakllanadi. Bu eritrotsitlarni funktsional va elastik imkoniyatlarini cheklab qo'yadi. Bu turdagi eritrotsitlar umri qisqa bo'ladi, taloqda ushlanib qolib parchalanadi. Ba'zan kam holatlarda kapilyarlarda tiqilib qolib trombozlarga, nekrozlarga olib keladi, adabiyotlarda yozilishicha o'pka, jigar va boshqa a'zolar kapilyarlariga tiqilib qolib bu organlarda tromboz, abtseslarga olib kelgan halatlar ham mavjud. Anamal Hb larda (HbM *142300 va b.q.) 1 ta aminokislotani

almashinishi metgemoglobin reduktaza meyorda bo'lsa ham, metgemoglobin hosil bo'lishiga olib keladi.

Qon ketishi tufayli kelib chiqadigan kamqonlik

Qon oqqandan keyin kelib chiqadigan kamqonlikning klinik manzarasi va kechishiga qarab, uni ikki turga ajratiladi:

- 1) O'tkir qon yo'qotish natijasida paydo bo'ladigan kamqonlik
- 2) Surunkali qon yo'qotish natijasida paydo bo'ladigan kamqonlik.

O'tkir postgemoragik anemiya

O'tkir postgemoragik anemiya turli sabablarga ko'ra yuzaga keladi. Bular quyidagilardir: travmalar, shikastlanishlar, operatsiyalar, tomirlarning kesilishi, homiladorlikdagi (tug'ruqdan keyin yo'ldosh ko'chmasligi) patologik holatlarda, bachadon nayida homila rivojlanishida va h.k. Bir yo'la ko'p qon yo'qotish oqibatida ro'y beradi, terapevtik amaliyotda meda va ichak yaralaridan qon ketishda, meda, ichaklar, o'pka, buyrak va boshqa a'zolar o'smalarini parchalanish bosqichida, bronxoektazda, gemoragik diatezda, jigar tsirrozidan keyingi qizilo'ngach venalari yoki yo'g'on ichak kengaygan venalari yorilishi natijasida tez va ko'p miqdorda qon ketishi, gemofiliya va h.k. kasalliklardan keyin yuzaga keladi. Ko'p qon yo'qotilgandan so'ng patologoanatomik jihatdan dastlabki kunlarda ko'mik ishi susayishi sababli odatda uning aktivligi kuchayib ketadi. Surunkali anemiyalarda suyak ko'mik oldiniga kattalashib ketadi; uning sariq joylarida qizil o'choglar yuzaga keladi. Anemiyaning bir muncha og'irroq hollarida jigar, taloq va limfa tugunlarida qo'shimcha qon yaratish o'choq'lari paydo bo'ladi, keyinchalik atrofiyaga uchrab, yog' bosadi, boshqa organlardagi keloid ochog'lar yo'qolib ketadi.

Klinikasi o'tkir qon yo'qotilgandan so'ng bemorlarda holsizlik, bosh aylanishi, ko'z oldi qorong'ulashishi, ko'ngil aynishi, qusish, qulog'ida shovqin, yurak urishi, ko'z oldida sharpalar uchib yurishi hisi bezovta qiladi. Bemorlar ichki a'zolaridan qon ketganida qon qusish (qizilo'gachdan ketsa toza qon va medadan ketsa kofesimon qusuq massasi), najas bilan qon ketishi (melena, qoramtir meda va ingichka ichakdan va toza yoki ivigan qon yo'g'on ichakdan qon ketganda) kabi o'zgarishlar vujudga keladi. Ba'zanda ichki a'zolardan qon ketishini aniqlash qiyin bo'ladi, qachonki bo'shliqlarda qon ketsa. Bularga bo'shliqlarga qon ketishi misol bo'ladi, plevra bo'shlig'i (gemotorax),

ichki a'zolar travmasida qorin bo'shlig'ida, (jigar, taloq yorilishi tufayli) qon ketsa va h.k.

Bemorlarni ko'zdan kechirganda teri va ko'rnib turgan shilliq qavatlar rangpar, terisi sovuq ter bilan qoplangan, nafas olishi tezlashgan, yuzaki, puls tezlashgan, ipsimon, yumshoq, qon bosimi ham sistolik ham diastolik bosim tushadi.

Auskultatsiya. Yurak auskultatsiya qilinganda tonlar tezlashgan, funksional shovqin va I tonni kuchayganligini eshitishimiz mumkin. Qon tomirlari auskultatsiya qilinganda asosan bo'yin venalarini qonning reologik xususiyatlari pasayganligi tufayli qon oqimi tezlashadi, shu tufayli "Bo'richa" shovqini eshitaladi, asosan o'ng tomonda va bu shovqin bo'yinni teskari tomonga burganda kuchayadi.

Qon yo'qotilgandan so'ng 24-48 soat davomida gemogrammada deyarli ko'zga tashlanuvchi o'zgarishlar kuzatilmaydi. Bunda qonning faqat umumiy hajmi kamayib, uning o'lchov birligida eritrotsitlar soni, gemoglobin miqdori, rang ko'rsatkichi va gematokrit ko'rsatkichi normada bo'lishi mumkin. Mikroskop bilan qon surtmasi tekshirilganda normotsitoz, normoxromiya kuzatiladi. Keyinchalik (1-2 kun o'tgach) yo'qotilgan qon hajmi o'rni to'qimalardan o'tuvchi suyuqlik hisobiga to'ldirilib, qon suyuladi, uning o'lchov birligida eritrotsitlar va gemoglobin miqdori kamayadi, lekin qonning rang ko'rsatkichi o'zgarmaydi. 3-4 kundan so'ng qonda retikulotsitlar soni orta borib, ularning ko'payish cho'qqisi haftaning oxirgi kunlariga to'g'ri keladi va bunda yadroli eritrotsitlar ham paydo bo'lishi mumkin. Endi yosh eritrotsitlar hisobiga qonning rang ko'rsatkichi biroz kamayadi. Suyak ko'migi qiltomirlarga nihoyatda boy to'qima bo'lib, ular sfinkterlar bilan ta'minlangandir. Eritropoez ma'lum muddatda davom etib, eritrotsitlar voyaga yetguncha qiltomirlar sfinkteri berk bo'ladi. Eritrotsitlar yetilgan vaqtda sfinkterlar bo'shashib hujayralar umumiy qon oqimiga o'tadi. Regeneratsiya kuchayganda ko'mikda doimo yosh hujayralar bo'lgani tufayli qiltomir sfinkterining bo'shashishi hujayralarning ham yetilmagan davriga to'g'ri kelib, hujayralar qonga o'tadi. Demak, o'tkir postgemorragik anemiya giperregenerator anemiya hisoblanadi. Bunda eritropoez bilan birga leykopoez ham kuchayadi (neytrofiliya). Trombopoez ham kuchayishi mumkin.

Bu turdagi anemiyada tez va sekin kompensator mexanizmlar ishga tushadi. Bular quyidagilardir; - birinchi kunlari-Yurak faoliyatini tezlashishi; Nafas olishni tezlashishi; Qon tomirlarni torayishi; Depoga

to'xtagan qonning qon tomiriga otib ishga tushishi; To'qima oralig'i suyuqligining qon tomiriga o'tishi;

- 3-4 kun o'tgandan so'ng; Qon ivishini kuchayishi; Suyak ko'migida qon ishlab chiqarilishini (eritropoezni) kuchayishi kuzatiladi.

Davolash asosan qon ketishini birinchi navbatda bartaraf etish kerak bo'ladi, buning uchun qon ketayotga joylarga tamponada qilinadi va jgut bog'lanadi, ichki a'zoldan to'xtovsiz qon ketayotgan bo'lsa operatsiya yo'li bilan qon ketishini to'xtatish. Qon ketishi hayotiga xavf tug'diradigan bo'lsa, hushdan ketish va shok oldini olish maqsadida qon va ularni almashtiruvchi preparatlar quyiladi. Bemorlarga qon ishlab chiqarilishini yaxshilash maqsadida temir preparatlari (Tardiferon, Ferroleks, Ferrum lek, Jektofer, Ferbitol, Totema) va Vit B12, folat kislotasi hamda shu preparatlarga boy bo'lgan oziq ovqat maxsulotlari tavsiya etiladi.

Surunkali postgemorragik anemiya

Surunkali postgemorragik anemiya turli surunkali (masalan, me'dava12 barmoq ichak yaralari, bavoasil, ayollarda qon ketish bilan kechadigan kasalliklar, gemofiliya, meda-ichaklar, o'pka, buyrak va boshqa a'zolar o'smalarini parchalanish bosqichida, bronxoektazda, gemorragik diatezlar va b.q.) kam miqdorda uzoq muddat qon ketishi bilan kuzatiladigan kasalliklarda kuzatiladi. O'tkir anemiyadan farqi, birinchi navbatda bunda qonning rang ko'rsatkichining past bo'lishidir, chunki surunkali qon ketishi organizmda asta-sekin temirning yetishmovchiligiga olib keladi.

Tez-tez takror-takror qon oqishi hatto bir marta juda oz qismi yo'qotilganda ham, ba'zan kamqonlikning avj olishiga olib keladi. Biroq ko'p yillargacha shu tariqa oz-ozdan qon oqib turishi, kasalda emas, kamqonlik bo'lmay, balki qizil qon tanachalari miqdorining ko'payib ketishi mumkinligini nazarda tutish kerak. Bu xilda har yili necha martalab qon oqib turishiga to'g'ri ichak venalarining varikoz kengayishidagi gemorroidal qon oqishi misol bo'la oladi. Bunday bemorlar dastlabki yillarda qon ketgandan keyin o'zlarini juda yaxshi sezadilar, ular qonining tarkibi esa uzoq vaqtgacha normal bo'ladi. Aftidan, ko'mik bunday sharoitlarda qon o'rnini ayniqsa tez to'ldira olish va juda jonli reaktiv holatda bo'lish qobiliyatiga ega bo'ladi. Biroq asta-sekin yangidan-yangi qon yo'qola borgan sayin ko'mikning ana shu giperfunksiyasi susaya boshlaydi va teskari holati gipofunksiya

holati bilan almashinadi. Qizil qon tarkibi kamaya boshlaydi. Kamqonlik odatda keskin gipoxrom xarakterga ega boladi, bu temir yetishmovchiligiga bog'liqdir, ko'mikdagi temir zaxirasi har galda qon ketganda gemoglobin yo'qolishi tufayli kamayib qoladi.

Patogenezi: Badan terisi va shilliq pardalarning oqarib turganligi, shuningdek, jasad yorib ko'rilganida ichki organlarning kamqonligi va distrofiyasi topiladi. Qizil ko'mikning giperplaziyaga uchragani ma'lum bo'ladi. Surunkasiga qon yo'qotib yurilgan bo'lsa, taloq, limfa tugunlari, jigarda ekstramedulyar qon yaratish uchoqlari topiladi.

Klinikasi surunkali qon yo'qotilgandan so'ng bemorlarda holsizlik, bosh aylanishi, ko'z oldi qorong'ulashishi, ko'ngil aynishi, qusish, qulog'ida shovqin, yurak urishi, ko'z oldida sharpalar uchib yurishi hisi bezovta qiladi. Bemorlar najas bilan qon ketishi (melena, qoramtir meda va ingichka ichakdan va toza yoki ivigan qon yo'g'on ichakdan qon ketganda) kabi o'zgarishlar vujudga keladi.

Bemorlarni ko'zdan kechirganda teri va ko'rnib turgan shilliq qavatlar rangpar, terisi nam, ter bilan qoplangan, nafas olishi tezlashgan, yuzaki, puls tezlashgan, ipsimon, yumshoq, qon bosimi ham sistolik ham diastolik bosim pasayadi.

Auskultatsiya. Yurak auskultatsiya qilinganda tonlar tezlashgan, funksional shovqin va I tonni kuchayganligini eshitishimiz mumkin. Qon tomirlari auskultatsiya qilinganda asosan bo'yin venalarini qonning reologik xususiyatlari pasayganligi tufayli qon oqimi tezlashadi, shu tufayli "Bo'richa" shovqini eshitiladi, asosan o'ng tomonda va bu shovqin bo'yinni teskari tomonga burganda kuchayadi.

Qon surtmasida gipoxromiya, poykilotsitoz, anizotsitoz, mikrotsitoz ko'riladi. Trombotsitlar soni me'yoridan biroz kam bo'ladi. Leykotsitlar soni kam yoki nisbiy leykotsitoz kuzatiladi. Qon yo'qotilgan vaqtlarda biroz retikulotsitoz, leykotsitoz (vaqtincha) kuzatilishi mumkin. Qon oqishi tufayli yuzaga keladigan surunkali kamqonlikda oq qon bir muncha kam o'zgaradi: regenerator fazada leykotsitlar sal ko'payadi ham (chapga suriladi), giporegenerator fazada, keyingi davrda leykotsitlar miqdori biroz kamayadi (o'ngga suriladi). Qon oqqanda keyin yuzaga keladigan kamqonlik prognozi uni keltirib chiqargan sabablarga bog'liq. Agar bu sabablarni bartaraf qilib bo'lmasa, kamqonlik og'irlashib boradi va aplastik formaga o'tadi. Agar bu sabablari bartaraf qilish mumkin bo'lsa, ko'mik vaqt o'tishi bilan asli holiga kelishi, kamqonlik esa yo'qolib ketishi mumkin.

Davolash uch muolajadan iborat. **Birinchi** qon oqishini to'xtatishdan va, imkoni bo'lsa, uning sabablarini bartaraf qilishdan iborat. Bu vazifa davolash xususigagina emas, balki qon ketgandan keyin yuzaga keladigan kamqonlikning oldini olishga ham taalluqlidir. Gemorroidal tugunlarni bog'lash, me'da yarasini davolash, bachadon o'smasini olib tashlash, qon oqishini to'xtatish va hokazolar ana shunday chora-tadbirlar jumlasiga kiradi. **Ikkinchi** - yo'qolgan qon o'rnini yot qon bilan to'ldirishdan iborat. Bunga qon quyish yo'li bilan erishiladi, ayniqsa odam birdan ko'p qon yo'qotgandan keyin qon quyish tavsiya etiladi. Bunday vaqtda, odatda, katta dozada - 500 ml atrofida qon quyiladi va odamning nechog'lik ko'p qon yo'qotganligiga qarab, unga qancha qon quyish kerakligi hal qilinadi. Qon quyish odamning yetishmagan o'z gemoglobini bilan eritrotsitlari o'rnini to'ldiribgina qolmay, balki, shu bilan birga, eritropoezni jonlantirish uchun kuchli turtki ham bo'ladi. Qonning bunday ta'sir ko'rsatishiga sabab shuki, chamasi, retsipient bilan donor qon gruppalarining o'xshash bo'lishiga qaramay, kiritilgan eritrotsitlarning bir qismi har holda yemiriladi va gemoliz mahsulotlari ko'mikka ta'sir ko'rsatadi. Yot qon bilan birga organizmga talaygina temir kiritiladi shunda u ham ko'mik tomonidan yangi qizil qon tanachalari ishlab chiqarish uchun oson o'zlashtiriladigan birikmalar holida kiritiladi. Quyilgan qon, xususan tsitrat ham, bemor qonining ivuvchanligini oshiradi, shu bilan birga takror qon ketishi xavfini kamaytiradi. Surunkali qon yo'qotish natijasida yuzaga keladigan kamqonlikda qon kam miqdorda (200-300 ml) takror quyiladi. **Uchinchi** - ko'mik funksiyasini mustahkamlashdan iborat. Bunga temir preparatlarini (Tardiferon, Ferropleks, Ferrum lek, Jektofer, Ferbitol, Totema), Vit B12 va folat kislota buyurish yo'li bilan erishiladi, temir gemoglobin tuzish uchun material bo'lib hisoblanadi va bundan tashqari, ko'mikni stimullaydi. Shu maqsadda, turli birikmalardan iborat mishyakdan foydalansa ham bo'ladi. Biroq, kuchsizroq bo'lsada, temirning boshqa preparatlari ham odatda yordam beradi. Mishyak fovler eritmasi sifatida dastlab 1-2 tomchidan kuniga uch marta beriladi, keyin bir tomchidan qo'shib boriladi va kuniga uch martadan berib, o'n tomchigacha yetkaziladi, mishyak 0,001 dan kuniga ikki martadan uyqudori sifatida ham beriladi, teri ostiga - 0,2-1,0 dan 1% li eritmasi sifatida buyuriladi. Toza havoda bo'lish, (sayr qilish, binoni shamollatish), yengil fizkultura mashqlari qilish, kuchli ovqatlar yeyish zarur. Ovqat vitaminlarga boy bo'lishi kerak.

Qondagi laborator ko'rsatkichlar. Gemoglobin miqdorini aniqlash

Bemorlarni laborator tekshiruvga tayyorlash. Qonni tekshirish. Qon ko'rsatkichlari sutka davomida o'zgarib turadi, shuning uchun ham iloji boricha qonni ertalab tekshirish lozim, shoshilinch holatlardan tashqari. Hamma analizlar ham rentgenografiya, ultra tovush tekshiruv, fibrogastroduodenoskopik tekshiruvlar va fizioterapevtik davolashdan oldin olinishi kerak. Bular tahlillarni o'zgarishiga olib keladi. Analiz topshirgunga qadar 1 soat davomida chekish ham man etiladi. Sutka davomida jismoniy zo'riqishlardan, spirtli ichimliklardan, kun rejimi va ovqatlanish rejimini o'zgartirmaslik kerak. Tahlil nahorda topshirilishi kerak, oxirgi ovqatlanishdan 12 soat o'tgandan so'ng, suv ichsa bo'ladi. Tahlil natijalariga dori moddalar tasir qiladi, dori ichilmasligi kerak sutka davomida. Qonni yotgan holatda olish maqul, turgan holatda bosh aylanishi mumkin. Qaysi tomirdan qon olinsa shu tomirda 1 soat davomira yuk tashish mumkin emas (sumka tashish). Laborator ko'rsatkichlarni nazorat qilish uchun sutkaning bir vaqtda, bir laboratoriyada olinib, bitta reaktibdan foydalangan maqul. Chunki har xil reaktiv ishlatilsa natijalar har xil bo'lishi mumkin. Venadan qon olish uchun vakumli sistemadan foydalanish zarur. Gematoma bo'lmasligi uchun igna sanchilgan joy, qon olingandan so'ng yaxshilab steril mato bilan 15 daqiqa qavomida bog'lanadi. Umumiy tahlil uchun qon 4-barmoqdan kamida oxirgi ovqatlanishdan 1 soat otgandan so'ng olinadi. Chaqaloqlarda oyoq (tovon) dan olinishi mumkin.

Qonni bioximik tekshirish uchun nahorda oxirgi ovqatlanishdan 12 soat o'tgandan so'ng olinadi. Lipidogrammaga tekshirish uchun (xolesterin va uning fraktsiyalari) oxirgi yengil ovqatlanishdan kamida 14 soat o'tgan bo'lishi kerak. Glukoza ga tolerantlikka tekshirish uchun 3 kun davomida aralash parhez tutishi maqul (parhezda kuniga 250 gr uglevodlar bo'lishi kerak). Uglevod almashinuviga tasir qiluvchi dorilarni va garmonlarni qabul qilinishi qatiyan man qilinadi (diabetiklardan tashqari, hayotiga xavf soladigan bo'lsa). Test 1 soatdan 4 soatgacha davom etadi. Bu vaqt bemor klinikada bo'lishi karak. Repraduktiv yoshdagi ayollarda garmonlar tekshirilishi lozim bo'lsa, ular menstrual tsiklini tegishli kuniga qon olinishi lozim. Qon ivishini tekshirish uchun pattsientlar varfarin, geparin, fraksiparin, kleksan,

plaviks, aspirin, kurantil, tromboass kabi qon ivishini susaytiruvchi va aminokapron kislota, vitamin K (vikasol), ditsinon kabi qon ivishini kuchaytiruvchi dorilarni qabul qilmagan bo'lishi lozim.

Qon tanachalarini sanash

Qon tanachalari sanash asosan maxsus kamerada sanaladi. Qon tanachalarini sanash ketma-ket keladigan bir qancha manipulyatsiyalardan iborat: 1) tekshiriladigan odam barmog'iga ukol qilish; 2) aralashtirgichga qon olish; 3) olingan qonni tegishli eritma bilan suyultirish; 4) suyultirilgan qon tomchisini hisob kamerasing to'riga tomizishdan iborat. Barmoq odatda alohida asbob -Frank ignasi (skarifikator) bilan ukol qilinadi, bu ignaning oddiy ignalardan afzalligi shuki, uning uchi barmoq to'qimasiga teri qalinligiga qarab, kerakli chuqurlikkacha kiradi; ukolni boshqa usullar bilan ham qilish mumkin. Oldin barmoq terisi bilan ignani spirt (dezinfektsiya qilish uchun) va efir bilan (quritish uchun) yaxshilab artish kerak. Ukol qilingan joydan chiqqan birinchi qon tomchisi artib tashlanadi va keyingi tomchi olinadi. Ukolni takrorlamalik uchun ignani juda yuza sanchish yaramaydi (2-3 mm). Barmoq iliq bo'lishi lozim.

Aralashtirgichlar (melanjler) degan alohida pipetkalar yordami bilan qon olinadi. Aralashtirgich darajalarga bo'lingan kapillyar naydan iborat bo'lib, uchi kengayib keladi va ampula hosil qiladi; ampuladan kapillyar nay oldiniga aslidek, keyinchalik esa, birmuncha kengroq teshik bilan sal davom etadi. Qizil va oq qon tanachalariga sanash uchun har xil aralashtirgichlar ishlatiladi. Eritrotsitlarni sanash uchun mo'ljallangan aralashtirgichlarda birmuncha ingichka kalibrli kapillyar va ancha keng ampula bor; unga belgilar qo'yilgan: bitta belgi aralashtirgichning o'tkir uchi (og'zi) dan 5 daraja keyin - 0,5 ikkinchisi, ampulaga kirish oldida yana 5 darajadan keyin - 1,0 uchinchisi, ampuladan chiqish joyida-101. 0,5 yoki 1,0 belgigacha qon olinadi, 101 belgigacha suyultiruvchi eritma olinadi. Aralashtirgichning 101 belgisigacha bo'lgan suyuqlik hajmi 1,0 belgisigacha bo'lgan hajmdan 100 baravar va 0,5 belgisigacha bo'lgan hajmdan 200 baravar katta.

Leykotsitlar uchun mo'ljallangan aralashtirgich kapillyarining teshigi birmuncha keng bo'lib, ampulasi kichikroq; unga 0,5 yoki 1,0 degan belgilar qo'yilgan; suyultiradigan suyuqlik 11 belgiga qadar so'riladi. Demak aralashtirgichning 11 belgisigacha bo'lgan suyuqlik hajmi 1,0 belgisigacha bo'lgan hajmdan 10 baravar va 0,5 belgisigacha bo'lgan hajmdan 20 baravar katta. Qonning suyultiruvchi suyuqlik bilan

aralashishi uchun ikkala aralashtirgichning ampulasida shisha sharcha bor. Aralashtirgichning to'mtoq (keng) uchiga kichkina shisha uchligi bo'lgan rezina naycha kiygiziladi, bu nay so'rish uchun xizmat qiladi. Olingan qon quyidagi eritmalar bilan suyultiriladi.

1. Qizil qon tanachalarini suyultirish uchun odatda osh tuzining 3% li eritmasi ishlatiladi, so'nggi vaqtda Gayem suyuqliklarni ishlatishni maqul hisoblanayapti (5 gr. sulema, 10 gr. natriy xlorid, 37,5 gr. natriy sulfat suvda eritiladi; va suyuqlik hajmi 1 l ga yetkaziladi). Gayem suyuqligida eritrotsitlar uzoqroq saqlanadi. Suyultiradigan suyuqlikka bo'yoq qo'shish ham tavsiya etiladi (masalan, metilviolet yoki gentsianviolet): bo'yoq bir qancha leykotsitlarni bo'yaydi, bu hol leykotsitlarni eritrotsitlarga qo'shib sanamaslik uchun imkon beradi. Odatda, qizil qon tanachalarini sanash uchun aralashtirgichga kiygizilgan rezinka trubka orqali sal so'rib 0,5 belgisiga qadar qon olinadi. Shundan keyin aralashtirgichning uchi yuqorida ko'rsatilgan suyultiruvchi suyuqliklarning biri bilan to'ldirilgan kosachaga tushiriladi va suyaklik butun ampulaning 101 belgisigacha to'ldirib so'riladi (200 marta suyultirish); so'ngra aralashtirgich uch minut mobaynida har tomonga qarab kuch bilan tez chayqatiladi. Kam qonli bemorning qoni tekshirilayotgan bo'lsa, qonni 1,0 belgisigacha so'rib olgan ma'qul (100 marta suyultirish). **Oq qon tanachalarini suyultirish uchun sirka kislotaning 5 % li eritmasi ishlatiladi.** Sirka kislota qizil qon tanachalarini eritadi. Biroq bunday kontsentratsiyada oq qon tanachalariga shikast yetkazmaydi, bu hol oq qon tanachalarining o'zini sanashga imkon beradi. Oq qon tanachalarining birmuncha aniq ko'zga tashlanishi uchun suyultiruvchi suyuqlikka gentsianvioletning suvdagi 1 % li eritmasidan bir oz ko'shiladi, gentsianviolet leykotsitlar yadrosini bo'yaydi. Oq qon tanachalarini sanash uchun 1,0 belgisigacha qo'ldan qon olinadi, so'ngra 11 belgisigacha suyultiruvchi eritma so'rib olinadi; shunday qilib, qon 10 baravar suyultiriladi; leykotsitlar miqdori ko'p bo'lsa, qon 0,5 belgisigacha olinadi. (20 marta suyultiriladi). Aralashtirgich xuddi yuqorida aytilgandek qilib chayqatiladi. Aralashtirgichga qon olish katta aniqlikni talab qiladi (havo pufakchalarisiz tegishli belgiga bo'lishi kerak va hokazo), aralashtirgich suyuqligi saqlanib qoladigan holatda bo'lishi kerak (uchi gazlama yoki qog'ozga tegmagan holda gorizontol holatda, gazlama yoki qog'oz aralashtirgichdan suyuqlikning bir qismini o'ziga tortib olishi mumkin). Aralashtirgichlar nihoyatda toza va quruq bo'lishi kerak. Suyultirilgan

qon tomchisi aralashtirgich suyuqligini obdon aralashtirilganidan keyingina hisob kamerasing to'riga tomiziladi. Dastlabki bir nechta tomchini (kapillyar qismidagi suyuqlikni) aralashtirgichdan to'kib tashlash va ampuladagi suyuqlikdangina (yaxshi aralashgan suyuqlikdangina) foydalanish kerak. Tomchi to'g'ri yoki tug'ridan-to'g'ri (Tom-Tseyss tipidagi kamerada) tushiriladi, (tomchi bu holda tegishli kattalikda bo'lishi kerak, tomchining katta-kichikligini belgilashga faqat tajriba yordam beradi) yoki bo'lmasa tomchi to'r yonidagi maxsus chuqurchaga (ariqchaga) tushiriladi, to'r esa bunda o'z-o'zidan to'ladi (Byurker tipidagi kamera). Birinchi xil turlarga tomchi tushirilganidan keyin unga qoplag'ich shisha yopiladi. Ikkinchi xil turlarda qoplag'ich shisha oldin qo'yiladi, bunda aralashtirgichdan olingan tomchi uning chetiga keltiriladi va tomchi kapillyarlik xususiyati bilan to'rni to'ldiradi. Hisob kamerasi qalin buyum oynasidan iborat bo'lib, unga to'r qo'yilgan alohida shisha plastinka o'rnatilgan yoki qisib qo'yilgan bo'ladi, To'r atrofiga (yoki ikkala yoniga) 0,1mm qalinlikdagi shisha plastinka ham qo'yilgan. To'r ustiga qo'yiladigan qoplag'ich oyna xuddi shu plastinkaga mustahkamlanadi. To'r bilan qoplag'ich oyna orasidagi bo'sh joyning balandligi, ya'ni to'rning chuqurligi shunday qilib, 0,1 mm ga baravar bo'ladi. Shlifovka qilingan, yuzasi nihoyat darajada tekis bo'lgan qoplag'ich oynalardan foydalanish kerak (odatdagi qoplag'ich oynalar ko'pincha notekis bo'ladi, bu kameraning kerak bo'lgan balandligini buzib qo'yadi). Qoplag'ich oynalarni kameraga Nyuton halqalari (to'r atrofida yoysimon aylanadi) ko'rilguncha zich qilib taxlab yopishtirish kerak. Tom-Tseyss va Byurker xilidagi hisob kameralari tafovut qilinadi.

2. Tom-Tseyss kamerasi ko'rsatilgan. To'r yopishtirilgan plastinka dumaloq bo'ladi; uning atrofiga torgina aylanma ioncha qoldirib, ikkinchi, birmuncha qalinroq plastinka joylashtirilgan, bu plastinkaning ustki yuzasi ichki dumaloq plastinka yuzasidan ko'tarilib turadi, shunga ko'ra. To'rli plastinka bilan shu plastinkani o'rab turadigan birmuncha qalin plastinkaning chetlari orasidagi balandlik 0,1mm ga baravar bo'ladi. Tomchi markazdagi to'rli plastinkaga tushiriladi. Ustiga oyna nyuton xalqalapi paydo bo'lguncha ishlab yopishtiriladi. Tomchining hajmi to'rni boshdan-oyoq bir tekis qoplay oladigan darajada bo'lishi kerak; sal ortiqcha suyuqlik qisman noychaga tushadi.

3. Byurker kamerasing so'ngi, birmuncha mukammal xili qalin buyum oynasidan iborat bo'lib, uning markaziga shu oynaga ko'ndalang

bo'lib turadigan ikkita to'r qo'yilgan, bu turlar yon tomondan va bir-birining o'rtasidan novlar bilan o'ralgan; yon novlarning tashqi chetlari ko'tarilib turadi, shunga ko'ra, to'r yuzasi bilan novcha Goryaevlar ustida ko'tarilib turadigan ustki chekkalar orasidagi balandlik 0,1 mm ga teng bo'ladi (kameraning chuqurligi). Qoplag'ich oyna tomchi tushirilishidan oldin qo'yiladi; qoplag'ich oyna ostidan chiqib turadigan tashqi novlarning bariga aralashtirgichdan tomchi tushiriladi. Kapillyarlik tufayli bu tomchi to'rni to'ldiradi. To'rlarning ikkalasidan bir xil foydalanish mumkin, unda yoki bir xil qon bilan yoki ikkita har xil qon bilan to'rlar to'ldiriladi (tomchilarning har biri birinchi va ikkinchi to'rning yonidan tushiriladi). To'rlar har xil ko'rinishda bo'ladi. Lekin ularning tuzilish printsipi bir xil. Hamma to'rlar har xil qilib gruppalashtirilgan «kichik» va «katta» kvadratlardan iborat. Kichik kvadrat tomonlari 10 mm, ya'ni uning yuzi 400 mm^2 . Kameraning balandligi 5 mm bo'lganligidan kichik kvadrat hajmi, shunday. Katta kvadrat yoki 16 ta kichik kvadratdan tashkil topgan bo'ladi, yoki yuzasi hajmi jihatidak 16 ta kichik kvadratga mos keladi. Tom to'ri har biri 16 tadan kichik kvadratdan tashkil topgan 16 ta katta kvadratdan iborat; katta kvadratlar «uch qavat chiziqlar», ya'ni yana bitta chiziq bilan bo'lingan mayda kvadratlar bilan bir-biridan ajralib turadi. Shunday qilib, butun to'r har qatorda 16 va yana 4 ta bo'lingan mayda kvadratdan, ya'ni 20 qator bo'lib joylashgan (har qatorda 20 tadan kichik kvadratdan), jami 400 ta kichik kvadratdan tashkil topgan. Tom to'ri eritrotsitlarni sanash uchun kifoya qiladiyu biroq, leykotsitlarni sanash uchun kichikroq shunga ko'ra leykotsitlarni sanash uchun to'rni bir necha marta to'ldirish va sanash hamda o'rtacha raqamlarni olishga to'g'ri keladi. Tyurk to'ri markazi Tom to'ridan iborat, lekin yuzasi ancha katta bo'ladi. Chunonchi, unda shunday yuzalardan yana 8 tasi bor. Ana shu qushimcha yuzalar faqat katta kvadratlarga ajralgan. To'rda hammasi bo'lib, 9×16 , har qatorda 12 tadan, jami 144 ta katta kvadrat bor. Predtechenskiy to'ri juda qulay bu to'rda 100 ta katta kvadrat bor, ularning bir qismi mayda kvadratlarga bo'lingan, bo'linganda ham to'rning har xil bo'limlarida bir tekis bo'lingan. Goryaev to'ri Predtechenskiy to'rining yanada mukammallashgan xili bo'lib, undan katta (15 ta qatorning har birida 15 tadan, jami 225 ta katta kvadratdan iborat) hozirgi vaqtda, bizda Byurker tipidagi kameralarda ishlatiladi.

4. Byurker to'ri Tyurk to'riga o'xshaydi, u ham 144 ta katta kvadratdan iborat, qon tanachalarini sanash vaqtida to'r bo'shlig'ida bir tekis tarqalgan mayda kvadratlardan foydalaniladi, bu kvadratlar katta kvadratlarni ajratib turadigan chizig'larning kesilishidan hosil bo'ladi. Goryaev to'ri hammasidan ham yaxshi. To'rda shaklliy elementlar kamera tomchi bilan to'ldirilganidan keyin, 2-3 minut o'tgach, sanaladi (qon elementlarining tinishiga imkon berish uchun). Kvadrat ichida yotgan hamma hujayralar, yarmidan ko'pi mazkur kvadrat ichiga kirib turgan bo'lsa, chegara chiziqlarida turgan hujayralar ham sanaladi. Bundan tashqari chegara chiziqlari yarmidan kesib o'tgan hujayralar ham hisobga qo'shiladi. Biroq ularning yoki ustki va chapki yoki pastki va o'ng tomonidagi chiziqlarda yotganlarigina sanaladi (ya'ni kvadratni cheklab turgan 4 ta chiziqdan ikkitasidagi hujayralar). Bitta hujayralarning o'zini ikki martadan sanab qo'ymaslik uchun shunday qilinadi. Yarmidan ko'pi mazkur kvadratdan tashqarida yotgan hujayralar shu kvadratda mutlaqo hisobga qo'shilmaydi. Qizil qon tanachalari kichik kvadratlardan sanaladi. Goryaev to'rlarida 16 ta kichik kvadratdan iborat katta kvadratlar tanlab olinadi va odatda, 5 ta katta kvadrat (ya'ni, 80 ta kichik kvadrat) sanaladi. Yaxshisi, to'rning har xil joylarida yotgan kvadratlarni tanlab olish kerak (eritrotsitlarning to'rda notekis tarqalishidan kelib chiqadigan noaniqlikni kamaytirish uchun. Byurker to'rida katta kvadratlar o'rtasida (katta kvadratlarni bo'lib turadigan bo'shliqning kesishgan joylarida) joylashgan kichik kvadratlardan foydalaniladi. Butun to'r bo'ylab bir qatorda 10 ta kichik kvadrat bo'ladi. Odatda 6 qatordagi kichik kvadratlar va yana yettinchi qatordagi qanday bo'lmasin ikkita kichik kvadrat sanaladi. Bunga ham jami 80 ta kvadrat bo'lib chiqadi.

Bu quyidagicha bo'lib qilinadi: 16 ta katta kvadratga barobar bo'lgan 80 ta kichik kvadratdaga eritrotsitlar sanalganidan keyin, avvalo kichik kvadratdagi eritrotsitlarning o'rtacha soni hisoblab chiqiladi. Kichik kvadrat hajmi yuqorida aytilganidek 1 mm^3 ga teng bo'lganidan eritrotsitlar sanaladigan 1 mm^3 aralashmada eritrotsitlar bitta kichkina kvadratdagidan 4000 baravar ko'p bo'ladi. Olingan qon aralashtirgichda suyultirilgani (odatda 200 marta) sababli, kelib chiqqan sonni yana 200 ga ko'paytirish kerak. Misol. 80 ta kichik kvadratning hammasida 400 ta qizil qon tanachalarini sanadik, deb faraz qilaylik; demak bitta kichik kvadratda ular $400:80 = 5$ dir; melanjerdan olingan 1 mm^3 aralashmada $5 \times 4000 = 20\,000$, 1 mm^3 qonda. esa $20\,000 \times 200 = 4\,000\,000$ qizil

qon tanachasi bor. Amalda 80 ta mayda kvadratda (yoki 5 ta katta kvadratda) sanab chiqilgan eritrotsitlar soniga 4 ta nol qo'yiladi (ya'ni o'sha son 10 000 ga ko'paytiriladi). Leykotsitlar katta kvadratlarda sanaladi. Tom kamerasida butun to'r yuzasida (ya'ni 400 ta kichik kvadratda) yotgan leykotsitlar sanaladi; kamida 3-4 ta tomchi sanab chiqiladi. Byurker to'rida 100 ta katta kvadrat sanaladi (96 tasi 8 qatordan va 4 tasi qanday bo'lmasin qatordan olinib), qatorlar birin-ketin olinmaydi. Yaxshisi Byurker to'rida to'r doirasida yotgan leykotsitlarni sanab chiqish kerak. To'r hajmi $0,9 \text{ mm}^3$ ga baravar. Modomiki shunday ekan, 1 mm^3 qondagi leykotsitlar sonini olish uchun butun to'rdan sanab chiqilgan leykotsitlar miqdorini 10/9 ga va suyultirish raqamiga (10 yoki 20 ga) ko'paytirish kifoya. Goryaev to'rida ham 100 tadan katta kvadrat sanab chiqiladi, odatda «bo'sh» (kichik kvadratlarga bo'linmagan) kvadratlar tanlab olinadi - ular 4 tadan qator turadi. To'rdan bunday kvadratlar hammasi bo'lib 25 ta. 100 ta katta kvadratdan sanalgan leykotsitlar soni 100 ga, keyin 16 ga bo'linadi (bitta kichik kvadratga keltiriladi). Bitta kichik kvadratga to'rni keladigan leykotsitlarning o'rtacha soni 10 yoki 20 ga (1 : 10 yoki 1 : 20 suyultirilganiga qarab) va 4000 ga ko'paytiriladi.

Qondagi gemoglobin miqdorini aniqlash

Gemoglobinni (Hb) aniqlash uchun maxsus pipetkaga barmoqdan qon olinadi, pipetkaning belgisigacha bo'lgan sig'imi 20 mm^3 . Qon Sali gemometrining alohida probirkasiga puflab tushiriladi. Gemometr kolorimetrning eng oddiy xilidir. U shtativga o'rnatilgan ikkita kichkina probirkalardan iborat bo'lib, shtativning orqa tomoniga xira oyna qo'yilgan. Apparatning bitta probirkasida standart suyuqlik, chunonchi gematin xloridning glitserindagi bir protsentli eritmasi bor; bu probirka ikkala tomonidan kavsharlangan. So'ngi vaqtda asboblardagi shu probirka o'rniga vaqt o'tishi bilan rangi aynib ketmaydigan qo'ng'ir tUSDagi shisha tayoqchalar qo'yilmoqda. Birinchi probirka bilan bir xil kalibrda bo'ladigan ikkinchi probirka bo'sh; uning devori 140 ga bo'lingan. Tekshiriladigan qon xuddi ana shu probirkaga solinadi. Pipetkadan qonni shu probirkaga tuflab tushirishdan oldin probirkaga 10 darajasigacha xlorid kislotaning detsinormal eritmasi quyiladi. Pipetka bilan aniq qilib o'lchangan qon pipetka uchini suyuqlik yuzasiga tekizib turib va suyuqlikka havo kiritmaslikka harakat qilib, kislotaga tushiriladi (havo kirmasligi uchun so'ngi tomchini xlorid kislotadan sal yuqoriroqda probirka devoriga puflab tushirish, so'ngra probirkani sal

engashtirib, uni yuvib olish kerak. Probirkadagi qonni xlorid kislota bilan obdon aralashtirib 10 minut qo'yiladi. Shu vaqt ichida Hb xlorid kislota bilan birikib, gematin xloridga aylanadi va suyuqlik tusi jihatidan probirka yoki tayoqchanning rangiga o'xshaydigan, ammo ancha to'g'riligi bilan undan ajralib turadigan rangga kiradi. Shu muddat o'tganidan keyin probirkaga undagi suyuqliq rangi standart rang bilan baravarlashguncha suv quyila boshlaydi. Ayni vaqtda yoki maxsus shisha tayoqcha bilan yoki probirkani chayqatish yo'li bilan suyuqlik aralashtirib turiladi. Suyuqlik rangi tusining to'g'riligi standart bilan bir xil bo'lib qolgan suyuqlikning suyultirishdan keyingi sathi shkalaga qarab belgilanadi; tegishli daraja Hb ning normada 100 deb qabul qilinadigan miqdoriga nisbatan protsent miqdorini ko'rsatib beradi.

1. Gemoglobinni qonning kislorod sig'imiga qarab aniqlash eng to'g'ri yo'ldir 1,33 sm kislorod 1 gr gemoglobinga to'g'ri keladi. Normada erkaklarda 100 ml qonda 14-16, ayollarda esa 12-14 gr Hb bo'ladi. Gemometrda standart, 100 raqami qo'yilgan darajasi 100 ml qondagi 16 g Hb ga to'g'ri keladigan qilib tayyorlangan bo'lishi kerak. Afsuski ishlab chiqarilayotgan gemometrlar juda xilma-xil, ko'pincha haddan tashqari to'q tusda bo'ladi. Shu munosabat bilan Hb miqdori noaniq (ko'pincha juda past) chiqadi. Gemometrning ko'rsatishlarga «tuzatish» kiritish, qondagi gemoglobin miqdorining son qiymatlarini esa, grammlar bilan ifodalash kerak,

Qondagi eritrotsitlar sonini aniqlash

Eritrotsitlar Byurker yoki Goryaev kamerasida sanaladi. Buning uchun qon avval maxsus aralashtirgichda 3,5% osh tuzi eritmasi bilan 200 marta suyultirilib olinadi. Aralashtirgich o'rta qismida kengaygan joyi (rezervuari) bo'lgan shisha naychadan iboratdir. Qonni suyultirish uchun aralashtirgichning 0,5 belgisigacha qon tortib olinadi, so'ngra uni 101 belgisigacha 3,5% li osh tuzi eritmasi bilan to'ldiriladi va 3 minut mobaynida silkitiladi. Suyultirilgan qonning dastlabki tomchisi chiqarib yuboriladi va keyingi tomchisi ehtiyotlik bilan hisob kamerasiga tomiziladi. Hisob kamerasida maxsus to'r qo'yilgan maydoncha bo'ladi va qon tomchisi shu to'rga tarqaladi. To'rlarning har birida bir qancha katta, ularning ichida esa kichik kvadratlar bo'ladi. Masalan, Goryaev kamerasida har bir 16 ta kichik kvadratni o'z ichiga olgan 25 ta katta kvadrat mavjud. Bunday kamerada eritrotsitlar 5 ta katta kvadratga (ya'ni 80 ta kichkina kvadratga) sanaladi. Masalan, 80 ta kichik kvadratda 440 ta eritrotsit sanalgan bo'lsa, bitta kichik kvadratda $440:80=5,5$ ta,

melanjerdan olingan 1 mm^3 aralashmada $5,5 \times 400 = 22000$, 1 mm^3 periferik qonda esa $22000 \times 20 = 4400000$ ta qizil qon tanachasi bo'ladi. Sog'lom odamlarda eritrotsitlar erkaklarda 1 litr qonda 4-5.10, ayollarda esa 3,9-4,7.10 atrofida bo'ladi.

Rang ko'rsatkichini aniqlash

Rang ko'rsatkichi qondagi qizil qon tanachalarining soni bilan ulardagi gemoglobin miqdori o'rtasidagi nisbatdan iborat. Gemoglobin 100% va eritrotsitlar 5000000 bo'lganda, bitta eritrotsitga to'g'ri keladigan gemoglobin miqdori birlik, deb qabul qilinadi. Formula bo'yicha hisoblab chiqiladi: topilgan gemoglobinning grammlar bilan ifodalangan miqdori 16 ga bo'linib (yoki topilgan gemoglobinning protsentlar bilan ifodalangan miqdori 100 ga bo'linib), topilgan eritrotsitlarning 5 000000 ga bo'lingan miqdoriga ko'paytiriladi. Rang ko'rsatkichi normada taxminan 1,05 ga teng.

Rang ko'rsatkichi avvalo muayyan holda kamqonlikning nima hisobiga ko'proq gemoglobin yetishmasligi hisobigami (rang ko'rsatkichining pastligi) yoki ko'proq qizil qon tanachalarining kam ishlanib chiqishi hisobigami (rang ko'rsatkichining balandligi) yuzaga kelganligini ko'rsatib beradi. Shu bilan birga, bu ko'rsatkich, har bir eritrotsitning gemoglobinga naqadar to'yinganligini belgilab beradi (o'rta hisobda). Normal sharoitlarda gemoglobin eritrotsitni batamom siqqunicha to'ldiradi. Bir eritrotsitdagi gemoglobin miqdori normadagidan ko'ra ko'proq bo'lib qolishi va shu yo'l bilan birga teng bo'lgan rang ko'rsatkichini ko'tarishi uchun eritrotsit o'zining maydoni yoki xajmini kattalashtirishi kerak. Mana shuning uchun ham shunday qondagi qizil qon tanachalari o'rtacha normadan katta bo'lsa, rang ko'rsatkichi katta bo'lib chiqadi.

Eritrotsitlarning cho'kish tezligini aniqlash (EChT)

Periferik qonda eritrotsitlar bir xil zaryadli bo'lgani uchun ular bir-biridan qochadi va hech qachon yopishmaydi. Tomirdan tashqarida esa ular og'irligi natijasida cho'ka boshlaydi va bir-biriga yopisha boshlaydi. Lekin bu cho'kish tezligi ayollarda 1 soatda 2-15 mm, erkaklarda 2-10 mm/s dan oshmasligi kerak. EChT qon plazmasida globulinlar, fibrinogen va mukopolisaxaridlar miqdoriga bog'liq.

Turli kasalliklarda eritrotsitlarning yopishqoqligini tezlashtiruvchi yuqoridagi moddalar qon plazmasida ko'payib ketadi va EChT ham tezlashadi.

Bu kasalliklar qatorida turli yuqumli kollagen kasalliklar, xavfli osmalar kiradi. Eritrotsitlarning cho'kish tezligi patologik holatning faolligini ko'rsatuvchi kattalik hisoblanadi. Ko'p yillardan beri EChTni aniqlashda Panchenkov asbobidan foydalanilmoqda.

Bu asbob shtativ va kengligi 1 mm li 100 ta bo'limli shisha naychalardan iborat. Shisha naychani 50 deb belgilangan bo'limigacha 5 % li natriy tsitrat eritmasidan tortib olinib, uni soat oynasiga tushiriladi. Bemor barmog'idan yana 2 marta naychani 100 bolimigacha qon tortib olinib, uni ham soat oynasidagi reaktiv bilan aralashtiriladi va yana naychani 100 bo'limigacha to'ldiriladi. To'ldirilgan shisha naychani shtativga aniq vertikal holatda o'rnatiladi va 1 soatdan keyin qon ustunchasining qancha mm ga kamayganligi aniqlanadi.

Test savollari

1. Anemiya qanday kasallik?

- a) Qon hajm birligidagi gemoglobin, eritrositlar soni kamayishi
- b) Qon yaratish organlari - rining limfoid giperplaziyasi
- c) Limfoid apparatning reaktiv giperplaziyasi
- d) Qon ivishining keskin sussayib qolishi

2. Ayollar qon zardobida, temir yetishmasligi olib keladi:

- a) Normaxrom anemiyaga
- b) Giperxrom anemiyaga
- c) Gipoxrom anemiyaga
- d) Rang ko'rsatkichi ahamiyatsiz

3. Fiziologik holatda eritrotsitlar hayotining davomiyligi:

- a) 120 kun
- b) 60-80 kun
- c) 80-100 kun
- d) 100-110 kun

6. Koilonixiya bu?

- a) Ko'ndalang tirnoq yo'qolishi
- b) Tirnoq egilib qoshiqsimon bo'lishi
- c) Soat oynasiga o'xshash qavariq tirnoqlar
- d) Sinuvchan tirnoq

7. Quyidagilardan qaysi biri o'smirlarda TTAg sabab bo'la olmaydi

- a) Nutritiv yetishmovchilik
- b) Menzida ko'p qon yo'qotish
- c) Temirning ko'p sarf bo'lishi
- d) Homiladorlik

8. Leykopeniya nima?

- a) Leykotsitlar nisbatining o'zgarishi
- b) Leykotsitlar sonining kamayishi
- c) Leykotsitlar miqdori o'zgarishi
- d) Leykotsitlar sifatining o'zgarishi

9. Leykotsitlar normal miqdori...

- a) $9-8 \cdot 10^9$
- b) $2-3 \cdot 10^9$
- c) $4-9 \cdot 10^9$
- d) $6-7 \cdot 10^9$

10. Leykotsit nima?

- a) Leykotsitlar absolyut miqdori
- b) Leykotsitlar sonini kamayishi
- c) Leykotsitlar funksiyasining o'zgarishi
- d) Leykotsitlar sonining ko'payishi

11. Mikrotsitlar quyidagi hollarda paydo bo'ladi

- a) Gemolitik anemiya
- b) Vit B12 defitsitli anemiya
- c) Temir defitsitli anemiya
- d) Gipoplastik anemiya

12. Qonda meyorda leykotsitlar soni qancha?

- a) $20 \cdot 10^9 - 25 \cdot 10^9$
- c) 4-9 mln

b) $6 \times 10^9 - 12 \times 10^9$

d) 4– 9 ming

13. O'smirlarda ko'pincha temir tanqisligi anemiyasi sababi ...

a) Gelmintozlar

c) Polimenoragiya

b) Alimentar omil

d) Homiladorliklar

14. Ovqat tarkibidagi temirning maksimal so'rilish miqdori:

a) 4,5 mg/sutka

c) 2,5 mg/sutka

b) 1,5 mg/sutka

d) 3,5 mg/sutka

17. Postgemoragik anemiyalar sababi nima?

a) Qon hosil bo'lishi buzilishi natijasida namoyon bo'ladi

b) Qon yo'qotish natijasida paydo o'ladi

c) Qon ortiqcha parchalanishi natijasida paydo bo'ladi

d) Temir yetishmasligi va gemoglobin yetishmasligi

18. Qaysi kasallikda sochlarning mo'rtligi va tez tushib ketishi kuzatiladi?

a) Bazedov kasalligida

c) Sifilida

b) Kamqonlikda

d) Miksidemada

19. Qaysi maxsulotdan temir yaxshi o'zlashtiriladi:

a) Baliq

c) Mayiz

b) Jigar, buzoq go'shti

d) Olma

20. Qaysi preparatda temir moddasi ko'p:

a) Ferro-gradumet

c) Aloe siropi temir bilan

b) Tiklangan temir

d) Ferramid

21. Qon yaratish organiga kiradi?

a) Ko'mik, taloq, jigar, limfa tuguni

c) O'pka-yurak

b) Jigar va oshqozon

d) Limfa tuguni, yurak, jigar

23. Qonning shakliy elementlariga kiradi?

a) Tsilindr, epiteliy hujayralari

c) Eritrotsit, trombosit, leykotsit

b) Oqsil, uglevod, yog'lar

d) Kristallar, eozinofillar, tuzlar

24. Rang ko'rsatkichi tus hunchasi:

a) Qonda eritrotsitlar miqdori oshgan

c) Qondagi gemoglobin miqdori kamaygan

b) Qondagi gemoglobin miqdori oshganda

d) Eritrotsitlarni gemoglobin bilan to'yinish darajasi

25. Sarg'ish tusli rangpar teri xarakterli:

a) B12- foliydefitsit anemiyada

c) Xlorozda

b) Yurakning aortal parogida

d) Leykozda

27. Sochlar o'sishining buzulishi ko'pincha qaysi a'zo kasalligida ko'proq uchraydi

a) Qon

c) Jinsiy

b) Yurak

d) O'pka

28. Temir tanqis anemiya (TTA) birinchi bo'lib kim tomonidan yozilgan

a) Goshe

c) Addison

b) Minkovskiy

d) Lang

29. TTA ni davolashda quyidagi preparatlar qo'llaniladi, bittadan tashqari:

a) Gemofen

c) Jektofer

b) Konferon

d) Ferro-gradument

30. TTA ni davolashda quyidagilarga rioya qilinadi, bittadan tashqari:

a) Dozasining yetarli bo'lishi

c) Temir preparatlarini Vit S bilan birga berish

b) Davo kursini takrorlash

d) Temir preparatlarini vena ichiga yuborish

31. TTA uchun qaysi eng ko'p xarakterli hisoblanadi:

a) Gipersplenizm

c) Yuqoridagilarning hammasi

b) Sideropenik sindrom

d) Teri qoplamlari va skleraning oqish rangdaligi

32. TTAni davolashda quyidagi preparatlar qo'llaniladi bittasidan tashqari:

- a) Kofein
- b) Jektofer
- c) Ferro-gradumet
- d) Tardiferon

33. Temir moddasi ingibitorini ko'rsating

- a) Baliq
- b) Go'sht
- c) Choy
- d) Tuxum

34. Temir tanqisligi anemiyasi kelib chiqishiga sabab bo'la olmaydi

- a) Choy
- b) Sut
- c) Kofe
- d) Go'sht

35. Temirga boy mahsulotlarga nimalar kiradi?

- a) Jigar, go'sht
- b) Sut, kakao, sarimsoq, qora qahva
- c) Asal, meva, kartoshka
- d) Mevalar va sabzavotlar

36. Temir defitsit anemiya hamma anemiyalarning:

- a) 50-60%
- b) 70-80%
- c) 80-95%
- d) 90% ni tashkil qiladi

37. Temir defitsit anemiyaga ko'proq xarakterli:

- a) Suyaklarda og'riqlar bo'lishi
- b) Gemorragik sindrom
- c) Sideropenik sindrom
- d) Geptosplenomegaliya

39. Temir preparatlari bilan davolash kursi qancha:

- a) 1 oy
- b) 10 kun
- c) 2 hafta
- d) 4 haftadan kam

40. Temir preparatlarini qabul qilganda uchramaydi :

- a) Ishtaha kuchayishi
- b) Qusish, ich ketish
- c) Allergik reaksiyalar
- d) Qorinda ogriq, axlat qorayishi

41. Temirning asosiy manbaini toping:

- a) Tuxum
- b) Olma
- c) Sut
- d) Go'sht

42. Temir qaysi oziq ovqat mahsulotlariga ko'p:

- a) Olma
- b) Go'sht
- c) Anjir
- d) Tuxum

43. O'tkir va surunkali infeksiyalar natijasida kelib chiqqan anemiyalarga qaysi dorilar qo'llaniladi:

- a) Kam miqdorda qon quyish
- b) Antibiotiklar
- c) Vitaminlar
- d) Temir preparatlari

Qon yaratish tizimiga oid masalalar

2 masala

Maktab bolalari davriy tibbiy ko'rik o'tkazilayotgan vaqtda, o'qituvchi o'z o'quvchisi doimo bo'r iste'mol qilib turishini, shu bilan birgalikda ba'zan kesak iste'mol qilishini aytdi, qiz bola 14 yoshda, shifokor tomonidan anamnez yig'ilganida 10 yoshdan hayz sikli (menstruatsiya) boshlangan va 7-8 kun davom etishini aytdi. Bemor sochi sinuvchan, quruq, oqiz burchagi yorilgan, qiz bolaning aytishi bo'yicha sochi to'kiladi. Qoni tekshirilganida rang ko'rsatkichi 0,65 (gipoxrom) ligi va eritrotsitlar soni 3,2 mln (kam) ligi aniqlandi.

Bemorga qanday tashxis qo'yasiz?

Kasallikning klassifikatsiyasini aytib bering (rang ko'rsatkichi va morfologik va h. k. bo'yicha).

Bemor shikoyatlarini sanab o'ring.

Bemor qonidagi o'zgarishlarni aytib bering.

4 masala

Ayol 21 yosh, homiladorlik 30 hafta, ayollar maslahatgohiga kelganda uni shikoyatlarini eshitib, shifokor tomonidan sub'ektiv tekshiruvda ko'z oldi qorong'ulashishi, bosh aylanishi va ob'ektiv teri rangpar, tirnoqlari ichkariga botgan va yupqalashganligi aniqlandi. Bemor qonida

eritrotsitlar 2,8 mln va gemoglobin miqdori 64 g/l (kam) ligini hamda yurak qon tomir tizimida yurak urish tezligi 104 zarb/min hamda yumshoq sistolik shovqin yurak cho'qqisida V qovurg'a orasida eshitiladi.

Bemorning taxminiy tashxisini ayting.

Bemor shikoyatlarini sanab o'ting.

Bemorni ob'ektiv tekshirishda qanday o'zgarish ko'rishimiz mumkin.

Yurak qon tomir tizimidagi o'zgarishlarni aytib bering

Bemorning qonidagi bo'lishi mumkin bo'lgan o'zgarishlarni aytib bering.

5 masala

Simob, qo'rg'oshin, fosfor ishlab chiqarish zavodida ishlovchi ishchilar 300 buyruk asosida 500 kishi davriy tibbiy ko'rikdan o'tkazildi. Tibbiy ko'rik o'tkazilganlardan 15 kishining qonida rang ko'rsatkichi (0,69) pastligi, gemoglobin miqdori 70 g/l hamda eritrotsitlar soni 3,3 mln (kamligi), har xil shaklli va har xil razmerli (anizotsitoz, paykilotsitoz) eritrotsitlar borligi, mikrotsitoz ya'ni eritrotsitlarning o'rtacha razmeri kichrayganligi, nisbiy monotsitoz, limfotsitoz, eozinopeniya borligi aniqlandi.

Bu bemorlarga qanday taxminiy tashxis qo'yasiz?

Bu bemorlar shikoyatlarini aytib bering.

Ko'zdan kechirilganda qanday o'zgarishlar ko'rishimiz mumkin?

Qanday instrumental tekshiruvlar olib borgan maqul va qanday o'zgarishlar kuzatiladi?

7 masala

Bemor 57 yoshda, jinsi ayol. Shifokor qabuliga kelganda quyidagilarga shikoyat qildi, holsizlik, yurak urishi, ko'ngil aynishi, hansirash, ish qobiliyatining pasayishi, ishtahaning yomonlashishi, tilining kuyishi, achishish, ba'zan ichining suyuq yoki kabziyat bilan o'tishi, uyquning yomonlashishi bezovta qilib turishini takidladi. Bemor tekshirilganda yurishning buzilishi, oyoq'larda spastik paralich, tizza reflekslari yo'qolgan, terisida anesteziya va paresteziya kuzatiladi shular bilan birga siydik qopi va to'q'ri ichak faoliyatida buzilish borligi aniqlandi. Bemor qoni tekshirilganda megaloblast hujayralar borligi va rang ko'rsatkichi giperxromligi aniqlandi.

Bemorga qanday taxminiy tashxis qo'yasiz?

Ob'ektiv tekshirganda qanday o'zgarishlar ko'ramiz?

Bemordagi perkutor o'zgarishlarni ayting.

Laborator o'zgarishlarni aytib bering.

16 masala

Davriy tibbiy ko'rik vaqtida shifokor bemor terisi va ko'rinib turgan shilliq qavatlar rangi oqimtirligini hisobga olib, bemordan sub'ektiv bosh aylanishi, ko'z oldi qorong'ulashishi kabi ma'lumotlarni to'plab, instrumental FGDS 12 barmoqli ichak devorida destruksiya borligini ya'ni bemorda 12 barmoqli ichak yarasi borligini inobatga olib laborator qon tahlillari o'tkazdi. Qonda gemoglobin va eritrotsitlar miqdori kamligi aniqlandi hamda najasi melena rangidaligi aniqlandi.

Bemorga taxminiy tashxis qo'ying.

Bemor shikoyatlarini aytib bering.

Bemorni ob'ektiv tekshirganda qanday o'zgarishlar ko'ramiz.

Organizning kompensator mexanizmlarini tushuntirib bering.

Assesment 1

Test	Vaziyatli masala
28. Temir mikroelementi so'rilishiga tasir qiluvchi oziq ovqat maxsulotlari; A) Jigar; B) Kakao; C) Buzoq go'shti; D) Qora qahva; E) Go'sht; J) Qorachoy va sut; Z) Kisel;	1 masala Bemor 25 yoshda, kasaixonaga tushganda shifokor tomonidan ko'zdan kechirildi va quyidagi o'zgarishlar ko'zga tashlandi. Teri

<p>D) Qora mol go'shti; A) B-D-J-Z B) B-C-D-I C) A-C-E-Z D) C-D-E-I 16. Pica chloroticaga xos simptom nima: A) Teri quruqligi B) Tirnoqlar deformatsiyasi C) Disfagiya D) Noxush hidlarni yoqtirish</p>	<p>qoplami quruq va ko'chuvchan, rangpar, shilliq qavatlar oqimtir, tirnoqlari sinuvchan, koylonixiya kuzatiladi, oqiz burchaklari yorilgan, til so'rg'ichlari atrofiyaga uchragan, tishlarida qora dog'lar bor, destruktiviyaga uchragan, alveolyar pioreya kuzatiladi, sochlari to'kiluvchan, quruq va sinuvchan. Qonda rang ko'rsatkichi 0,63 (gipoxromiya). Bemorga qanday tashxis qo'yasiz? Kasallikni etiologik omillarini sanab o'ting. Bemor shikoyatlarini sanab o'ting. Yurak-qon tomir tizimidagi o'zgarishlarni aytib bering. Qondagi makroskopik hamda mikroskopik o'zgarishlarni aytib bering.</p>
<p>Tushuncha tahlil: Vitamin B12 va folat tanqis anemiyasining rivojlanish mexanizmi</p>	<p>Amaliy ko'nikma Gemoglobin miqdorini aniqlash texnikasi.</p>

Assesment 2

<p>Test 19. Qaysi oziq – ovqat maxsulotlaridan temir organizmga yaxshi o'zlashtiriladi: A) Baliq; B) Jigar; C) Tovuq go'shti; D) Buzoq go'shti; E) Kurka go'shti; J) tuya go'shti; A) A-B B) B-E C) B-D D) D-C 15. Ovqat hazm qilish traktida temir so'riladi: A) Yo'gon ichak B) Oshqozonda C) 12 barmoqli ichak va ingichka ichak yuqori qismida D) Meda va 12 barmoqli ichak</p>	<p>Vaziyatli masala 3 masala Bemor 23 yoshda, jinsi ayol, 28 haftali homilador. Bemorning muammolari holsizlik, bosh aylanishi, ko'z oldi qorong'ulashishi, ish qobiliyatining pasayishi, tez charchash, hansirash, qulog'ida shovqin, badanda chumo li yurishi hissiyoti, teri sezuvchanligini susayishi, tam bilish qobiliyatini yo'qolishi, ko'ngil aynishi, disfagiya bezovta qilishini aytdi va so'rab surishtirilganda kesak va bo'r istemol qilgisi kelishini aytib berdi. Bemorning qoni tekshirilganida qonda rang ko'rsatkichi 0,71 (pasaygan), gemoglobin 85 g/l hamda eritrotsitlar 3,6 mln (ka maygan), har xil shaklli va har xil razmerli (anizotsitoz, paykilotsitoz) eritrotsitlarni borligi aniqlandi, mikro tsitoz ya'ni eritrotsitlarning o'rtacha razmeri kichraygan ligi ma'lum bo'ldi. Sizning taxminiy tashxisingiz qanday? Bemorni ko'zdan kechirganda qanday o'zgarishlar ko'rishimiz mumkin? Yurak-qon tomir tizimida qanday o'zgarishlar ko'rishimiz mumki?</p>
<p>Tushuncha tahlil: Limfagranulematoz kasalligiga izoh bering</p>	<p>Amaliy ko'nikma Eritrotsitlar sonini aniqlash.</p>

Assesment 3

<p>Test</p>	<p>Vaziyatli masala</p>
--------------------	--------------------------------

<p>21. Qon yaratish organiga kiradi? A) Suyak ko'migi, limfa tuguni, o'pka; B) Taloq, jigar, suyak ko'migi; C) jigar, suyak ko'migi, yurak; D) Taloq, jigar, limfa tuguni; E) limfa tuguni, yurak, jigar;</p> <p>A) B-D B) A-B C) B-E D) B-C</p> <p>14. Ovqat tarkibidagi temirning maksimal so'rilish miqdori:</p> <p>A) 4,5 mg/sutka B) 1,5 mg/sutka C) 2,5 mg/sutka D) 3,5 mg/sutka</p>	<p>4 masala</p> <p>Ayol 21 yosh, homiladorlik 30 hafta, ayollar maslahatgohiga kelganda uni shifokor tomonidan sub'ektiv tekshiruvda ko'z oldi qorong'ulashishi, bosh aylanishi va ob'ektiv teri rangpar, tirnoqlari ichkariga botgan va yupqalashganligi aniqlandi. Bemor qonida eritrotsitlar 2,8 mln va gemoglobin miqdori 64 g/l (kam) ligini hamda yurak qon tomir tizimida yurak urish tezligi 104 zarb/min hamda yumshoq sistolik shovqin yurak cho'qqisida V qovurg'a orasida eshitiladi. Bemorning taxminiy tashxisini ayting. Bemorni ob'ektiv tekshirishda qanday o'zgarish ko'rishimiz mumkin. Yurak qon tomir tizimidagi o'zgarishlarni aytib bering Bemorning qonidagi bo'lishi mumkin bo'lgan o'zgarishlarni aytib bering.</p>
<p>Tushuncha tahlil: Surunkali miyeloleykoz haqida tushuncha</p>	<p>Amaliy ko'nikma Leykotsitlar miqdorini aniqlash.</p>

Assesment 4

<p>Test</p> <p>35. Quyidagilarni tartib bilan joylashtiring; 1) Temirga boy mahsulotlarga nimalar kiradi va 2) Qaysi mahsulotlar temir so'rilishini kamaytiradi?</p> <p>A) Jigar; B) Kakao; C) Buzoq go'shti; D) Qora qahva; E) Go'sht; J) Qorachoy va sut; Z) Kisel; I) Qora mol go'shti;</p> <p>A) 1-A-C-E-I va 2-B-D-J-Z B) 1-A-B-C-E va 2-I-D-J-Z C) 1-A-C-J-Z va 2- E-D-J-Z D) 1-A-C-D-I va 2-E-B-Z-J</p> <p>17. Qizarmagan, kattalashgan, og'riqsiz, teri bilan bitishmagan va bir-biriga tutashmagan limfa tugunlari qaysi kasallik uchun xos?</p> <p>A) Eritremiya uchun B) Limfosarkomalar uchun C) Limfagranulematoz kasalligi uchun D) Leykoz kasalligi uchun</p>	<p>Vaziyatli masala</p> <p>26 masala</p> <p>Bemor 47 yoshda, jinsi ayol, shifokor qabuliga kelganda holsizlik, terlash, ish qobiliyatining pasayishi, badanning qichishi, bo'yin sohasi va o'mrov osti sohalarida shish borligi, tana haroratining ko'tarilishiga shikoyat qildi. Limfa tugunidan biopsiya olinganida ko'p yadroli Berezovskiy-Shternberg hujayralari topildi. Bemorning qonida rang ko'rsatkichi 0,67 gipoxromiya, eritrotsitlar 2,5 mln ya'ni anemiya, neytrofil leykotsitoz, eozinofiliya, trombositopeniya va EChT oshganligi aniqlandi (50-70 mm/s). Bemorga taxminiy tashxis qo'ying. Bemor ko'zdan kechirilganda qanday o'zgarishlar ko'ramiz?. Palpator va perkutor o'zgarishlarni aytib bering. Qanday instrumental tekshiruvlar olib boriladi va qanday natija kutish mumkin?</p>
<p>Tushuncha tahlil: Surunkali limfoleykoz haqida tushuncha.</p>	<p>Amaliy ko'nikma Qonni ivish vaqtini aniqlash.</p>

Assesment 5

<p>Test</p> <p>7. Quyidagilarni tartib bilan</p>	<p>Vaziyatli masala</p> <p>10 masala.</p>
--	--

<p>joylashtiring; 1) Temir tanqis anemiyaga xos va 2) Vit. B12 va folat defitsit anemiyaga xos o'zgarishlar; A) Sideropenik sindrom B) Sarg'ish tusli rangpar teri xarakterli; C) Jigarning kattalashuvi; D) Kebot halqalari va Jolli tanachalari; E) Koylonixiya; J) Pica xloratika; Z) Rangpar teri; I) Gipexromiya;</p> <p>A) 1-A- E -J-Z va 2-B-C-D-I B) 1-A-C-E-I va 2-B-D-J-Z C) 1-A-C-J-Z va 2- E-D-J-Z D) 1-A-C-D-I va 2-E-B-Z-J</p> <p>11. Mikrotsitlar quyidagi hollarda paydo bo'ladi</p> <p>A) Gemolitik anemiya B) Vit B12 defitsitli anemiya C) Temir defitsitli anemiya D) Gipoplastik anemiya</p>	<p>Bemor shifokor qabuliga kelganda holsizlik, yurak urishi, ko'ngil aynishi, hansirash, ish qobiliyatining pasayishi, ishtahaning yomonlashishi, tilining achishi (kuyishi) bezovta qilib turishini takidladi. Bemorning oqiz bo'shlig'i ko'zdan kechirilganda tili to'q qizil va yaltiragan, so'rg'ichlari atrofiyaga uchraganligi tufayli yuzasi silliq (atrofik Gunterov glossiti) og'iz shilliq qavatlari va tanglay orqa tomonlari atrofiyaga uchragan, til atrofida og'iz shilliq qavatida yarachalar payda bo'lgan hamda tishlarida karies borligi aniqlandi. Bemor qoni tekshirilganda megalotsit va megaloblast hujayralar borligi aniqlandi. Bemorga qanday taxminiy tashxis qo'yasiz? Kasallik rivojlanish mexanizmini tushuntirib bering. Nerv sistemasidagi o'zgarishlar va ta'sir mexanizmini aytib bering.</p>
<p>Tushuncha tahlil: Irsiy gemolitik anemiya to'g'risida tushuncha.</p>	<p>Amaliy ko'nikma Eritrotsitlar cho'kish tezligini aniqlash.</p>

Assesment 6

<p>Test</p> <p>10. Quyidagilarni tartib bilan joylashtiring; 1) Irsiy gemolitik anemiya va 2 - Ortirilgan gemolitik anemiya; A) Fermentopatiya; B) Membranopetiya; C) Sistemali kasalliklar; D) Infektsiya; E) Gemoglobinopatiya; J) Enzimopatiya; Z) Toksik moddalar; I) Rezus nomutanosiblik;</p> <p>A) 1-A-C-E-I va 2-B-D-J-Z B) 1-A- E -J-Z va 2-B-C-D-I C) 1-A-C-J-Z va 2- E-D-J-Z D) 1-A-B-E-J va 2-C-D-Z-I</p> <p>26. Sideropenik sindrom belgilariga kiradi, bittadan tashqari:</p> <p>A) Teri qoplamlari quruqligi B) Ovqat yutish qiyinlashuvi C) Og'riqli yutinish D) Ovqatni qizilo'ngachga turib qolishi</p>	<p>Vaziyatli masala</p> <p>8 masala</p> <p>Bemor, yoshi ulgaygan, ambulator sharoitida shifokor nevropatolog qabuliga kelganda yurishning buzilishi, oyog'larda spastik paralich, tizza reflekslari yo'qolganligi, terisida anesteziya va paresteziya borligi shular bilan birga siydik qopi va to'qri ichak faoliyatining buzilishi kuzatildi. Bemorning og'iz bo'shlig'i ko'zdan kechirilganda tili to'q qizil va yaltiragan, so'rg'ichlari atrofiyaga uchraganligi tufayli yuzasi silliq (atrofik Gunterov glossiti) oqiz shilliq qavatlari va tanglay orqa tomonlari atrofiyaga uchragan, til atrofida og'iz shilliq qavatida yarachalar paydo bo'lgan hamda tishlarida karies borligi aniqlandi. Qonda Jolli tanachalari va Kebot halqalari aniqlandi. Sizning taxminiy tashxisingiz qanday? Bemor shikoyatlarini sanab o'ting. Qanday instrumental tekshiruvlar olib boriladi va qanday o'zgarishlar kuzatiladi? Laborator o'zgarishlarini aytib bering.</p>
<p>Tushuncha tahlil:</p>	<p>Amaliy ko'nikma</p>

Ortirilgan gemolitik anemiya haqida tushuncha	Rang ko'rsatkichini aniqlash texnikasi
--	---

Assesment 7

<p>Test</p> <p>12. Quyidagilarni tartib bilan joylashtiring; Irsiy gemolitik anemiyada 1. membranopatiya va 2. gemoglobinopatiyaga olib keluvchi sabablarni ko'rsating; A) natriyning hujayra ichiga to'planishi; B) α aminokislotalar zanjiridagi nuqson; C) kaliyning hujayra ichida kamayishi; D) β aminokislotalar zanjiridagi nuqson; E) hujayra ichida suv to'planishi.</p> <p>A) 1-A-C-E va 2-B-D B) 1-A- E -D va 2-B-C- C) 1-A-B-D va 2- C-E D) 1-A-B-E va 2-C-D</p> <p>29. Kattalashgan, og'riqsiz, harakatchan va bir-biriga tutashmagan limfa tugunlari qaysi kasallik uchun xos?</p> <p>A) Osma kasalligi uchun B) Leykoz kasalligi uchun C) Limfagranulematoz kasalligi uchun D) Gematosarkomalar uchun</p>	<p>Vaziyatli masala</p> <p>7 masala</p> <p>Bemor 57 yoshda, jinsi ayol. Shifokor qabuliga kelganda quyidagilarga shikoyat qildi, holsizlik, yurak urishi, ko'ngil aynishi, hansirash, ish qobiliyatining pasayishi, ishtahaning yomonlashishi, tilining kuyishi, achishish, ba'zan ichining suyuq yoki kabziyat bilan o'tishi, uyquning yomonlashishi bezovta qilib turishini takidladi. Bemor tekshirilganda yurishning buzilishi, oyoqlarda spastik paralich, tizza reflekslari yo'qolgan, terisida anesteziya va paresteziya kuzatiladi shular bilan birga siydik qopi va to'q'ri ichak faoliyatida buzilish borligi aniqlandi. Bemor qoni tekshirilganda megaloblast hujayralar borligi va rang ko'rsatkichi giperxromligi aniqlandi. Bemorga qanday taxminiy tashxis qo'yasiz? Ob'ektiv tekshirganda qanday o'zgarishlar ko'ramiz? Bemordagi perkutor o'zgarishlarni ayting. Laborator o'zgarishlarni aytib bering.</p>
<p>Tushuncha tahlil:</p> <p>Leykoz bilan bemorlarni ko'zdan kechirish</p>	<p>Amaliy ko'nikma</p> <p>Taloqni palpatsiya qilish texnikasi</p>

Assesment 8

<p>Test</p> <p>32. Vitamin B12 tanqis va folat kislotasi tanqis anemiyaga xos simptomlarni ko'rsating. A) Pay reflekslarini pasayishi; B) Suyak ko'migi giperplaziyasi; C) Rang ko'rsatkichi giperxromiya; D) Rossolimo patologik reflekslari paydo bo'ladi; E) Terisi rangpar; J) Atrofik Gunter glossiti; Z) Malina rangli til; I) Teri osti yog'kavati atrofiyasi;</p> <p>A) A-C-D-J-Z B) B-C-D-I-Z C) A-C-J-Z -B D) E-D-J-Z-B</p> <p>38. Temirning qaysi valentlik shakli organizm tomonidan yaxshi o'zlashtiriladi:</p> <p>A) Temir oksidi B) 3 valentli C) 1 valentli D) 2 - valentli</p>	<p>Vaziyatli masala</p> <p>23 masala</p> <p>Shifokor qabuliga kelgan bemor ko'zdan kechirildi va kaxeksiyaga uchraganligi, qorinlari shishgan, terisi nam, rangi oqargan, sarg'ish rang tovlanadi, oyoqlarida shish bor, terilarida, teri ostida qon quyilishlar, toshmalar, og'iz bo'shlig'ida, mindalinalarida nekrotik yaralar borligi, gingivit va stomatit borligini, limfa tugunlarni kattalashganligini ko'rishimiz mumkin. Terisida qon talashlar bo'lib, qoni tekshirilganda leykotsitlar soni asosan mielotsitlar, promielotsitlar hisobida ko'payganligi aniqlandi. Bemorga qanday taxminiy tashxis qo'yasiz? Bemor shikoyatlarini sanab o'ting. Palpator va perkutor o'zgarishlarini ayting. Qondagi o'zgarishlarni ayting. Kariologik o'zgarishlarni ayting.</p>
--	---

Tushuncha tahlil: Gemoglobinopatiya haqida tushuncha	Amaliy ko'nikma Taloqni perkussiya qilish texnikasi
--	---

Assesment 9

<p>Test</p> <p>33. Vitamin B₁₂ tanqis va folat kislotasi tanqis anemiyaga meda shirasidagi o'zgarishlarni aniqlang; A) Gastromukoproteinlar bo'lmasligi; B) xlorid kislotasining ko'payishi; C) Pepsinning bo'lmasligi; D) Axloridriya E) Meda shirasida pepsinning ko'payishi; J) Meda shirasida gastromukoproteinlarni ko'payishi; Z) Meda shirasini giposekretsiyasi;</p> <p>A) A-C-Z B) B-C-Z C) A-C-D D) E-D-J</p> <p>8. Kattalashgan, og'riqsiz, harakatchan va bir-biriga tutashib ketgan limfa tugunlari qaysi kasallik uchun xos?</p> <p>A) Osmo kasalligi uchun B) Leykoz kasalligi uchun C) Limfagranulematoz kasalligi uchun D) Gematosarkomalar uchun</p>	<p>Vaziyatli masala</p> <p>25 masala</p> <p>Ambulator qabulga kelgan bemor shifokor tomonidan ko'zdan kechirilganda bemor kaxeksiyaga uchraganligi, qorinlari shishgan, terisi quruq, rangi oqargan, oyoqlarida shish borligi, terilarida, teri ostida qon quyilishlar, toshmalar, og'iz bo'shlig'ida, mindalinalarida nekrotik yaralar borligi, gingivit va stomatit borligini, limfa tugunlarni kattalashganligini ko'rishimiz mumkin. Terisida qon talashlar bo'lib, qoni tekshirilganda leykotsitlar soni haddan tashqari asosan limfotsitlar hisobida ko'payganligi aniqlandi. Shular bilan bir qatorda Botkin-Gumprext soyasi borligi aniqlandi. Bemorga qanday taxminiy tashxis qo'yasiz? Bemor shikoyatlarini sanab o'ting. Palpator va perkutor o'zgarishlarini ayting. Qondagi o'zgarishlarni ayting.</p>
Tushuncha tahlil: Enzimopatiya haqida tushuncha	Amaliy ko'nikma Limfa tugunlarini palpatsiya qilish texnikasi

Assesment 10

<p>Test</p> <p>25. Minkovskiy—Shoffar sferotsitar anemiyasini sabablarini aniqlang; A) natriyning hujayra ichiga to'planishi; B) natriyning hujayra tashqarisiga chiqishi; C) kaliyning hujayra ichida kamayishi; D) kaliyning hujayra ichida to'planishi; E) hujayra ichida suv to'planishi. J) hujayra ichida suv kamayishi;</p> <p>A) A-C-E B) B-C-E C) A-C-D D) D-E-J</p> <p>42. Leykoz kasalligiga xos bo'lgan limfa tugunlarini ajrating?</p> <p>A) Kattalashgan, og'riqli, qizargan va bir-biriga tutashmagan B) Kattalashgan, og'riqsiz, harakatchan, bir-biriga tutashmagan C) Kattalashgan, og'riqsiz, harakatchan va bir-biriga tutashgan D) Qizargan, og'riqli, yiringli, kattalashgan limfa</p>	<p>Vaziyatli masala</p> <p>11 masala</p> <p>Bemor 48 yosh, bir necha yildan buyon revmatoid artrit bilan dispanser nazoratida turadi, gripp bilan kasallangandan so'ng holsizlik, tez charchash, jismoniy zo'riqishda yurak urishi bezovta qiladi. Bemor ko'zdan kechirilganda teri, ko'zi va boshqa shilliq qavatlarni sarg'ayishi, siydik rangining qoramtir tus olishi namoyon bo'ldi. Qondagi eritrotsitlar miqdori 3,2 mln kamligi hamda retikulotsitlar meyorga nisbatan biroz oshganligi aniqlandi. Qonning rang ko'rsatkichi o'zgarmagan. Ushbu kamqonlik anemiyaning qaysi turiga mansub. Kasallik rivojlanish mexanizmini aytib bering. Palpator va perkutor o'zgarishlarni aytib bering.</p>
---	---

tuguni	Bemor qonida, najasida, peshobida bo'ladigan o'zgarishlarni aytib bering.
Tushuncha tahlil: Anemiya haqida tushuncha va uning turlari	Amaliy ko'nikma Qonni bioximik tekshirish texnikasi

Assesment 11

<p>Test</p> <p>40. Irsiy gemolitik anemiyaning enzimopatiya turiga olib keluvchi sabablarni aniqlang; A) Glyukoza-6-fosfatdehidrogenaza yetishmovchiligi; B) Eritrotsitlar tarkibida oksidlovchilrni kamayishi; C) Piruvatkinaza fermenti yetishmovchiligi; D) Glyutation peroxidaza fermenti yetishmasligi; E) Qaytarilgan glyutationning ko'payishi; J) Oksidlangan glyutationni kamayishi; Z) NADF ning NADFH gacha qaytarilishi sekinlashishi; I) Oksidlangan glyutationdan, qaytarilgan (tiklangan) glutationning hosil bo'lishi buziladi.</p> <p>A) A-C-D-Z-I B) A-B-C-E-J C) A-B-D-Z-I D) E-C-D-J-I</p> <p>6. Koylonixiya bu?</p> <p>A) Ko'ndalang tirnoq yo'qolishi B) Tirnoq egilib qoshiqsimon bo'lishi C) Soat oynasiga o'xshash qavariq tirnoqlar D) Egiluvchan tirnoq</p>	<p style="text-align: center;">Vaziyatli masala</p> <p>9 masala</p> <p>Qabulxonada kelgan bemorni shifokor so'rab surishtirib bosh og'rig'i, bosh aylanishi bezovta qilib turishi va ob'ektiv-teri va shilliq qavatlar sarg'ish rangdaligi hamda oq'iz bo'shlig'i ko'zdan kechirilganda tili silliq, to'q qizil rangda, glossit borligi, shular bilan birgalikda instrumental (UTT) jigar va taloq kattalashganligi va laborator qonning rang ko'rsatkichi 1,2, Jolli tanachalari topildi. Bemorda taxminiy tashxis qo'ying. Bemor shikoyatlarini aytib bering. Kasallikning etiologiyasi va patogenezini aytib bering. Bemorni ko'zdan kechirganda qanday o'zgarishlar ko'rishimiz mumkin? Bemorning qonida qanday o'zgarishlar ko'rish mumkin?</p>
<p>Tushuncha tahlil: Membranopatiya haqida tushuncha</p>	<p style="text-align: center;">Amaliy ko'nikma</p> <p>Eritrotsitlar cho'kish tezligini aniqlash texnikasi</p>

Assesment 12

<p>Test</p> <p>36. Irsiy gemolitik anemiyada talassemiyaga bo'ladigan rentgenologik o'zgarishlarni ko'rsating; A) Suyaklarni mo'rt bo'lishi; B) Suyaklarlarda osteoparoz; C) Naysimon suyaklarni kalta bo'lishi; D) Naysimon suyaklarni ingichkalashishi; E) Yassi suyaklarni deformatsiyasi; J) Bosh suyagida cho'tkasimon (tipratikan ignachalari) o'zgarishlar;</p> <p>A) A-C-D B) A-C-E C) A-B-J D) B-D-J</p> <p>4. Gipoplastik anemiya qanday kasallik?</p> <p>A) Vitamin B 12 yetishmasligi anemiyasi</p>	<p style="text-align: center;">Vaziyatli masala</p> <p>6 masala</p> <p>Bemor 24 yoshda, kasalxonada tushganda shifokor tomonidan ko'zdan kechirildi va quyidagi o'zgarishlar borligini aniqladi. Teri qoplami va shilliq qavatlar oq sarg'ish tus olgan, yuzlari shishgan, tili to'q qizil va yaltiragan, so'rg'ichlari atrofiyaga uchraganligi tufayli yuzasi silliq (atrofik Gunterov glossiti) oqiz shilliq qavatlar va tanglay orqa tomonlari atrofiyaga uchragan, til atrofiga oq'iz shilliq qavatida yarachalar paydo bo'lgan hamda tishlarida karies borligi aniqlandi. Qonning rang ko'rsatkichi (1,1) giperxromiya va Jolli tanachalari, Kebot halqalari borligi aniqlandi. Bemorga qanday taxminiy tashxis qo'yasiz? Kasallikni etiollogik omillarini sanab o'ting.</p>
---	--

<p>B) Temir yetishmasligi natijasida paydo bo'ladi C) Ko'mik faoliyati sussayib qolganligiga aloqador anemiya D) Eritrotsitlar kamayishi natijasida paydo bo'ladi</p>	<p>Kasallik patogenezini aytib bering. Qondagi o'zgarishlarni aytib bering.</p>
<p>Tushuncha tahlil: Surunkali postgemoragik anemiyada qondagi o'zgarish.</p>	<p>Amaliy ko'nikma Leykotsitlar sonini aniqlash texnikasi</p>

Assesment 13

<p>Test 23. Gipoplastik va aplastik anemiyaning etiologik omillarini aniqlang; A) Qon yo'qotish; B) Qonni parchalanishi; C) Radiatsion nurlanish; D) suyak ko'migiga qarshi antitana; E) Temir va vit B12 yetishmovchiligi; J) Suyak ko'migiga benzol, trinitrotoluol, tetraetils vinetsning tasiri; A) A-C-D B) C-D-J C) A-B-J D) A-C-E 5. Qoshiqsimon tirnoqlar quyidagi kasallikda uchraydi: A) Leykoz B) Qalqonsimon bez giperfunksiyasi C) B1 vitamin yetishmovchiligi D) Temir yetishmovchiligi natijasida kelib chiqqan anemiyasida</p>	<p>Vaziyatli masala 15 masala Bemor shifokor qabuliga kelganda doimiy bosh aylanishi, holsizlik ish qobiliyatini pasayishi, subfebril temperatura bezovta qilishini takidladi, shifokor bemorni ko'zdan kechirganda terisi va ko'rinib turgan shilliq qavatlari sariq rangdaligini ko'rib, qon tahlilini tekshirdi va qonda gemoglobin sintezi buzilganligini hamda eritrotsitlarning shakli o'zgartirgan ya'ni o'roqsimon shakldaligi aniqladi. Bemorning taxminiy tashxisini aniqlang. Bosh suyagidagi hamda undagi rentgenologik o'zgarishlarni aytib bering. Bu kamqonlikning qaysi turiga mansubligini aytib bering. Qon kasalliklarining klassifikatsiyasini aytib bering.</p>
<p>Tushuncha tahlil: Sideropenik sindromga izoh bering</p>	<p>Amaliy ko'nikma Qondagi gemoglobin miqdorini aniqlash texnikasi</p>

Assesment 14

<p>Test 20. Quyidagilarni tartib bilan joylashtiring; Temir tanqis anemiyasida 1. sideropenik sindromlar va 2. koylonixiyaga xos belgilar. A) Disfagiya; B) Sochlarni sinishi; C) yupqalashgan tirnoq; D) Terini quruqlashishi; E) Til silliq, yaltiroq; J) Tirnoqlar sinuvchan; I) Qoshiqsimon tirnoqlar; Z) Yassilashgan tirnoqlar; A) 1-A- E -J-Z va 2-B-C-D-I B) 1-A-C-D-E va 2-B-J-I-Z C) 1- A-B- D - E va 2- C-J-I-Z D) 1- A-C-J- I va 2- A-E-D-J 27. Limfagranule matoz kasalligiga xos bo'lgan limfa tugunlarini ajrating?</p>	<p>Vaziyatli masala 14 masala Bemor jinsi ayol, 36 yoshda, shifokor qabuliga kelganda doimo teri qoplami va ko'rinib turgan shilliq qavatlari rangining sarg'ayganligi tufayli maslahat olish uchun keldi. Shifokor sub'ektiv holsizlik, bosh aylanishi va ob'ektiv teri rangi sarg'ayganligi, laborator tekshiruvlar olib borganda eritrotsitlar soni 3,0 mln gacha kamayganligi, so'ng qonda glyukoza- 6 – fosfatdehidrogenaza fermenti kamligi, siydik rangining qoramtir tus olishi va unda gemosiderinni paydo bo'lganligi, palpatsiyada biroz jigar va ko'proq taloq kattalashganligi aniqlandi.</p>
---	---

<p>A) Kattalashgan, og'riqsiz, harakatchan va bir-biriga tutashmagan</p> <p>B) Kattalashgan, og'riqli, qizargan va bir-biriga tutashmagan</p> <p>C) Kattalashgan, og'riqsiz, harakatchan va bir-biriga tutashgan</p> <p>D) Qizargan, og'riqli, yiringli, kattalashgan limfa tuguni</p>	<p>Bemorga taxminiy tashxis qo'ying.</p> <p>Bu kamqonlikning qaysi turiga mansubligini aytib bering.</p> <p>Kasallik rivojlanish mexanizmini tushuntirib bering.</p> <p>Qon kasalliklarining klassifikatsiyasini aytib bering.</p>
<p>Tushuncha tahlil:</p> <p>Aplastik anemiya haqida tushuncha</p>	<p>Amaliy ko'nikma</p> <p>Taloq palpatsiyasi texnikasi</p>

Assesment 15

<p>Test</p> <p>37. Temir tanqis anemiyasida Pico xloratikaga xos belgilarni ko'rsating. A) Tam bilish qobiliyatini yo'qolishi; B) sochlarning to'kilishi; C) Kesak, bo'r istemol qilish; D) Terining qurishi; E) Kerasin va benzin hidlash; J) Tirnoqlarni yupqalashishi va sinishi;</p> <p>A) A-C-D</p> <p>B) C-D-J</p> <p>C) A-C-E</p> <p>D) A-B-J</p> <p>22. Qonda trombositlarning yetishmasligi uchun xarakterli?</p> <p>A) Verlgof kasalligi</p> <p>B) Gemofiliya</p> <p>C) Leykoz</p> <p>D) Anemiya</p>	<p>Vaziyatli masala</p> <p>13 masala</p> <p>Bemor 14 yoshda, qiz bola, doimo terisi va shilliq qavatlar sarg'ayganligi tufayli ota onasi shifokorga murojaat qildi va kasalxonaga yotqizildi. Kasalxonada tushganda shifokor tomonidan sub'ektiv tekshiruvda doimiy bosh aylanishi hamda ob'ektiv-terisi va shilliq qavatlar sarg'ish rangdaligi va laborator eritrotsitlar 3,1 mln, eritrotsitlar shakli sferotsitar hamda instrumental tekshiruvlarda taloq razmerini kattalashganligi namoyon bo'ldi.</p> <p>Bu kamqonlikning qaysi turiga mansubligini aytib bering?</p> <p>Kasallik rivojlanish mexanizmini tushuntirib bering.</p> <p>Kasallikning (anemiyaning) klassifikatsiyasini aytib bering.</p>
<p>Tushuncha tahlil:</p> <p>Anemiyaning klassifikatsiyasi</p>	<p>Amaliy ko'nikma</p> <p>Taloq perkussiyasi texnikasi</p>

Assesment 16

<p>Test</p> <p>24, Quyidagilarni tartib bilan joylashtiring; 1. Surunkali miyeloleykozga xos va 2. surunkali limfoleykozga xos belgilarni ajrating. A) Kelib chiqishi mielopoez hujayralardan; B) Kariologik tekshirganda Filadelfiya xromasomalari topiladi; C) Kelib chiqishi limfopoez hujayralardan; D) Botkin-Gumprext tanachalari topiladi; E) Yetilgan limfotsitlar qonda ko'payadi; J) Qonda promielotsit, metamielotsit;</p> <p>A) 1-A-C-D va 2-B-J-E</p> <p>B) 1-A- E-J va 2-B-C-D</p> <p>C) 1-C-J-E va 2- A-B-D</p>	<p>Vaziyatli masala</p> <p>12 masala</p> <p>Bemor kasalxonada tushganda uni davolash maqsadida qon quyildi, bu bemor ahvolini yaxshilanishi o'rniga bosh aylanishi yurak urishi, ko'z oldi qorong'ulashishi, ko'z oldida sharpalar uchib yurishi, qulog'ida shovqin, ish qobiliyatining pasayishi kabi simptomlar bezovta qila boshladi va qoni tekshirilganda gemoglobin va eritrotsitlar miqdori ko'payish o'rniga, aksincha kamayganligi aniqlandi.</p> <p>Bemorga qanday taxminiy tashxis qo' yasiz?</p> <p>Kasallikning mexanizmini tushuntirib bering.</p> <p>Kasallikning klassifikatsiyasini aytib bering.</p>
--	---

<p>D) 1-A-B-J va 2-C-D-E</p> <p>31. TTA uchun xarakterli ishonchli simptom hisoblanadi:</p> <p>A) Bosh aylanishi B) Sideropenik sindrom C) Rangpar teri D) Teri qoplamlari va skleraning oqish rangdaligi</p>	
<p>Tushuncha tahlil:</p> <p>Otkir posgemoragik anemiyada auskultativ o'zgarish</p>	<p>Amaliy ko'nikma</p> <p>Limfa tugunlarini palpatsiya qilish texnikasi</p>

Assesment 17

<p>Test</p> <p>1. Temir tanqis anemiyasida sochlarda kuzatiladigan o'zgarishlar?</p> <p>A) Yog'li soch kuzatiladi; B) Sochlarning sinuvchan va uchlari yorilgan C) Sochlarni oqarishi, ingichkalashishi; D) Mo'rt bo'ladi va to'kiladi; E) Sochlarda o'zgarish kuzatilmaydi; J) Quruq va sinuvchanligi kuzatiladi;</p> <p>A) A-D-E-J B) B-C-D-J C) A-C-E-D D) C-D-E-J</p> <p>13. Qonni mikroskopiya qilinganida Jolli tanachalari va Kebot halqalari aniqlandi. Qaysi kasallikka xocligini aniqlang:</p> <p>A) Temir tanqis anemiyasi B) Posgemorragik anemiya C) Aplastik va gipoplastik anemiyada D) Vitamin B12 va folat tanqis anemiyasi</p>	<p>Vaziyatli masala</p> <p>27 masala</p> <p>Shifokor qabuliga kelgan bemorni ko'zdan kechirganda periferik limfa tugunlarini kattalashganligini va ularni bir-biri bilan tutashib ketganligini, badanda qashalgan izlar borligi va badanning ba'zi bir joylari ko'karganligi ko'zga tashlandi. Bemorning limfa tugunidan, suyak ko'migidan olingan surtmalarida ko'p yadroli Berezovski-Shternberg hujayralari topildi.</p> <p>Bemorning taxminiy tashxisini aniqlang. Bemorning shikoyatlarini sanab o'ting. Palpator, perkutor o'zgarishlarni aytib bering</p> <p>Bemorning qonida bo'ladigan o'zgarishlarni aytib bering.</p>
<p>Tushuncha tahlil:</p> <p>Vitamin B12 va folat tanqis anemiyasining rivojlanish mexanizmi</p>	<p>Amaliy ko'nikma</p> <p>Eritrotsitlar sonini aniqlash texnikasi.</p>

Assesment 18

<p>Test</p> <p>18. Quyidagilarni tartib bilan joylashtiring; 1. Limfaadenit va limfagranulematoz uchun xarakterli; A) Kattalashgan og'riqsiz limfa tuguni; B) Kattalashgan og'riqli limfa tuguni C) Kattalashgan og'riqli limfa tuguni, atrofi qizargan; D) Kattalashgan og'riqli limfa tuguni, atrofi qizargan va atrofidagi to'qimalar bilan harakatlanadi; E) Kattalashgan og'riqsiz limfa</p>	<p>Vaziyatli masala</p> <p>24 masala</p> <p>Shifokor qabuliga kelgan bemorni tibbiy ko'rikdan o'tkalayotgan vaqtda bemor o'zini uzoq vaqtdan buyon isitma qilishini va zo'rayib boruvchi holsizlik, tez charchash va terlashini aytib berdi shular bilan birga suyaklarida og'riq bo'lishi va ba'zanda chap qovurg'a ostida noxush holat va og'riq borligiga, limfa tugunlarini kattalashganligiga shikoyat qildi. Shifokor</p>
---	---

<p>tuguni va atrofdagi to'qimalarga bitishmagan; J) Limfa tuguni kattalashgan, harakatda og'riqsiz, bir-biri bilan tutashgan; A) 1-A-D-E va 2- A-C-E B) 1- A-E-B va 2-D-E-J C) 1- B-C-D va 2- A-E-J D) 1-C-D-E va 2-D-E-J 2. Vitamin B12 va folat tanqis anemiyada teri rangi va jigar holati A) Teri oqimtir-sarg'ish va jigar silliq, kattalashgan B) Teri oqimtir va jigar silliq, kattalashmagan C) Teri oqimtir-sarg'ish va jigar silliq, kattalashmagan D) Teri oqimtir va jigar silliq kattalashgan</p>	<p>bemorni obdon ko'zdan kechirib qon tahlili tavsiya etdi va limfotsitlar sonining haddan tashqari ko'payganligi va 90-95% voyaga etgan hujayralar ekanligi aniqlandi hamda Botkin - Gumprext soyasi borligi aniqlandi. Bemorga taxminiy tashxis qo'ying. Bemorni ob'ektiv tekshirganda qanday o'zgarishlar ko'rishimiz mumkin? Palpator va perkutor o'zgarishlar qanday? Qon tahlilida qanday o'zgarishlar ko'ramiz?</p>
<p>Tushuncha tahlil: Limfagranulematoz bilan kasallangan bemorlarni ko'zdan kechirish</p>	<p>Amaliy ko'nikma Leykotsitlar sonini aniqlash texnikasi.</p>

Assesment 19

<p>Test 3. Quyidagilarni tartib bilan joylashtiring; 1. surunkali mieloleykozga va 2. surunkali limfoleykozga xos o'zgarishlar; A) promiefotsit; B) prolimfotsitlar; C) metamielotsit; D) mielotsitlar; E) limfoblastlar; J) filadelfiya xromasomalari; I) Botkin-Gumprext tanachalari; Z) Sezar sindromi; A) 1-A-C-E-I va 2-B-D-J-Z B) 1-A-B-C-E va 2-I-D-J-Z C) 1-A-C-J-Z va 2- E-D-J-Z D) 1-A-C-D-J va 2- B-E -I-Z 9. Sochlarni oqarishi, ingichkalashishi; mo`rt bo`lishi va to`kilishi, quruq va sinuvchanligi anemiyaning qaysi birida kuzatiladi; A) Irsiy gemolitik anemiya B) Ortirilgan gemolitik anemiya C) Temir tanqis anemiyada D) Vitamin B12 va folat tanqis anemiyada</p>	<p>Vaziyatli masala 22 masala Shifokor profilaktik tibbiy ko'rik o'tkazayotgan vaqtda bemor uzoq vaqtdan buyon isitma qilishini va kuchayib (zo'rayib) boruvchi holsizlik, charchash va terlashini aytib berdi, shular bilan birga suyaklarida og'riq bo'lishi va ba'zanda chap qovurg'a ostida noxush holat va og'riq borligiga shikoyat qildi. Bemorda kariologik tekshiruv olib borganda filadelfiya xromasomalari borligi aniqlandi. Bu bemorga qanday taxminiy tashxis qo'yish mumkin? Bemorni ob'ektiv tekshirganda qanday o'zgarishlar ko'rishimiz mumkin? Palpator va perkutor o'zgarishlar qanday? Qaysi instrumental tekshiruvlar olib borgan ma'qul va qanday o'zgarishlar kutish mumkin? Qon tahlilida qanday o'zgarishlar ko'ramiz?</p>
<p>Tushuncha tahlil: Koylonixiyaga izoh bering va qaysi kasallikka uchraydi</p>	<p>Amaliy ko'nikma Gemoglobin miqdorini aniqlash texnikasi.</p>

Assesment 20

<p>Test 18. Anemiyada sochlarda</p>	<p>Vaziyatli masala 21 masala</p>
--	---

<p>kuzatiladigan o'zgarishlar?</p> <p>A) Sochlarni oqarishi, ingichkalashishi; B) Yog'li soch kuzatiladi; C) Mo'rt bo'ladi va to'kiladi; D) Sochlarda o'zgarish kuzatilmaydi; E) Quruq va sinuvchanligi kuzatiladi;</p> <p>A) A-D_E B) B-C-D C) A-C-E D) C-D-E</p> <p>16. Pica chlorotica simptomi nima:</p> <p>A) Qorinda dam bo'lish B) Ishtahaning kuchayishi C) Disfagiya D) Ta'm bilishning buzilishi</p>	<p>Bemor 24 yosh, jinsi ayol, homilador 21 hafta, shifokor akusher - ginekolog qabuliga kelganda ko'zdan kechirildi va terisi rangpar, sarg'ish tovlanadi, terisida qon quyilishlar hamda nekrozga uchragan sohalarni ko'zga tashlandi, og'iz bo'shlig'i va shilliq qavatlarida nekrotik yaralar paydo bo'lishi, yarali nekrotik gingivit, stomatit, angina bo'ladi, limfa tugunlar kattalashganini aniqlandi va RW uchun qon olindi. Jgut simptomi musbatligini ko'rib, bemor qoni tekshirildi va limfoblast hujayralar borligi aniqlandi.</p> <p>Bemorga taxminiy tashxis qo'ying. Bemor shikoyatlarini sanab o'ting. Palpator, perkutor, auskultativ o'zgarishlarni aytib bering.</p>
<p>Tushuncha tahlil: Enzimopatiya kelib chiqish mexanizmi.</p>	<p>Amaliy ko'nikma Eritrotsitlar cho'kish tezligini aniqlash texnikasi.</p>

Qon tizimiga oid masalalar javob variantlari

1-a	10-d	19-b	28-a	37-c
2-c	11-a	20-a	29-b	38-a
3-a	12-d	21-a	30-b	39-d
4-c	13-a	22-a	31-c	40-a
5-d	14-c	23-c	32-a	41-d
6-b	15-c	24-d	33-c	42-b
7-a	16-d	25-a	34-d	43-b
8-b	17-b	26-b	35-a	
9-c	18-b	27-a	36-d	

Nazorat savollari va topshiriqlar

- Qon kasalliklari bilan bemorlarni so'rab surishtirish;
- Qon kasalliklari bilan bemorlarni ob'ektiv tekshirish usullari;
- Anemiya haqida tushuncha va tasnifi;
- Temir tanqisligi kamqonligi, etiologiyasi, patogenezi;
- Vitamin B12 va folat kislotasi yetishmovchiligi kamqonligi, etiologiyasi, patogenezi;
- O'tkir qon ketishidan kelib chiqadigan kamqonlik, uning sabablari;
- Surunkali qon ketishidan kelib chiqadigan kamqonlik, uning sabablari;
- Gemolitik kamqonliklar, etiologiyasi va patogenezi;
- Orttirilgan gemolitik kamqonliklar, uning sabablari;
- Irsiy gemolitik kamqonliklar, uning sabablari;

Mustaqil ish topshiriqlari

Eritrotsitlarni sanash texnikasini o'rganish;
Leykotsitlarni sanash texnikasini o'rganish;
EChT aniqlash texnikasini o'rganish;
Hemoglobinni aniqlash texnikasini o'rganish;
Qon kasalliklari bilan kasallanganlarni instrumental tekshirish

Gemoblastozlar

Qon yaratuvchi azolarning (to'qimalarning) o'sma tabiatli kasalligi bo'lib, ikki guruhga bo'linadi.

A) Suyak ko'migini shikastlanishi bilan kechadigan.

B) Suyak ko'migidan tashqi mahalliy o'sma tabiatli o'sish.

Birinchi guruhga leykozlar va ikkinchi guruhga gematosarkomalar kiradi. Bu ikkala patologik jarayonlar gistogenetik jihatdan bir-biriga o'xshashdir. Leykoz hujayralar suyak ko'migidan tashqarida ham o'choq hosil qilib o'sadi, gematosarkomalar esa, suyak ko'migini shikastlab leykozlar kabi o'zgarishlar bilan namoyon bo'ladi.

Gemoblastozlar quyidagi xususiyatga ega: 1) Qon ishlab chiqaruvchi a'zolari zo'rayib boruvchi giperplaziyasi yani ba'zi hujayralarni ko'payishi proliferatsiyasi bilan kechadi, bunda hujayralar yetilmaydi va morfologik hamda funktsional xususiyatlarini yo'qotadi. 2) Leykoz hujayralarni boshqa sog' hujayralar bilan qo'shib (metaplaziya) ketishi. 3) Har xil to'qima va a'zolarida patologik qon ishlab chiqaruvchi o'choqlarni hosil bo'lishi. Gemoblastozlar har 100000 aholiga 2-3 ta uchrab, terapevtik kasalliklarni 2-3% ni tashkil qiladi.

Ggemoblastozlar tasnifi:

a) Gematosarkomalar

b) Leykozlar

Gematosarkomalar:

Limfagranulematoz va limfomalarga bo'linadi.

Limfomalar: yuqori differentsiatsiyalashgan limfotsitar,

Kam differentsiatsiyalashgan limfotsitar,

Yuqori differentsiatsiyalashgan gistiotsitar,

Differentsiatsiyalashmagan gistiotsitar

Berkitt limfomasi kiradi.

Leykozlar o'tkir va surunkali bo'ladi:

O'tkir leykozlar:

Mieloblast
Limfoblast
Monoblast
Promielotsitar
O'tkir eritromieloz
Differentsiatsiyalashmagan leykoz

Surunkali leykozlar: Surunkali limfoleykoz, Surunkali mieloleykoz, Surunkali monotsitar leykoz, mielom kasalligi, Valdenstrem makroglobulinemiyasi, eritremya, yaxshi sifatli subleykemik mieloz (mielofibroz, osteomieloskleroz) larga bo'linadi.

Etiologik omillari: kasallikni keltirib chiqaruvchi omillarga biologik (DNK tutuvchi viruslar), fizikoviy (radiatsion nurlanishlar), genetik nazariya, kimyoviy kontserogenlar (3,4-benzipiren, metilxolantren va b.q.). Etiologik omillar ta'sirida suyak ko'migi hujayralarining birida xromasom mutatsiya kuzatiladi va bu o'z navbatida ko'payib, blast hujayralar klonini (boshlang'ich) hosil qiladi.

Leykozlar

Avvallari leykozlar leykemiya, deb atalar edi. Leykemiya (oq qonlik) deb, qonda oq qon tanachalari, ayniqsa yetilmagan oq qon tanachalarining soni keskin ko'payib ketadigan patologik formalariga aytiladi. Leykemiyalarni leykotsitozlardan ajratib turadigan eng muhim belgisi oq qon manzarasida yuzaga keladigan sifat xususiyatlaridir: leykemiyalarda, odatda oq qon leykotsitozlardagiga qaraganda ancha ko'proq «yosharishi» kuzatiladi.

Leykemik leykozlardan leykemik reaksiyani farqlay olish kerak. Leykemik reaksiyalar (leykotsitoz) ham ba'zan leykoz hujayralar kabi haddan ziyod oshib ketadi, lekin bu holatda kasallik sababini davolash bularga yaxshi samaralidir va leykotsitoz o'z holatiga qaytadi, shu bilan birga funksional va morfologik xususiyatlarini saqlab qoladi.

Etiologiyasi va patogenezi: 1) leykozlarni yomon sifatli o'smalarga yaqin turadigan patologik jarayon deb qarash; 2) leykozlar asosan qon yaratuvchi to'qimalarga infektsiya, virus tasiri natijasida kelib chiqadi; 3) leykozlar qon yaratishning neyrogumoral o'zgarishlar (buzilishi) tufayli paydo bo'ladi. Sichqonlarda kontserogen moddalar vositasida sarkomalar paydo qilish ustidagi tajribalar leykoz yomon sifatli o'smalarga yaqin turadigan jarayondir, degan fikrning to'g'riligini ko'rsatadi; bunda hayvonlarning bir qismida leykozlar yuzaga keladi.

Tovuqlarda filtrlanuvchi viruslar tufayli yuzaga keladigan leykemiya borligi infeksiyon nazariyani quvvatlaydi. Leykozning paydo bo'lishida ruhiy kechinmalar va endokrin o'zgarishlar ahamiyatga ega ekanligini ko'rsatadigan kuzatuvlar neyrohumoral nazariyaning to'g'riligini ko'rsatadi, bundan tashqari leykozning taloq olib tashlanganidan keyin, boshqa og'ir qon kasalliklari, masalan, agranulotsitozdan keyin paydo bo'la olishi yoki pernitsioz anemiya bilan birga uchray olishi ma'lum. Patologoanatomik jihatdan leykemiyada asosan oq qon elementlarini ishlab chiqaradigan qon yaratuvchi biror to'qimaning sistemali tarzda giperplaziyaga uchrashi ko'riladi. Bu giperplaziya muayyan turdagi (leykotsitar, limfotsitar yoki monotsitar) oq qon tanachalari qaysi to'qimalarda yuzaga keladigan yoki paydo bo'la oladigan bo'lsa, organizmdagi o'sha to'qimalarning hammasiga yoyiladi. Shu bilan birga muayyan tipdagi oq qon tanachalarini fiziologik sharoitlardayoq ishlab chiqaradigan to'qimalarning o'zigina emas, balki, umuman qon yaratish hodisasi bo'lmaydigan, lekin odam organizmining embrional rivojlanish davrida shu hodisa bo'lib turgan to'qimalar yoki bir qadar sodda mezenximal elementlari qon yaratuvchi o'choqlarga aylana oladigan to'qimalar ham bir vaqtning o'zida yoki bir qadar qisqa muddat ichida mana shu jarayonga qo'shiladi. Shu tariqa bir to'qimalarning o'ziga yaqin bo'lgan boshqa to'qimaga aylana olishi metaplaziya deb ataladi. Leykemiya hozir oq qon tanachalarini ishlab chiqaradigan butun hujayra apparatining diffuz ravishda giperplaziyaga uchrashi tufayli kelib chiqadigan kasallikdir, deb tarflanadigan bo'lgani uchun uning nomi o'zgardi. Periferik qonda oq qon tanachalari sonining ko'payib ketishi leykoz belgisidir. Bu belgi mutlaqo bo'lmasligi ham mumkin, holbuki, ba'zi hollarda boshqa bir qancha sabablarga ko'ra kasallikni leykozlar gruppasiga kiritishimiz mumkin.

Qonda oq qon tanachalari sonining ko'p va ozligiga qarab leykozlar bo'ladi: **leykemik, subleykemik, aleykemik**. Periferik qonda leykoz hujayralarning juda ko'payib ketishi bilan birga davom etadigan leykoz leykemik leykoz deb ataladi. Periferik qonda oq qon (leykoz) tanachalari biroz ko'paysa-subleykemik va oq qon tanachalarining (leykoz) soni ko'paymasdan bazan kamayishi bilan o'tadigan leykoz esa, aleykemik leykoz deyiladi.

Qon yaratish to'qimasi sistemalarining o'sib ketishidek hodisa turli elementlarga taluqli bo'lishi mumkin. Bu hodisa pirovard natijada neytrofillar, eozinofillar va bazofillarni ishlab chiqaradigan leykoblastik

yoki mieloid to'qimaga tarqalishi mumkin. Bunday leykozlar mieloleykozlar deb ataladi. Mieloleykozlar leykemik va aleykemik bo'lishi mumkin. Limfotsitlarni ishlab chiqaradigan limfa to'qimaning birgina o'zi o'sib ketishi ham mumkin. Bunday leykozlar limfadenozlar deb ataladi. Ular ham leykemik va aleykemik bo'la oladi. Nihoyat, sistemalar giperplaziyasining monotsitlarni ishlab chiqaradigan retikuloendotelial to'qimalarga yoyiladigan uchinchi xili ham tafovut qilinadi. Bu kasalliklar retikuloendoteliozlar deb ataladi. Ular qonda monotsitlar tipidagi hujayralarning goho ko'p, goho kamroq ortib ketishi bilan birga o'tishi, ba'zida esa, o'sha hujayralar ko'paymagan holda kechishi mumkin.

Leykozlar o'tkir va surunkali leykozlar deb ikkita mustaqil gruppaga bo'linadi. Odatda biz o'tkir kasalliklarning surunkali kasalliklarga yoki ularning o'rtasida turadigan oraliq formalarga o'tishini kuzatar ekanmiz, o'tkir leykozlar o'limga olib boradi va surunkali leykozlarga aylanmaydi.

O'tkir leykozlar

O'tkir leykozlar qon yaratuvchi a'zolarining o'sma tabiatli kasalligi bo'lib, periferik qonda voyaga yetmagan hujayralarni yani blast, II-III qator hujayralarni paydo bo'lishi bilan kechadi. Aksariyat holatlarda o'tkir mieloblast 50-60%, limfoblast 20-30% leykozlar va 10-15% boshqa varianlari uchraydi. O'tkir leykozlar o'zini to'xtovsiz voyaga yetmagan blast hujayralarni ko'payishi (proliferatsiyasi) bilan kechadi va keyinchalik rivojlanishdan (voyaga yetishdan) to'xtaydi hamda boshqa a'zo (organ) larga patologik qon yaratish ochog'i hosil qilishi (metaplaziya) bilan boshqa kasalliklardan ajralib turadi. Asosan erkaklar va ayollar 20-30 yoshlarda kasallanib, 1,5-2-3 oy yashaydilar, yaxshilab davolansa 1-2 ko'pi bilan 5 yil yashaydilar.

O'tkir leykozning boshlanishi o'tkir yuqumli kasalliklarga o'xshab ketib, tana harorati dastlabki kunlardan oq 39-40° gacha ko'tariladi keyin, 1-1,5° ga pasayib, shu raqamlar atrofida turadi. Bemorning umumiy ahvoli og'ir, o'zgargan bo'ladi. Shunisi ham borki, qon yaratuvchi to'qima va qonda o'zgarishlar ertaroq, o'tkir aleykemiya xususida ma'lum bo'lganidek, isitma jarayoni boshlanmasdan oldin ham avj olsa ajab emas. O'tkir leykozlar odatda shiddat bilan o'tadigan va murakkab klinik manzarani beradi. Mieloid to'qima (o'tkir mieloz) yoki limfa sistemasi (o'tkir limfadenoz) reaksiyaga kirishganiga qarab, o'tkir

leykozlar orasidan har xil turlarini ajratsa bo'ladi. O'tkir leykozlarda odatda bevosita retikuloendotelial to'qimaning, shuningdek yanada soddaroq, diferentsiatsiyalanmagan mezenxima elementlarining reaksiyasiga (o'tkir gemotsitoblastoz) bog'liq bo'lgan uchinchi turi ko'p uchraydi. Aksariyat gap mieloid yoki gemotsitoblastik tur ustida boradi. Oq qonni tekshirish o'tkir leykemiyaning ayrim turlarini ajratib olishga imkon beradi. Oq qon tanachalarining umumiy soni 200000, hatto 300000 gacha ko'payishi mumkin, lekin ko'pincha har qalay o'rtacha miqdorda-1 mm³ da 20000-30000 gacha ko'payishi ko'riladi. Ba'zi kasallarda oq qon (leykoz) deyarli mieloid qator hujayralaridan iborat bo'ladi, shunda ham ular orasida mieloblastlar (95% gacha) ustun turadi. Shunday qilib, mieloblastlar bilan yetuk leykotsitlar o'rtasida oraliq formalar ko'pincha bo'lmaydi (hiatus leucaemicus yoki leykemik uzilish). Bunda mieloblastlar ba'zan kichkina bo'ladi (mikromieloblastlar) va limfotsitlarga juda o'xshab ketadi. Mieloblastlarning yadrolari limfotsitlarning yadrolariga nisbatan nozik strukturali xromatin turiga ega, shuningdek 4-6 gacha yadrochasi bo'ladi. Mieloid elementlar naftol va dimetilparafenilendiamin bilan bo'yalganda oksidazaga musbat reaksiya beradi, holbuki limfotsitlar manfiy reaksiya beradi. Hozir aytib o'tilgan fermentga qo'yiladigan reaksiyaning bir qadar diferentsiatsiyalangan mieloid hujayralardagina (promielotsitdan boshlab) ko'rinishini, talaygina mieloblastlar, xususan ularning eng yoshlari esa, oksidazaga, benzidin bilan peroksidazaga musbat reaksiya bermaydi. Modomiki shunday ekan, hujayralarning mieloid qatorga aloqadorligini aniqlash maqsadida olingan oksidazaga (va peroksidazaga) qo'yilgan reaksiyaning faqat musbat chiqishi ahamiyatli, reaksiyaning manfiy chiqishi esa tekshirilayotgan oq qon elementlarining tabiatan ko'mik elementlariga aloqadorligini hali inkor etmaydi.

Gemotsitoblastik o'tkir yoki uncha o'tkir bo'lmagan leykozda qonda diferentsiatsiyalanmagan bir talay yosh qon hujayralari (gemotsitoblastlar) topiladi. Juda kam uchraydigan o'tkir limfadenozda katta limfotsitlar ko'p bo'ladi, bularning eng yoshlari odatda limfoblastlar, deb ataladi. Mieloblastlardagidan farqli o'laroq, ular yadrosidagi xromatin turi ancha dag'al bo'ladi, yadrochalari bo'lmaydi, yadrosi atrofida membrana yorug' zo'rg'a bilinib turadi (perinuklear zona). Ayni vaqtda talaygina oddiy leykotsitlar, shuningdek loviyasimon yadroli limfotsitlar va limfoid tipidagi plazmatik hujayralar ham

uchraydi. O'tkir leykozlarda ko'pchilik hollarda qizil qon tanachalarining soni kun sayin kamayib boradi. Qondagi plastinkalar miqdori ham tez kamayadi. Bemorlar terisi rangpar. Terisi va shilliq pardalarida petexiyalar va qontalashlar paydo bo'ladi. Milklari, tomog'i, burni, ichki organlaridan qon ketish holatlari kuzatiladi. O'tkir leykozlarda taloq, limfa tugunlari va jigarda yuzaga keladigan klinik belgilar uncha bilinmasada, surunkali leykozlarda aniq ko'rinib turadi.

Patologoanatomik tekshirganda terisi va ichki a'zolar kamqon, terisida, tanglayda, og'iz bo'shligida, mindalinalarida va boshqa organlarda nekrotik yaralar, qon quyilishlar ko'rish mumkin. Limfa tugunlari, jigar, taloq kattalashgan gistologik tekshirganda bu a'zolar va suyak ko'migi punktatida blast hujayralar haddan ziyod ko'p bo'ladi.

Klinika. Kasallik birdaniga gektik tipdagi isitma bilan boshlanib, bemorlar ko'p terlash, varaja, holsizlik, suyaklarda og'riqlar bezovta qiladi. Ko'pincha bemorlar tomoqdagi og'riqlarga, og'riq tufayli yutinishning qiyinligi kabi simptomlar bezovta qilib, nekrotik angina deb davolanadilar va ularni qonlari va suyak ko'migidan analiz olib tekshirilganidan keyingina leykoz hujayralar topilib tashxis aniqlanadi. Ko'p miqdorda blast hujayralarini o'lishi yoki parchalanishi munosabati bilan purin moddalar ajralib chiqadi, aynan shularni pirogen ta'siri bemorlarda isitma, ko'p terlash, varaja qilish kabi simptomlar keltirib chiqaradi. Ba'zi bir mualliflar isitmani ikkilamchi infeksiya bilan bog'laydi. Leykoz bilan kasallanganlar immuniteti susaygan bo'ladi, blast hujayralar o'z vazifasini bajara olmaydi. Ba'zan kasallik sekin asta umumiy holsizlik, ish qobiliyatini pasayishi, bosh og'riqlari holsizliklar bilan boshlanib, keyin birdaniga avj olib ketadi va boshqa simptomlar ham qo'shiladi. Suyak ko'migida giperplaziya (metaplaziya) jarayoni kechib anemiya (377-382 bet), trombotsitopeniya vujudga keladi va ularni ham klinik belgilari yuzaga chiqa boshlaydi. Bemorlarning terilarida, markaziy nerv sistemasida, tuxumdon, sut bezi va boshqa azolarida leykemik infiltratlar paydo bo'ladi. Bosh miyada leykemik infiltratsiya hosil bo'lishi bu bemorlarda insult yoki boshqa nevrologik simptomlarni hosil bo'lishiga sabab bo'ladi. Leykemik infiltratlar qaysi azoga paydo bo'lsa, shu azolar kasalliklari simptomatikasi yuzaga chiqadi. Ko'z tubidagi infiltrat ekzoftalmga olib keladi.

Bemorlarni ko'zdan kechirish: kasallik boshlanishidan bemorlar og'ir ahvolda bo'lib, xotirasi o'zida e'mas, terisi va ko'rinib turgan shilliq qavatlar rangpar bo'lib, sariq tovlanadi, terisi nam, teri tarangligi

susaygan, teri osti va ichida qon quyilish izlarini ko'rish mumkin. In'ektsiya qilingan va jgut bog'langan joylarda qon quyilish izlari "jgut simptomi" qoladi. Bemorlar terilarida yotoq yaralar va nekroz o'choqlar paydo bo'ladi. Limfa tugunlari kattalashganligi ko'zga tashlanib turadi. Ko'pincha o'mrov usti, iyak osti limfa tugunlari kattalashadi. Bu limfoblast leykozlar uchun ko'proq xarakterlidir. Mediastinal limfa tugunlari kattalashishi hisobiga yo'tal, hansirash kabi klinik simptomlar bezovta qilib turadi. Mezenterial limfa tugunlari kattalashganda qorin sohasida og'riq paydo bo'ladi.

Og'iz bo'shlig'idagi o'zgarishlar - eng avvalo og'iz bo'shlig'i shilliq qavatida, tanglayda, mindalinalarda nekrotik yaralar paydo bo'ladi. Bu yaralar milklarning leykemik infiltratsiyasidan so'ng rivojlanadi. Og'iz bo'shlig'ida yarali nekrotik gingivit, stomatit, anginalar rivojlanadi. Nekrotik yaralarni boshqa yaralardan farqi shuki, yuzasi kulrang yoki sariq tovlanadi, bu nekrotik yuzalarni ostida qon oquvchi yaralarni ko'ramiz. Bemorlarning og'iz bo'shlig'idan chirigan hid kelib turadi.

Palpatsiya - bemorlar limfa tugunlari kattalashgan, harakatchan, qattiq va og'riqsizdir, bir-biri bilan tutashib ketmagan. **Perkussiya**-jigar, taloq kattalashgan, yurak chegaralari kengaygan. **Auskultatsiya**-anemiya va distrofik o'zgarishlar rivojlanganligi tufayli taxikardiya, yurak uchida sistolik shovqin eshitiladi. Bemorlarda perikardit, plevritning klinikasi rivojlanadi .

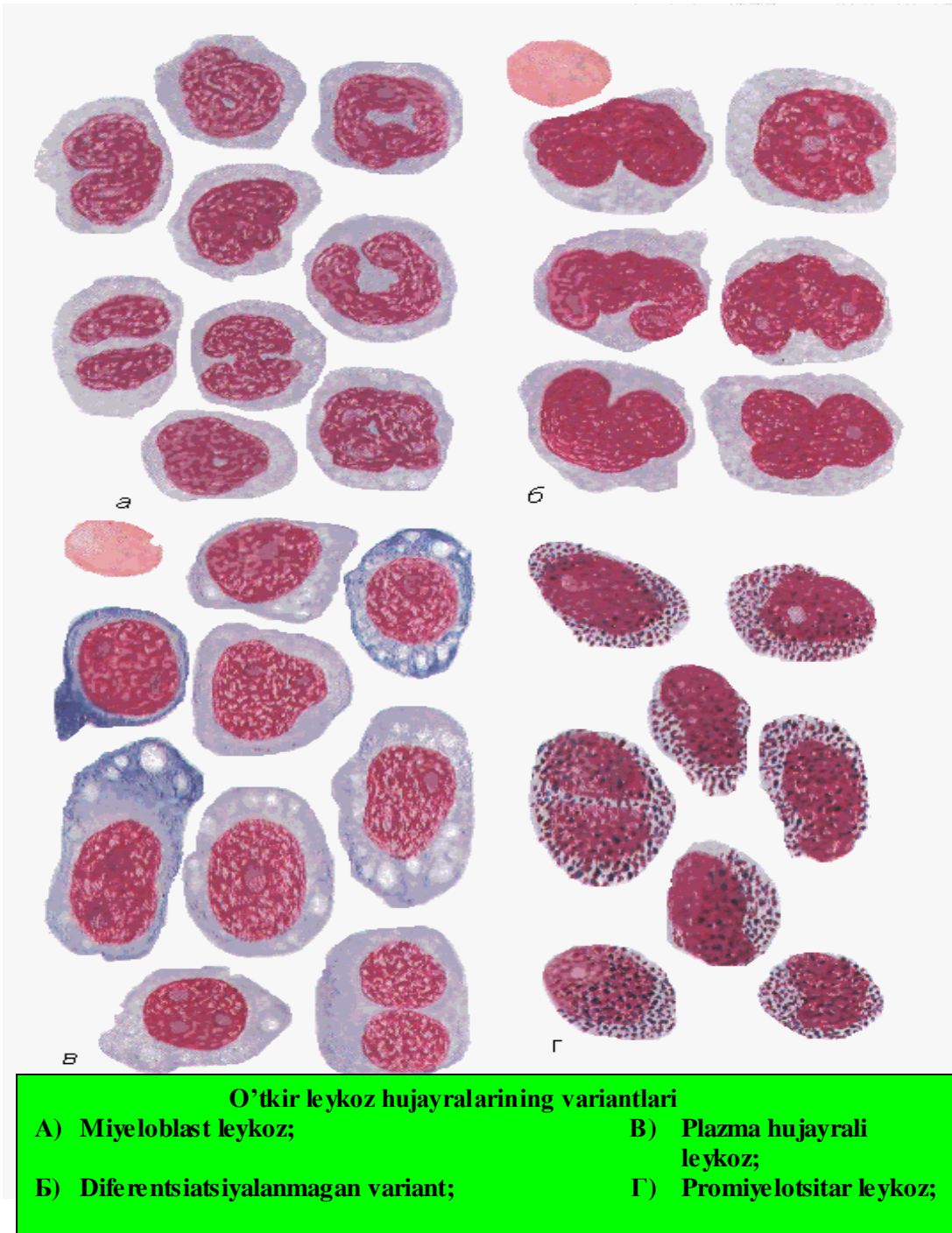
O'tkir leykozlarni differentsiatsiya qilish uchun ko'mikni tekshiriladi. O'tkir mieloblast leykozda promieloblastlar (mieloid elementlar), o'tkir limfoblast leykozda limfoid qator hujayralar punktatda topiladi, holbuki o'tkir limfadenozda limfatik, retikuloendoteliozda-retikuloendotelial elementlar topiladi. Ba'zan bunday vaqtda hammadan yosh hujayralar-gemotsitoblastlar ko'riladi.

Bemorlar qonidagi o'zgarishlar (99 surat) qonda asosan haddan ziyod ($100 \times 10^9/l$, $200 \times 10^9/l$) leykotsitlar soni ortib ketadi, asosan blast hujayralar hisobiga. Blast hujayralar hammasi ham bir-biriga o'xshash bo'ladi, ularni ajratish uchun maxsus tsitoximik reaksiya orqali aniqlanadi. Qaysi hujayralar soni ko'p bo'lsa shu nom bilan ataladi (o'tkir limfoblast, o'tkir mieloblast, o'tkir monoblast va h.k.). Bu hujayralarning yadro va tsitoplazmasida deffekt (nuqson) bo'ladi. Asosan 90-95 ba'zanda 99% gacha blast hujayralar bo'ladi. Ko'pchilik holatlarda bemorlar qonida yosh va yetuk hujayralar bo'lib, oraliq

shakllari bo'lmayda, buni leykemik o'pirilish deb ataladi. Eozinofillar, bazofillar bo'lmayda, anemiya, trombositopeniya kuzatiladi. Qonning ivish xususiyati buzilgan bo'ladi, EChT oshadi. Anemiya, trombositopeniyaning sababi leykopoez hujayralarning, eritropoez hujayralar o'rnini egallab olishidir. Suyak ko'migi punktatida 80-90% leykozli blast hujayralar aniqlanadi va qolgan qator hujayralar o'rnini ham egallab olgan bo'ladi (100 surat).

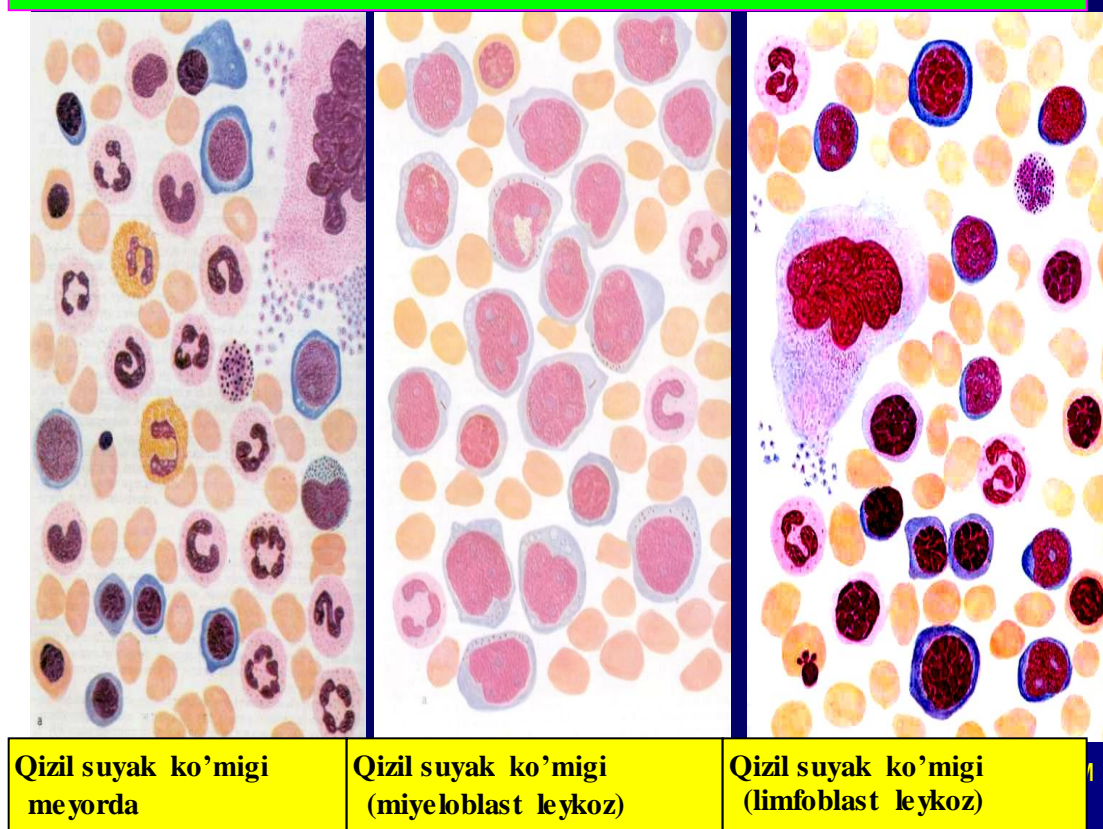
Kechishi-bemorlar ahvoli ogir bo'lib, zo'rayib, og'irlashib boruvchi kasallikdir. Bemorlar asosan birinchi kunlari yoki 1,5- 2 oylarda, vaqtida juda yaxshi davolansa 1-2 hatto 5 yilgacha yashashi mumkin.

Davosi o'tkir leykozlar oqibati yomon, davo faqat vaqtincha naf beradi (gidrokortizon, prednizolon, antibiotiklar, eritrotsitar va leykotsitar massalar quyish). Tsitostatiklar (merkaptopurin, vinkristin, metotrekcat va b.q), gemorragik asoratlari oldini olish uchun (vikasol, kaltsiy xlorid, aminokapron kislota, ditsinon). Hozirgi kunlarda suyak ko'migi transplantatsiyasi yo'lga qo'yish nazarda tutilmoqda. Davolash asosan mutaxassislashgan gematologiya bo'limlarida amalga oshiriladi.



99 surat

O'tkir leykozlar diagnostikasi; Qizil siyak ko'migining differentsial ko'rinishi



100 surat

Surunkali leykozlar

Mieloz; Yaxshi sifatli subleykemik mieloz qon ishlab chiqaruvchi a'zo kasalliklari orasida mustaqil o'sma kasalligi hisoblanadi. Bu kasallikda suyak ko'migida voyaga yetgan hujayralar shaklini ko'rish mumkin (granulotsit, trombotsit, eritrotsit). Suyak ko'migida mieloid hujayralar giperplaziyasi (mieloz), biriktiruvchi to'qima o'sishi (mielofibroz), patologik osteoid hujayralarni o'sma hujayralarga (osteomieloskleroz) o'tishi kuzatiladi. Shuning uchun ham kasallikni birlamchi osteomielofibroz deb yuritiladi, chunki surunkali mieloleykozda, rakning suyak ko'migida metastazi natijasida yuzaga keladi.

Mieloz (myelosis)ning patologoanatomik manzarasi. Ko'mikning leykoblastik to'qimasi hisobiga juda kattalashib ketganligini ko'rsatadi. Ko'mik kulrang-yashil tusga kirib qoladi (yiringsimon «pioid» ko'mik). Taloq bir necha baravar kattalashadi. Taloq follikulalari shu qadar kichik bo'lib qoladiki, ko'zdan kechirilganda bilinmaydigan bo'lib qoladi.

Pulpasi aksincha, juda kattalashib ketadi, unda ko'mikda (mieloid) to'qimasi o'sadi. Mieloid to'qima o'choqchalari jigar, bazan esa limfa tugunlari, buyrak va boshqa organlarni to'ldirib qo'yadi. Ichak shilliq pardalarida bu o'choqchalar ba'zan yemirilib, yara paydo qiladi. Ilikdagi eritroblastik to'qima mieloid to'qima tomonidan siqilib, atrofiyalanadi. **Mielozning klinik manzarasi** leykemik va aleykemik turlarida turlicha bo'ladi.

Asosan yoshi o'tgan odamlar kasallanadilar va yillar davomida hech qanday shikoyat qilmaydilar. Kasallik zo'rayib borishi natijasida holsizlik, terlash, dizkomfort va ovqatlangandan so'ng qorinda noxush holatlar yuzaga keladi, ba'zan boshlang'ich davrida bosh og'rig'i, boshida noxush holat, yuzini qizarishi, terisining qichishi kuzatiladi. Taloqning kattalashib ketishi uning ikkala xiliga ham uchrab barvaqt simptomlari jumlasiga kiradi. Taloq hech qachon mielozdagidan katta bo'lmaydi. Mielozda taloq qorin bo'shlig'ining 2/3 qismini egallab olishi va chanoq suyaklarining qirralariga qadar tushishi mumkin, taloq o'z ustidagi qorin qoplag'ichlarini ko'tarib, ko'pincha ko'zga tashlanib turadi. Paypaslab ko'rilganda qo'lga qattiq va yuzasi silliqdir. Odatda jigar ham kamroq darajada bo'lsada kattalashadi, gepatosplenomegaliya kuzatilib, portal gipertenziya belgilari namoyon bo'ladi. Limfa tugunlari, aksincha, kam va bilinar bilinmas darajada kattalashadi.

Leykemik mielozda qondagi oq qon tanachalari soni juda ko'payib ketadi - 1 mm^3 qonda necha yuz minggacha (va hatto milliongacha) yetadi. Normal oq elementlardan neytrofillar nihoyatda ko'payadi; eozinofillar bilan bazofillar soni ham ko'paygan bo'ladi. Limfotsitlarga kelganda, mielozlarda ularning nisbiy miqdorlari nihoyatda kamayib ketgan bo'ladi; limfotsitlar absolyut miqdorlarga aylantirib hisoblanadigan bo'lsa, normal raqamlar kelib chiqadi. Monotsitlar xususida ham shunday bo'ladi. Oq qon tanachalari orasida mieloid qatorning yetilmay qolgan bir talay shakllari - metamielotsitlar, mielotsitlar, promielotsitlar va mieloblastlarning paydo bo'lishi kasallikning eng muhim belgisi hisoblanadi. Neytrofil mielotsitlar soni ayniqsa ko'p bo'ladi (20-40%), biroq, ba'zan eozinofil mielotsitlar ham, bazofil mielotsitlar ham ancha ko'payadi. Kasallikning surunkali shakllarida mieloblastlar oq qon xujayralarining umumiy miqdoriga nisbatan 1-2% uchraydi, kasallik boshlangan davrlarda bu xujayralar bo'lmasligi mumkin. Qizil qon kasallik boshlangan paytda o'zgarmaydi. Kasallik avjiga chiqqan paytda eritrotsitlar bilan gemoglobin miqdori

kamaya boshlaydi va ogir davrlarida keskin anemiya yuzaga keladi. Qondagi trombotsitlar miqdori avval ko'p bo'lsada gemoragik sindromlar yuzaga keladi, shu tufayli portal va mezenterial tomirlar trombozi kuzatiladi, keyin kamayadi. Periferik qonda ba'zah-ba'zanda megakariotsitlar uchraydi. Ko'pchilik kasallarda isitma ko'tariladi yani remittirlovchi isitma bo'ladi. Leykemik isitma oq qon tanachalarining yoppasiga halok bo'lishi natijasida kelib chiqadi, deb hisoblanadi. Purin asoslari va fosforiga boy bo'lgan leykotsitlarning yemirilishi munosabati bilan, mieloza qon bilan siydikda urat kislotasi va fosforli birikmalar miqdori ko'payib ketadi. Kasallikning oxirgi davrida gemoragik diatez simptomlari yuzaga keladi. Bundan tashqari, ba'zan nekrotik angina paydo bo'ladi, bu angina yuqorida tasvir etilgan allergiyada yuzaga keladigan anginaga o'xshash bo'ladi. Kasallikning keshishi zo'rayib borib, bir yildan o'n yilgacha, o'rtacha to'rt yil cho'ziladi. Kasallikning terminal bosqichlarida isitma, anemiyani kuchayishi, gemorragik sindromni kuchayishi bo'lib, to'qimalarda mieloza, sarkomalarga aylanib ketadi. Aleykemik surunkali mieloza ancha kam uchraydi. Leykemik turidan shu bilan farq qiladiki, bunda qondagi oq qon tanachalari miqdori ko'paymaydi. Ko'mik, taloq va boshqa organ hamda to'qimalarda yuzaga keladigan o'zgarishlar esa, tabiatan mieloid leykemiyada ko'riladigan o'zgarishlar bilan bir xil bo'ladi. Ba'zan faqatgina splenomegaliya kasallikning birdan-bir belgisi bo'lib xizmat qiladi, jigar ham kattalashgan bo'ladi.

Qon manzarasini tekshirib ko'rish diagnoz uchun juda katta ahamiyatga ega. Garchi bu kasallikda oq qon tanachalarining umumiy miqdori ko'paymagan bo'lsada, ularning tarkibi odatda o'zgargan bo'ladi, tipik hollarda ancha ko'p miqdorda mielotsitlar, shuningdek mieloblastlar uchraydi. Punktatda shu elementlar ko'p miqdorda topilsa, ko'mikni tekshirish yoki ma'lum hollarda diagnozga yordam berishi mumkin. Lekin, ba'zan ko'mik shakliy elementlarga kambag'al bo'lib chiqadi, holbuki taloqni punktsiya qilinganda mieloid to'qima o'choqlari topiladi. Bunday hollarda ko'mikda qon yaratilishining kamayishiga javoban vikar reaksiya tariqasida ekstramedulyar mieloid ochoqlar yuzaga keladi, deb o'ylash mumkin.

Surunkali mieloleykoz

Surunkali mieloleykoz (myeloleulosis chronika) biroz ko'proq uchraydigan leykoz turiga kirib, mielopoez hujayralardan kelib chiqadi.

Bu kasallik uchun suyak ko'migida mielopoez giperplaziya xarakterli va ma'lum rivojlanish bosqichida mieloid hujayralar yetilishdan to'xtaydi, taloq, jigar, limfa tugunlari va boshqa organlarda myeloid metaplaziyasi kuzatiladi. Miyeloid hujayralarni kariologik tekshirganda ko'pincha bir-biriga o'xshash filadelfiya (Ph) xromasomalarini ko'rish mumkin. Surunkali mieloleykozni hamma yoshda uchratish mumkin, ko'pincha 20 -45 yoshlarda. Bu kasallik suyak ko'migining granulotsitar (metamielotsitlar, tayoqcha yadroli, segment yadroli granulotsitlar) hujayralarni ishlab chiqaruvchi qatorni, shuningdek trombotsitar va eritrotsitar kurtakning zararlanishi bilan yuzaga chiqadi. Kasallikning klinik manzarasi uch bosqichda (boshlang'ich, rivojlangan va terminal) kechadi:

Boshlang'ich bosqich yashirin kechadi va simptomatikasi deyarli rivojlanmagan bo'ladi shuning uchun ham kasallik tasodifan qon tekshirilayotgan vaqtda topiladi yoki asosiy belgilar rivojlangan bosqichda kuzatiladi.

Tarqalgan shakli kasallikning klinik belgilarini yuzaga chiqishi bilan namoyon bo'ladi.

Patologik anatomiyasi. Ichki a'zolar rangpar, anemik, taloq kattalashgan, qattiq, ko'proq unda ishemik infarktini ko'rishimiz mumkin. Mikroskopik ko'rilganda uning folikulalari ko'rinmaydi, myeloid hujayralarni diffuz o'sishini ko'rishimiz mumkin. Jigar kattalashgan, jigar kapiliyarlari yo'li bo'ylab myeloid o'sishlarni ko'rishimiz mumkin. Limfa tugunlari biroz kattalashadi, kesib ko'rilganda kulrang qizil tovlanadi, boshqa organlar qatori myeloid hujayralarni ko'rish mumkin. Suyak ko'migi to'q qizil yoki kulrang qizg'ish tovlanadi, naysimon suyaklarda sariq suyak ko'migini leykoz hijayralar siqib qo'yadi. Qizil suyak ko'migini asosan miyeloid elementlar tashkil qiladi, bular qancha ko'p bo'lsa shuncha diferentsiallashtirilmagan elementlar bo'ladi.

Klinikasi. Bemorlar umumiy darmonsizlik, chap qovurg'a ostida og'irlik va og'riq sezish, ko'p terlash, subfebril isitma ba'zan 37,5-39 C°, tez charchash, milklarning qonab turishidan shikoyat qiladilar. Tekshirib ko'rilganda taloqning anchagina kattalashganligi (taloq ham suyak ko'migi singari mieloid metaplaziyaga uchraydi) va juda kattalashib chanoqqacha tushadi: ko'ndalangiga 40 sm gacha, og'irligi 7 kg gacha yetadi, shuning uchun chap qovurg'a ostida taloq kapsulasi cho'zilishi munosabati bilan og'riq va og'irlik sezadilar, bu og'riqlar chap biqin,

chap elkaga beriladi, chuqur nafas olish aktida kuchayadi. Taloqda infarkt rivojlansa og'riq nafas olish aktida kuchayadi. Qorinning kattagina qismini egallaydi, limfa tugunlar ham kattalashadi, teri qoplamlari oqarib ketadi, bemor oriqlaydi. Mieloid to'qima giperplaziyasi tufayli suyaklarda og'riq paydo bo'ladi. Ichki a'zolarida myeloid infiltratlar bo'lishi munosabati bilan hazm trakti tomonidan dispeptik holatlar namoyon bo'ladi, o'pka va plevra infiltrati natijasida yo'tal bo'ladi. Terminal davrda anemiya natijasida hansirash, gipoproteinemik shishlar paydo bo'ladi va trombositopeniya natijasida gemorragik asoratlar yuzaga keladi.

Jigar ham kattalashadi. Leykemik infiltratlar hosil bo'lishi munosabati bilan yurak sohasi og'rishi, aritmiyasi, o'pkada pnevmoniya (ikkilamchi infeksiya tufayli) rivojlanadi. Kasallikning terminal davrida bemorning ahvoli birdaniga yomonlashib, ko'p terlash, tana harorati ko'tarilishi, suyaklar va bo'g'imlarda kuchli og'riq paydo bo'ladi. Bu davrda gemorragik sindrom belgilari namoyon bo'ladi. O'smali o'sish jarayoni suyak ko'migidan tashqarida tarqaladi. Bosh va orqa miya, nerv qobiqlari shikastlanishi munosabati bilan nevrologik simptomlar yuzaga chiqadi. Nerv qobiqlarida leykemik infiltratlar bo'lib, radikulyar og'riqlar paydo bo'ladi. Teri osti infiltratlari kuzatiladi, limfa tugunlarida sarkomali o'sishlar bo'ladi. Shilliq qavatdagi infiltratlar, ulardagi nekrotik yaralarga va qon quyilishlarga olib keladi. Terminal davrda infeksiyon asoratlar rivojlanib bemorlar o'limiga sabab bo'ladi.

Bemorlarda; gemorragik, anemik, infeksiyon, toksik, nevrologik va boshqa sindromlar belgilari yuzaga chiqadi.

Bemorlar ko'zdan kechirilganda uning holatiga baho beriladi va kasallik stadiyalari aniqlanadi. I- bosqich-boshlang'ich, II- bosqich rivojlangan va III- bosqich distrofik. Oxirgi bosqichida bemorlarda kaxektsiya kuzatilib, jigar va taloqning kattalashganligi munosabati bilan qorin kattalashadi. Bemorlar terisi oqimtir yoki yer rangiga tovlanadi, terisi nam, oyoqlarda shish paydo bo'ladi. Bemorlar terisida toshmalar, infiltratlar paydo bo'ladi (101 a va b surat).



a)

101surat

b)

Og'iz bo'shligi ko'zdan kechirilganda og'iz shilliq qavatida gingivitlar, stomatitlar, leykemik infiltratlar tufayli qon quyilishlar, qon ketishlar va nekrozlar, nekrotik anginalar ko'rishimiz mumkin.

Palpatsiyada limfa tugunlarini, taloq va jigarni kattalashganini ko'ramiz, taloq kichik chanoqgacha tushadi. Jigar va taloq qattiqlashgan, taloq nekrozida og'riqli bo'ladi. Bosganda va perkussiya qilinganda suyaklarda og'riq bo'ladi. Taloq va jigar ustidan auskultatsiya o'tkazilganda qorin parda ishqalanish shovqini eshitiladi.

Qon tekshirilganda miyeloid qatordagi leykotsitlarning yetilmagan shakllari, promielotsit, metamielotsit, mielotsitlar topiladi, leykotsitlar miqdori anchagina ko'payadi (leykotsitoz 300-600·10M gacha), to'sh suyagi punktsiya qilinganda mielotsit va promielotsitlarning katta miqdori aniqlanadi. Anemiya, trombositopeniya qayd qilinadi. Kasallik to'lqinsimon, vaqti-vaqti bilan takrorlanib turadigan xuruj va remissiya bilan kechadi.

Surunkali mieloleykozning quyidagi klinik-gematologik turlari farq qilinadi: **leykemik** (leykotsitlar miqdorining anchagina oshganligi va periferik qonda ko'p sonli donador elementlar paydo bo'lishi qayd qilinadi), **subleykemik** (leykotsitlar miqdorining o'rtacha oshishi va qon formulasidagi mielotsitlar va promielotsitlar paydo bo'lgunga qadar siljish bilan), **aleykemik** - osteomielifibroza (leykotsitlar miqdori normal yoki hatto kamaygan va periferik qonda yetilmagan hujayralar yo'q) formalari. Osteomielifibroza to'sh suyagini punktsiya qilish va

punktatni tekshirishning katta ahamiyati bor: Ko'p sonli mieloblastlar va promielotsitlar topiladi (normal suyak ko'migida mieloblastlar miqdori ko'p emas). Qondan surtma qilib ko'rilganda bir-biriga o'xshash xromasomalar filadelfiya xromasomalari kuzatilishi bilan birga 95-97 % granulotsitar qator hujayralarni ko'ramiz. Bular orasida yetuk bo'lmagan mielotsit, promielotsitlar hatto promieloblastlar ko'p, xuruj davrida yosh shakllari haddan tashqari oshib ketadi. Qonda faqat yosh hujayralar - mieloblastlar va kamroq yetuk granulotsitlar - tayoqcha yadroli va segment yadroli, oraliq shakllari uchramaydi (leykemik proval). Bazofillar, eozinofillar surtmada uchrab turadi. Surtmadagi 4-5% bazofillar mieloleykozni tasdiqlaydi. Limfotsitlar, monotsitlar kamayadi 3-0,5% gacha. Leykotsitoz yuqori bo'ladi. Qizil qon tanachalari II-III bosqichda o'zgarib anemiya kuchayadi. Hemoglobin tushib ketadi, rang ko'rsatkichi 0,8 atroflari bo'ladi. Terminal bosqichda anemiya, trombositopeniya va EChT 50-70 mm/s bo'ladi. Surunkali miyeloleykozning atipik turlari ham kuzatiladi: eozinofil miyeloleykoz, periferik qonda asosan atsidofil granulotsitlar bo'lishi (eozinofliya) bilan xarakterlanadi (qariyb 75%) va bazofil miyeloleykoz (periferik qonda bazofillar miqdori ko'p). Eng og'ir asorati - ko'p qon ketishi bilan o'tadigan gemorragik diatez.

Klinik belgilaridan tashqari surunkali miyeloleykoz tashxisini qo'yishda ko'mikda Filadelfiya xromosomasini aniqlash hal qiluvchi o'rin egallaydi.

Davolash. Kasallikning rivojlangan bosqichida o'sma hujayralari miqdorini kamaytirish maqsadida asosan ximio preparatlar bilan davolanadi tsitostatiklardan melosan (mileran, bisulfan) kuniga 2, 4, 6 mg dan beriladi. Leykotsitlar soni $15 \cdot 10^9$ ga yetganda melosan kichik miqdorda haftada 1-3 marta 2 mg dan beriladi. Mielobromol kuniga 250 mg dan, 6-merkaptopurin kuniga 100-150 mg dan beriladi. Ko'rsatilgan dorilar yaxshi natija bermaganda va kasallikning terminal bosqichida poliximioterapiya tayinlanadi (VAMP, SVAMP va b.). Splenektomiya, nur bilan davolash, leykotsitoforez qo'llash mumkin. Infektsion, gemorragik kamqonlik asoratlarini davolash lozim (antibiotiklar, garmonlar, qon oqishini to'xtatuvchi dorilar, qon quyish). Bemorga jismoniy va ruhiy osoyishtalik, yetarlicha antiseptik sharoitlarni yaratish va uni vitaminlarga boy oziq moddalar bilan ovqatlantirish kerak.

Bemorlar doimiy dispanser nazoratida bo'ladilar.

Kasallikning kechishi - kuchayib boruvchi, qisqa muddatli remissiya bilan. Bemorlarni o'rtacha hayot kechirishi 2,5-3 yil, yaxshi davolanib yursa uzog'i bilan 10 yilgacha. O'limga anemiya, ikkilamchi infektsiya va gemoragik asoratlar olib keladi.

Surunkali limfoleykoz

Surunkali limfoleykoz limfoid (immunkompetent) to'qimalarning yengil kechadigan o'sma tabiatli kasalligidir. Surunkali limfoleykoz asosan keksalar kasallanadi va yoshlar orasida kamroq uchraydigan kasallik. O'sma hujayralarining asosiy morfologik substrati voyaga yetgan limfotsitlardir. Bular asosiy qismi ko'p miqdorda limfa tugunlarida, suyak ko'migida, jigar va taloqda o'sadi va shu azolarni limfoid giperplaziyasi bilan kechadi. Bu kasallik yengil kechib, o'smali o'sish belgilari kuzatilmaydi, shuning ushun ham qon yaratuvchi a'zolari yaxshi sifatli o'sma kasalliklari guruhiga kiradi.

Patogenezi. Surunkali limfoleykozda organizmda ko'p miqdorda B limfotsitlar to'planib qoladi va shu bilan ajralib turadi. Limfotsitlarning sonini sekin asta oshishi munosabati bilan limfoid a'zolari, limfa tugunlari, taloqni kattalashganini ko'rishimiz mumkin. Suyak ko'migida normal qon yaratishni izdan chiqarib qo'yadi. Surunkali limfoleykozda B limfotsitlar o'z vazifasini bajara olmaydi, shu munosabat bilan qon zardobida hujayralar yuzasiga immunoglobulinlar miqdori kamayib ketadi. Bularda limfoleykoz bilan kasallangan bemorlarda o'z navbatida antitana (antitelo) hosil bo'lish jarayoni buziladi (susayadi) va yuqumli kasalliklar rivojlanish jarayonlari kabi asoratlar rivojlanishiga olib keladi.

Qon hujayralarini ishlab chiqarish o'rniga (normal taraqqiyot yo'lidan) ko'plab limfotsitlar ishlab chiqish yo'lga o'tadi, shuning uchun ko'mikning limfatik metaplaziyasi rivojlanib, granulotsitar hujayralar o'rnini deyarli butunlay limfotsitar hujayralar egallaydi. Bemorlarda granulotsitopeniya, anemiya va trombositopeniya rivojlanadi. Anemiya bilan bog'liq bo'lgan gipoksiya natijasida yurak, jigar, buyrakda va boshqa ichki a'zolarida distrofik va degenerativ o'zgarishlar yuzaga keladi. Trombositopeniya gemorragik diatezga olib keladi. Kattalashgan limfatik tugunlar (ko'pincha katta xaltalar holida) va to'qimalarning infiltratlari qo'shni a'zolari, nerv yo'llari va tomirlarini qisib qo'yadi.

Patologik anatomiyasi. Kattalashgan qattiq limfa tugunlari aniqlanib, kesilganda ular och kulrang bo'ladi. Gistologik tekshirilganda limfatik tugunlarda, ko'mikda, taloqda, jigar va boshqa ichki a'zolarida limfoid to'qimaning diffuz giperplaziyasi aniqlanadi. Surunkali limfoleykozning leykemik, subleykemik va aleykemik turlari qayd qilinadi.

Klinikasi. Kasallik sekin rivojlanib, klinik simptomlari yaxshi rivojlanmaydi, shuning uchun ham ko'pincha profilaktik ko'rik vaqtlarida yoki tasodifan tekshiruv vaqtida aniqlanadi. Kasallik sekin asta holsizlik, tez charchash, ko'p terlash hamda ozib ketish, subfebril harorat ko'tarilishi, peritraxéal va peribronxial limfa tugunlari kattalashishi hisobiga yo'tal, hansirash bezovta qiladi, yuqori kovak venasi siqilishi natijasida dimlanish belgilari bezovta qiladi.

Bemorlar ko'zdan kechirilganda periferik limfa tugunlari kattalashganini, asosan bo'yin, qo'ltiq osti, o'mrov osti, chov sohasi limfa tugunlari kattalashadi shular bilan birgalikda mediastinal va qorin parda orqasi tugunlari ham kattalashadi. Mediastinal limfa tugunlari kattalashuvi ko'ks oralig'i organlarini qisib qo'yadi va uni simptomlari yuzaga chiqadi, yo'tal, hansirash, yuqori kovak venasi siqilishi natijasida dimlanish belgilari yuzaga keladi. Qorin bo'shlig'i limfa tugunlari kattalashishi natijasida darvoza va ichaklar venalarini qisilishi va ularni belgilari namoyon bo'ladi. Periferik limfa tugunlarini palpatsiya qilinganda yumshoq, teriga va bir-biri bilan tutashmagan, og'riqsiz va harakatchandir. Taloq juda kattalashgan, og'riqsiz va ko'pincha jigar ham kattalashadi. Meda - ichak tizimi trakti tomonidan leykemik infiltrat yuzaga chiqishi munosabati bilan ich suyuq o'tishi kuzatiladi, bu ichaklarda limfa tugunlarini grappa bo'lib kattalashishi munosabati bilan yuzaga chiqadi. Teridagi o'zgarishlar spetsifik va nospetsifik bo'ladi. Surunkali limfoleykozda **nospetsifik o'zgarish** bu terida ekzema, eritrodermiya, pufakchali va psoriatik toshmalardir, **spetsifik o'zgarishlar** bu so'rg'ich va so'rg'ich osti qavatida leykemik infiltratlar (Sezar sindromi) yuzaga keladi. Bu infiltratlar o'choqli va tarqoq bo'lishi mumkin. Gumoral immunitetning susayishi munosabati bilan organizm rezistentligi pasayib tez-tez kasalliklarga chalilib turadilar ayniqsa o'pkasi, siydik ajratish tizimi yallig'lanib turadi va angina abtsess, septik holatlar namoyon bo'ladi.

Surunkali limfoleykozning yaxshi sifatli va yomon sifatli, splenomegalik, suyak ko'migi, teri (sindrom Sezari) va cheklangan limfa

tugunlarni kattalashuvi kabi shakllari mavjud. Yaxshi sifatli shakli limfa tugunlarning tarqoq kattalashuvi, uncha rivojlanmagan gepatosplenomegaliya va qonning leykemik o'zgarishi bilan kechadi. Infektsion asorat va autoimmun buzilishlar kam hollarda kuzatiladi. Bundan tashqari, kasallikning quyidagi atipik kechish turlari kuzatiladi:

1. O'smali. Yomon sifatli shakli yomon kechishi va kattalashgan, qattiq limfa tugunlar hamda konglomerat hosil qilishi, yuqori leykotsitoz, gemopoezning so'nishi va tez-tez infektsion asoratlari bilan kechadi.

2. Splenomegalik shaklida qorin bo'shlig'i limfa tugunlari kattalashishi mumkin va tez hamda kuchayib boruvchi anemiya kuzatiladi.

3. Suyak ko'migi qonning leykemik o'zgarishi, anemiya, trombositopeniya gemorragik sindrom bilan.

4. Teri (sindrom Sezari) terida leykemik infiltrat, eritrodermiya bilan kechadi.

5. Cheklangan limfa tugunlarni mediastinal, qorin, bo'yin va b.q. kattalashuvi bilan kechadi hamda ular simptomatikasi namoyon bo'ladi.

6. Tomoq va burun atrofida o'suvchi diffuz limfatik surunkali limfoleykoz.

7. Oshqozon-ichak variantida limfomatoz o'sishlar oshqozon va ichakning shilliq qavatida bo'lib, dispeptik o'zgarishlar bilan kechadi.

Og'iz bo'shlig'i ko'zdan kechirilganda gingivit, stomatit, nekrotik yaralar og'iz shilliq qavatida, nekrotik anginalar, abscesslar rivojlanadi, septik holat yuzaga chiqadi.

Qondagi o'zgarishlar. Kasallikning leykemik turida katta leykotsitoz (200-300-10⁶ gacha) rivojlanib, ularning 80-90% ini yetilgan limfotsitlar tashkil qiladi, prolimfotsitlar 3-4%, limfoblastlar 1-2% ga teng bo'ladi. Neytrofillar 4-5% ni tashkil qiladi. Kasallik boshida qizil qonda o'zgarishlar yo'q, keyinchalik anemiya rivojlanadi, trombositlar soni kamayadi. Qon surtmasida shikastlangan limfotsitlar - **Botkin-Gumprecht** tanachalari topiladi. Leykemik turida leykotsitlar soni 300-10⁹/l gacha ko'payadi va subleykemik turida leykotsitlar soni 20 (10⁶-30-10⁷/l ga teng, aleykemik turida leykotsitlar soni biroz ko'payadi (6-8-10⁶), kamayishi ham mumkin. To'sh suyagi punktsiya qilinganda ko'mikning limfatik metaplaziyasi aniqlanadi. Ayniqsa, kasallikning aleykemik turida bu tekshirish hal qiluvchi ahamiyatga ega. Chunki periferik qonda o'zgarishlar bo'lmagan holda ko'mikda

limfotsitlar soni 20-30% dan ortiq bo'lib, ba'zi hollarda 60-90% ni tashkil qiladi.

Kasallikning kechishi. Surunkali limfoleykozning kechishi uch bosqichi qayd qilinadi. **Birinchi**, boshlang'ich davri, nisbatan uzoq (ba'zi bir kasallarda 2-3 yil) bo'lib, bemor ahvoli qoniqarli bo'lgan holda limfa tugunlar, taloq va jigarning kattalashganligi, qondagi va ko'mikdagi kasallikka xos o'zgarishlar tasodifan aniqlanadi. **Ikkinchi**, kasallikning zo'rayish davrida limfa tugunlar, jigar va taloq yana ham kattalashib, qondagi o'zgarishlar kuchayib, anemiya va trombositopeniya rivojlanadi, quvatsizlik, tez-tez terlash, haroratning ko'tarilishi qayd qilinib, gemoragik o'zgarishlar kuzatiladi. Autoimmun jarayon rivojlanadi. **Uchinchi** bosqich - terminal bosqich bo'lib, bunda infeksiyaga chidamsizlik rivojlanadi. Kasallikning kechishida kuchayish va remissiya davrlari kuzatiladi. Leykozning bu turida bemor surunkali mieloleykozga nisbatan ish qobiliyatini ko'p yo'qotmaydi. Ammo kasallikning og'ir turlari kuchli anemiya bilan kechib, bemorni 1-2 yil ichida o'limga olib kelishi mumkin.

Tashxisi. Kasallikning klinik belgilari, qondagi, ko'mikdagi o'zgarishlar hal qiluvchi rol o'ynaydi. Surunkali limfoleykoz qiyosiy tashxisi quyidagi kasalliklar bilan qilinadi: infeksiyon kasalliklardagi limfotsitoz (bolalarda), infeksiyon mononukleoz, limfatik tugunlar sili, limfogranulematoz va limfosarkoma bilan qilinadi. Surunkali limfoleykozda leykotsitozni yuqori bo'lishi bilan kechadi. Mutloq va nisbiy limfatsitoz bo'lib, asosan 80-90% yetuk limfotsitlar hisobiga, 5-10 %ni prolimfotsitlar tashkil qiladi. Surunkali limfoleykoz uchun xarakterlisi shuki surtma tayorlayotgan vaqtda bu hujayralar tez parchalanadi va ko'p miqdordagi yarim parchalangan yadro qoldiqlarini ko'rish mumkin-bularni Botkin-Gumprext tanachalari deb yuritiladi. **Oqibati.** Leykozlarning hamma turidagi kabi inson hayoti uchun kasallikning oqibati yomon. Og'ir asoratlardan autoimmun jarayonlar yuzaga chiqadi ya'ni o'zini hujayralariga qarshi antitana ishlab chiqariladi, ko'proq autoimmun gemolitik kamqonliklar yuzaga keladi. Buning klinik ko'rinishlari asosan umumiy ahvolini yomonlashishi, tana harorati oshishi, teri qoplamini yengil sarg'ayishi bilan namoyon bo'ladi. Ba'zan limfoleykoz gematosarkomaga o'tib ketishi mumkin bu vaqtda limfotsitoz neytrofiloz bilan almashinadi va bemorlar ahvoli og'irlashadi.

Davolash. Bemorlarni davolash quyidagi yo'nalishlarda olib boriladi.

1. O'smaning o'sish jarayonini kamaytirish maqsadida ximioterapevtik va tsitostatik (leykeran (xlorambutsil) tsiklofosfan, degranol, fotrini) davo o'tkaziladi.

2. Autoimmun gemolitik anemiyani davolash uchun garmonal dorilar (glyukokortikoidlar) qo'llaniladi, splenektomiya tavsiya qilinadi.

3. Kasallikning infeksiyon asoratlarini davolash maqsadida antibiotiklar beriladi.

4. Tananing himoya kuchlarini oshirish maqsadida retabolil, vitaminlar, γ -globulin buyuriladi.

5. Splenektomiya taloq haddan tashqari kattalashgan va funktsiyasi oshgan bo'lsa bajariladi.

6. Nur bilan davolash-taloq va limfa tugunlarni nurlatish.

Kasallik avj olgan davrda ximioterapiya qo'llaniladi. Xlorambutsil (leykeran) kuniga 10-15 mg dan 4-6 hafta davomida, tsiklofosfan kuniga yoki kunora 200-600 mg dan venaga yoki mushaklar orasiga 4-6 hafta davomida, degranol kun ora 50-75 mg dan venaga 5-10 marta yuboriladi. Garmonlar gemolitik kamqonlik va trombositopeniya paydo bo'lganda tayinlanadi. Kasallik terminal bosqichlarida, og'ir kechganda poliximioterapiya o'tkaziladi. Kattalashgan limfatik tugunlar, taloq nur bilan davolanadi. Leykoforez (bir necha seans) o'tkazish mumkin.

Bashorat (Prognozi) bemorlar davolanib tursalar 20 yillar ba'zanda ko'proq ham yashashlari mumkin. O'lim infeksiyon va gematosarkomaga transformatsiyasi natijasida yuzaga keladi.

Limfagranulematoz (Xodjkin kasalligi)

Limfagranulematoz yomon sifatli limfomalar guruhiga kiruvchi sistemali kasallikdir. Limfa tugunlari, taloq va boshqa to'qimalarni spetsifik o'smali shikastlab qo'yishi bilan ajralib turadi. Gematosarkomalar orasida eng ko'p limfagranulematoz uchraydi. 1832 yilda bu kasallikni birinchi bo'lib Angliyalik shifokor Xodjkin yozib chiqadi. Bu kasallik periferik limfa tugunlari, taloqni kattalashishi va tana haroratini ko'tarilishi hamda bemorlarni ozishi (kaxeksiya) bilan kechadi. Kasallikni boshlanishi bitta limfa tugundan boshlanib, keyinchalik bu boshqa limfa tugunlarni va ichki a'zolarga limfagen hamda gematogen tarqaladi.

Kasallikni kelib chiqishi birlamchi o'choqdan limfagen metaztaz yo'li orqali rivojlanadi. Balkim limfagranulematoz gistotsit o'smalaridandir, bularga xromasom nabori buzilishi kuzatiladi (Melburn xromosomalari).

Patologik anatomiyasi. Limfagranulematozdan o'lgan bemorlarni tekshirilganda kesilgan limfa tuguni kulrang - oq tovlanadi va biriktiruvchi to'qima o'sganligini ko'rish mumkin. Taloq kesilganda tekislangan granitga o'xshab ketadi. Limfa tugunlarida gistologik tekshirganda yirik retikulyar limfa tugunlari proliferatsiyasi, ularga plazmatik hujayralarni bo'lishi, eozinofillar, sklerozga uchragan qismlarni ko'rishimiz mumkin. Limfagranulematozda gigant hujayralar ya'ni Berezovskiy - Shternberg hujayra 1-2-3 yadroli hujayralarni ko'ramiz, bu hujayralar yirik bo'lib giperxromdir. Limfagranulematoz hujayralarning meda, ichak, jigar va boshqa a'zolarga o'sishini ko'rishimiz mumkin.

Kasallikning 4 bosqichi farq qiladi:

I-mahalliy ya'ni 1 yoki 2 limfa tuguni zararlanadi.

II-regionar limfa tugunlarni 2 yoki undan ko'p tugunlar kattalashishi, diafragmaning bir tomoni tugunlari kattalashadi.

III-limfa tugunlarining tarqoq kattalashishi, diafragmaning ikala tomoni tugunlari kattalashadi.

IV-(disseminirlangan) yuqoridagi o'zgarishlar bilan birga, jigarda, plevrada, suyak ko'migida va boshqa ichki a'zolar tugunlari kattalashadi. Har bir bosqich A va B kichik guruhga bo'linadi. A guruhda o'zgarish bo'lmasligi mumkin va B guruhda isitmani 38 C° dan oshishi, teri qichishi, ozish va kechqurungi terlashlar bezovta qiladi.

Klinikasi. Klinikasi kasallikning bosqichlariga bog'liq bo'ladi.

I bosqichda (mahalliy) kasallikning simptomlari yuzaga chiqmasada bir yoki bir necha limfa tugunlari (L/T) kattalashadi. Ko'proq bo'yin va o'mrov usti va osti L/T kattalashadi, konsistentsiyasi qattiq elastik, atrofidagi to'qimalarga va bir-biriga birikmagan, og'riqsiz.

II-bosqichida (regionar) ham simptomatika rivojlanmagan bo'lsada bo'yin, o'mrov usti, qo'ltiq osti L/T kattalashadi va bir-biri bilan tutashadi, atrofidagi to'qimalarga tutashmagan, qattiq konsistentsiyali va konglomeratlar hosil qiladi. 10-15 % bemorlarda umumiy simptomatika yuzaga keladi. Holsizlik, ish qobiliyatini pasayishi, terlash, terisining qichishi, tana harorati ko'tarilishi bezovta qilib turadi. Bronxlar, plevra atrofi L/T kattalashsa bronx va o'pkaga ta'sir qilib quruq yo'tal,

hansirash bezovta qiladi. Bemorlar ko'zdan kechirilganda tsianoz, bo'yinda qo'llarda shish, terida vena tomirlari L/T tomonidan qisilishi natijasida kengayadi.

III-bosqichda (tarqoq) asosan ko'proq terisining qichishi, tana haroratini oshishi hatto 2-3 hafta davom etadi. Taloqning kattalashishi hamma vaqt ham kuzatilmaydi. Periferik L/T va ichki a'zolar atrofidagi L/T kattalashadi.

IV bosqichda (disseminirlangan) barcha simptomlar bilan birga u yoki bu organ shikastlanishi va yetishmovchiligida yuzaga keladigan simptomlar bezovta qiladi. Bu bosqichda plevrada (serroz-fibrinoz, serroz gemorragik) suyuqlik to'planishi mumkin. Jigar shikastlansa, organ kattalashadi, teri va shilliq qavatlar rangi sarg'ayadi, jigar fermentlari faolligi va miqdori oshadi. Ichaklar shikastlansa palpatsiyada og'riqli, ichi suyuq o'tishi, so'rilish jarayonini buzilishi namoyon bo'ladi. Buyrak shikastlansa nefrotik sindrom yoki glomerulonefrit klinikasi yuzaga chiqadi. III-IV bosqichlarda ko'proq infeksiyon (virusli, zamburug'li, tuberkulyoz va h.k.) asorotlar yuzaga chiqadi. Ba'zi bemorlarda autoimmun gemolitik kamqonliklar yuzaga chiqadi. **Bunday bemorlar ko'zdan kechirilganda** periferik L/T kattalashgan, bir-biriga tutashgan, atrofidagi to'qimalarga tutashmagan, og'riqsiz, yiringlamaydi. Kattalashgan L/T tomir, nervlarni bosib (venalar kengayishi, tsianoz, Ortner va h.k. simptomlari) qo'yadi. **Laborator o'zgarishlar.** Qonda neytrofil leykotsitoz, chapga siljish bilan, limfotsitopeniya, EChT oshishi, eozinofiliya, trombositopeniya, retikulotsitoz va Kumbs sinamasi musbat. IV bosqichda suyak ko'migi shikastlangandan so'ng Berezovskiy-Shternberg hujayralari topiladi. Qondagi bioximik o'zgarishlar α 2-globulin, fibrinogen, gipogammaglobulinemiya kuzatiladi. Asosiy tashxis gistologik va morfologik tekshiruvlardan so'ng qo'yiladi.

Davolash bosqichiga bog'liq holda olib boriladi. I-II bosqichida radikal nur terapiya o'tkaziladi. III-IV bosqichida ximioterapiya muolajalari olib boriladi. Nur terapiya olib borilganda faqat zararlangan tugunlarga emas balki zararlanishi mumkin bo'lgan (Yaqin joylashgan) L/T lar ham nurlantiriladi. Davo kursi 3-4 haftada 3500-4000 rad nur beriladi, bu dozani ko'p zararlangan tugunlarni bir martaga va uni atrofidagi tugunlar keyingi kursda nurlatiladi yoki yuqori dozalarda ham shikastlangan va shikastlanmagan L/T larga birgalikda

nur berish mumkin. III-IV bosqichdagi tarqalgan shakllarida asosiy davolash metodi ximioterapiya bo'lib, kombinatsiya shaklida (mustargen 10-15 v/v 100-200mg (embixon), prokarbazin (natulan 200-300 ichga va v/i 5-7mg), onkovin (vinkristin 0,5-2 v/i, 6-10mg) va prednizolon (20-100 per os yoki v/i 5-7 mg) uni analoglari beriladi (MOPP). Kombinatsiya davolashda nur va ximioterapiya yoki nur va jarrohlik usul kombinatsiyada ishlatish mumkin. Nitrozametilmochevina-300-400 v/v, 3000-3500 mg, 1,3 bi-xloretilnitrozomochevina -100, v/i, 2000mg, Bleomitsin 15-30 v/i, 300-400 mg, Bruneomitsin 20-40 per os yoki v/i, 3000-4000 mg, Vinkristin 0,5-2 v/i, 6-10 mg, Vinblastin 5-10 v/i, 50-200 mg, Leykeran 15-20 per os, 500-1000 mg, Tsiklofosfan 200-1000 v/i, boshqa preparatlar bilan kompleksda, Dopan 8-12 per os, 100-200 mg buyuriladi.

Bashorat (Prognozi) radikal nur terapiya bilan davolangan bemorlarni 90 % da limfagranulematoz retsidiv bermaydi. III-IV bosqichlarda ximioterapiyadan so'ng qoniqarli holatda 3 yilgacha kechadi.

Kechishi. Kasallik zo'rayib boradi va xuruj hamda remissiya bilan kechadi, anemiya va kaxektsiya zo'rayib boradi. Limfa tugunlar kattalashib ichki a'zolari siqib qo'yadi. Bemorlar yaxshilab davolanib yursalar 3-8 va undan ko'p yilgacha yashashlari mumkin va hatto undan ham ko'p yashaganlar mavjud.

Test savollari

1. Leykoz nima?

- | | |
|--|---|
| a) Organizmda gemopoetik funktsiyasining susayishi | c) Qon yaratuvchi hujayralar giperplaziyasi, proliferatsiyasi |
| b) Eritrotsitlarning ortiqcha parchalanishi | d) Trombotsitlarning kamayishi |

2. O'tkir leykoz nima?

- | | |
|---|---|
| a) Yetuk hujayralardan iborat bo'lgan o'sma | c) Limfoid apparatning reaktiv giperplaziyasi |
| b) Yosh blast hujayralardan tashkil topgan qonning o'sma tabiatli kasalligi | d) Ko'mik funktsiyasining susayishi |

3. Surunkali mieloid leykoz nima?

- | | |
|---|--|
| a) Ko'mikning mieloid giperplaziyasi | c) Prolifiratsiya hujayralarning ustun kelishi |
| b) Qon yaratuvchi hujayralar giperplaziyasi | d) Eritrotsitlarning ortiqcha parchalanishi |

4. Giper脾enizm bu-

- | | |
|-------------------------------------|------------------------------------|
| a) Taloq funktsiyasining kuchayishi | c) Taloq o'lchamining kichrayishi |
| b) Taloq o'lchamining kattalashuvi | d) Taloq funktsiyasining pasayishi |

5. Bu kasallik negizida suyak ko'migi, taloq, limfa tugunlari zararlanishi yotadi

- | | |
|----------------|--------------------------------|
| a) Anemiya | c) Folat kislata yetishmasligi |
| b) Limfaadenit | d) Leykoz |

6. Bu kasallik suyak ko'migining granulotsitar, eritrotsitar, trombotsitar kurtagining zararlanishi bilan yuzaga chiqadi bu...

- a) Surunkali mieloleykoz
- b) Surunkali kamqonlik
- c) Irsiy anemiya
- d) Aplastik kamqonlik

7. Gemoragik sindrom bilan kechadigan kasallik

- a) Temir tanqislik anemiyasi
- b) O'tkir leykoz
- c) Vit B12 tanqislik anemiyasi
- d) Gemolitik anemiya

8. Kasallik diagnozida qon surtmasida Gumprext tanachalari topilishi kuza tiladi

- a) O'tkir mieloblast leykozda
- b) O'tkir limfoblast leykozda
- c) Surunkali limfoleykozda
- d) Surunkali mieloleykozda

9. Kasallikning og'ir turlari kuchli anemiya bilan kechib bemorni 1-2 yil ichida o'limiga olib keladi

- a) Gemorragik diatez
- b) Gemofiliya
- c) Anemiya
- d) Surunkali limfoleykoz

10. Leykoformulada blast hujayralar 30 % dan oshgan, glikogen sinamasi musbat, anemik sindrom belgilari qaysi kasallik hisobidan rivojlangan

- a) O'tkir limfoblastli leykoz
- b) O'tkir va surunkali mieloblastli leykoz
- c) Surunkali mieloleykoz
- d) Surunkali limfoleykoz

11. Leykoformulada blast hujayralar 30 % dan oshgan, peroksidaza sinamasi musbat, anemik sindrom belgilari qaysi kasallik hisobidan rivojlangan

- a) O'tkir va surunkali limfoblastli leykoz
- b) O'tkir mieloblastli leykoz
- c) Surunkali mieloleykoz
- d) Surunkali limfoleykoz

12. Leykotsitlar miqdori $176,0 \times 10^9 / l$, leykoformulada limfotsitlar 76 %, anemik sindrom belgilari qaysi kasallik hisobidan rivojlangan

- a) Surunkali limfoleykoz
- b) O'tkir limfoblastli leykoz
- c) O'tkir mieloblastli leykoz
- d) Barcha leykoz uchun xos

13. Leykotsitlar miqdori $189,0 \times 10^9 / l$, leykoformulada promielotsit, mielotsit, metamielotsit hujayralar oshgan, anemik sindrom belgilari qaysi kasallik hisobidan rivojlangan

- a) Surunkali mieloleykoz
- b) O'tkir limfoblastli leykoz
- c) O'tkir mieloblastli leykoz
- d) Surunkali limfoleykoz

14. Leykotsitlar miqdori $200,0 \times 10^9 / l$, leykoformulada limfotsitlar 90 %, anemik sindrom belgilari qaysi kasallik hisobidan rivojlangan

- a) O'tkir limfoblastli leykoz
- b) Surunkali limfoleykoz
- c) O'tkir mieloblastli leykoz
- d) Surunkali mieloleykoz

15. Leykotsitlar miqdori $200,0 \times 10^9 / l$, leykoformulada promielotsit, mielotsit, metamielotsit hujayralar oshgan, anemik sindrom belgilari qaysi kasallik hisobidan rivojlangan

- a) O'tkir mieloblastli leykoz
- b) O'tkir limfoblastli leykoz
- c) Surunkali mieloleykoz
- d) Surunkali limfoleykoz

16. O'tkir mieloblastli leykoz nima?

- a) Qon yaratuvchi hujayralar giperplaziyasi, proliferatsiyasi rivojlangan
- b) Eritrotsitlarning ortiqcha parchalanishi
- c) Gemopoez funksiyasining sussayishi
- d) Mielotsitar qator hujayralardan o'sma tabiatli kasallik

17. Leykoz qaytalanishini oldini olish uchun o'tkaziladigan muolaja...

- a) Ignaterapiya
- b) Suyak ko'migi transplantatsiyasi
- c) Immunoterapiya
- d) Doimo davolanib turishi lozim

18. Qonda leykoz hujayralarni juda ko'payib ketishi ...leykoz deb aytiladi

- a) Leykemik
- b) Subleykemik
- c) Aleykemik
- d) Barcha javoblar to'g'ri

19. Qonda leykoz hujayralarni biroz ko'payib ketishi ...leykoz deb aytiladi

- a) Leykemik
- c) Aleykemik

- b) Subleykemik d) Barcha javoblar to'g'ri

20. Qonda leykoz hujayralar ko'paymasdan balki kamayib ketishi ...leykoz deb aytiladi

- a) Leykemik c) Aleykemik
b) Subleykemik d) Barcha javoblar to'g'ri

21. Leykozning rivojlangan bosqichida kasallik qanday klinik ko'rinishlar bilan namoyon bo'ladi

- a) Anemiya, gemorragiya, infektsiya, nekrotik angina, stomatit. c) Zamburug'li kasalliklar
b) Burundan qon ketish d) Qon bosimini tushib ketishi

22. Ob'ektiv ko'ruvda surunkali mieloleykoz uchun xarakterli belgi

- a) Anemiya c) Pnevmoniya
b) Gipertermiya d) Splenomegaliya

23. Qaysi qon kasalligida taloq hajmi kattalashib og'irligi 7 kg gacha bo'ladi

- a) Surunkali mieloleykoz c) Surunkali limfoleykoz
b) O'tkir limfoleykoz d) O'tkir mieloleykoz

24. Bemorni paypaslaganda taloq kichik chanoq sohasigacha kattalashgan, bu qaysi kasallikka xos

- a) Anemiya c) Surunkali mieloleykoz
b) Limfogramulematoz d) Eritremiya

Gemoblastozlardan muammoli masalalar

1 masala

Jinsi erkak bo'lgan 22 yoshli bemor shifokor qabuliga olib kelinganida ahvoli og'ir holatda, shikoyati tomog'ida og'riq borligi, umumiy holsizlik, isitma, ko'p terlash, suyaklarda og'riq, ish qobiliyatining pasayishi, varaja qilish (sovuq qotish) bezovta qilishini aytib berdi. Bemorning ko'zdan kechirganda limfa tugunlari kattalashganligi hamda qoni tekshirilganda shakllanmagan mieloblast hujayralar borligi, leykotsitlar miqdorining 100 ming ekanligi aniqlandi.

Bemorga taxminiy tashxis qo'ying.

Bemor ko'zdan kechirilganda qanday o'zgarishlar kuzatilishi mumkin?

Palpator va perkutor, auskultativ o'zgarishlarni aytib bering.

Bemorning qonidagi o'zgarishlarini aytib bering.

2 masala

Bemor 27 yosh, jinsi erkak shifokor qabuliga kelganda ko'zdan kechirilganda terisi rangpar, sariq tovlanadi, terisida qon quyilishlar, nekrotik o'zgarishlar ko'zga tashlanadi, oqiz bo'shlig'i va shilliq qavatlarida nekrotik yaralar paydo bo'lishi, yarali nekrotik gingivit, stomatit, angina aniqlandi, limfa tugunlar kattalashganini ko'rishimiz mumkin, bemor qonida mieloblast hujayralar borligi aniqlandi.

Bemorga taxminiy tashxis qo'ying.

Bemor shikoyatlarini sanab o'ting.

Palpator, perkutor, auskultativ o'zgarishlarni aytib bering

3 masala

Bemor 19 yoshda. Jinsi ayol, shifokor qabuliga kelganda RW uchun qon olindi va jgut simptomi musbatligi ko'zga tashlangandan so'ng, mukammal ob'ektiv tekshirganda badanda toshmalar borligi, sub'ektiv doimiy subfebril isitma bezovta qilishi kabi ma'lumotlar to'plandi hamda UTT tekshiruvda taloqning kattalashganligi, laborator tekshiruvlar o'tkazilganda promielotsitlar borligi aniqlandi.

Bemorga tashxis qo'ying.

Bemor ko'zdan kechirilganda qanday o'zgarishlarni ko'rishimiz mumkin.

Palpator, perkutor va auskultativ o'zgarishlarni aytib bering.

Bemorning qonidagi o'zgarishlarni aytib bering.

4 masala

Bemor 26 yoshda, jinsi erkak. Shifokor qabuliga kelgan bemor ahvoli o'rtacha og'irlikda, shikoyati tomog'ida tez tez og'riq bo'lib turishini, umumiy holsizlik, isitma, ko'p terlash, suyaklarda og'riq, ish qobiliyatining pasayishi, qaltirash (sovuq qotish) bezovta qilishi uchun otolaringolog shifokoriga murojaat qildi. Bemorning qoni tekshirilganda shakllanmagan limfoblast hujayralar borligi aniqlandi.

Bemorga taxminiy tashxis qo'ying.

Bemor ko'zdan kechirilganda qanday o'zgarishlar kuzatilishi mumkin?

Palpator va perkutor, auskultativ o'zgarishlarni aytib bering.

Bemorning qonidagi o'zgarishlarini aytib bering.

5 masala

Bemor 24 yosh, jinsi ayol, homilador 21 hafta, shifokor akusher - ginekolog qabuliga kelganda ko'zdan kechirildi va terisi rangpar, sarg'ish tovlanadi, terisida qon quyilishlar hamda nekrozga uchragan sohalarni ko'rishimiz mumkin, oqiz bo'shlig'i va shilliq qavatlarida nekrotik yaralar paydo bo'lishi, yarali nekrotik gingivit, stomatit, angina bo'ladi, limfa tugunlar kattalashganini aniqlandi va RW uchun qon olindi. Jgut simptomi musbatligini ko'rib, bemor qoni tekshirildi va limfoblast hujayralar borligi aniqlandi.

Bemorga taxminiy tashxis qo'ying.

Bemor shikoyatlarini sanab o'ting.

Palpator, perkutor, auskultativ o'zgarishlarni aytib bering

6 masala

Shifokor profilaktik tibbiy ko'rik o'tkazilayotgan vaqtda bemor uzoq vaqtdan buyon isitma qilishini va kuchayib (zo'rayib) boruvchi holsizlik, charchash va terlashini aytib berdi. Shu ma'lumotlar bilan birga suyaklarida og'riq bo'lishi va ba'zanda chap qovurg'a ostida noxush holat va og'riq borligiga shikoyat qildi. Bemorda kariologik tekshiruv olib borilganda filadelfiya xromasomalari borligi aniqlandi.

Bu bemorga qanday taxminiy tashxis quyish mumkin?

Bemorni ob'ektiv tekshirganda qanday o'zgarishlar ko'rishimiz mumkin?

Palpator va perkutor o'zgarishlar qanday.

Qaysi instrumental tekshiruvlar olib borgan maqul va qanday o'zgarishlar kutish mumkin?

Qon tahlilida qanday o'zgarishlar ko'ramiz?

7 masala

Shifokor qabuliga kelgan bemor ko'zdan kechirilganda bemor kaxektsiyaga uchragan, qorinlari shishgan, terisi nam, rangi oqargan, sarg'ish rang tovlanadi, oyog'larida shish bor, terilarida, teri ostida qon quyilishlar, toshmalar, oqiz bo'shlig'ida, mindalinalarida nekrotik yaralar borligi, gingivit va stomatit borligini, limfa tugunlarni kattalashganligini ko'rishimiz mumkin. Terisida qon talashlar bo'lib, qoni tekshirilganda leykotsitlar soni asosan mielotsitlar, promielotsitlar hisobida ko'payganligi aniqlandi.

Bemorga qanday taxminiy tashxis qo'yasiz?

Bemor shikoyatlarini sanab o'ting.

Palpator va perkutor o'zgarishlarini ayting.

Qondagi o'zgarishlarni ayting.

Kariologik o'zgarishlarni ayting.

8 masala

Shifokor qabuliga kelgan bemorni tibbiy ko'rikdan o'tkazayotgan vaqtda bemor o'zini uzoq vaqtdan buyon isitma qilishini va zo'rayib boruvchi holsizlik, tez charchash va terlashini aytib berdi. Shular bilan birga suyaklarida og'riq bo'lishi va ba'zanda chap qovurg'a ostida noxush holat va og'riq borligiga, limfa tugunlarini kattalashganligiga shikoyat qildi. Shifokor bemorni obdon ko'zdan kechirib qon tahlili tavsiya etildi va limfotsitlar sonining haddan tashqari

ko'payganligi va 90-95% voyaga etgan hujayralar borligi aniqlandi. Mikroskopik tekshiruvda Botkin - Gumprext soyasi borligi aniqlandi.

Bemorga taxminiy tashxis qo'ying.

Bemorni ob'ektiv tekshirganda qanday o'zgarishlar ko'rishimiz mumkin?

Palpator va perkutor o'zgarishlar qanday?

Qon tahlilida qanday o'zgarishlar ko'ramiz?

9 masala

Ambulator qabulga kelgan bemor shifokor tomonidan ko'zdan kechirilganda bemor kaxektsiyaga uchragan, qorinlari shishgan, terisi quruq, rangi oqargan, oyog'larida shish bor, terilarida, teri ostida qon quyilishlar, toshmalar, oq'iz bo'shlig'ida, mindalinalarida nekrotik yaralar borligi, gingivit va stomatit borligini, limfa tugunlarni kattalashganligini ko'rishimiz mumkin. Terisida qon talashlar bo'lib, qoni tekshirilganda leykotsitlar soni haddan tashqari, asosan limfotsitlar hisobida ko'payganligi aniqlandi. Shular bilan bir qatorda Botkin-Gumprext soyasi borligi aniqlandi.

Bemorga qanday taxminiy tashxis qo'yasiz?

Bemor shikoyatlarini sanab o'ting.

Palpator va perkutor o'zgarishlarini ayting.

Qondagi o'zgarishlarni ayting.

10 masala

Bemor 47 yoshda, jinsi ayol, shifokor qabuliga kelganda holsizlik, terlash, ish qobiliyatining pasayishi, badanining qichishi, bo'yin sohasi va umrov osti sohalarida shish borligi, tana haroratining ko'tarilishiga shikoyat qildi. Limfa tugunidan biopsiya olinganida ko'p yadroli Berezovskiy-Shternberg hujayralari topildi. Bemorning qonida rang ko'rsatkichi 0,67 gipoxromiya, eritrotsitlar 2,5 mln ya'ni anemiya, neytrofil leykotsitoz, eozinofiliya, trombositopeniya va EChT yuqoriligi aniqlandi (50-70 mm/s).

Bemorga taxminiy tashxis qo'ying.

Bemor ko'zdan kechirilganda qanday o'zgarishlar ko'ramiz?

Palpator va perkutor o'zgarishlarni aytib bering.

Qanday instrumental tekshiruvlar olib boriladi va qanday natija kutish mumkin?

11 masala

Shifokor qabuliga kelgan bemorni ko'zdan kechirganda periferik limfa tugunlarini kattalashganligini va ularni bir - biri bilan tutashib ketganligini, badanda qashalgan izlar borligi va badanning ba'zi bir joylari ko'karganligi ko'zga tashlandi. Morfologik tekshirilganda bemorning limfa tugunidan, suyak ko'migidan olingan surtmalarida ko'p yadroli Berezovskiy-Shternberg hujayralari topildi.

Bemorning taxminiy tashxisini aniqlang.

Bemorning shikoyatlarini sanab o'ting.

Palpator, perkutor o'zgarishlarni aytib bering.

Bemorning qonida bo'ladigan o'zgarishlarni aytib bering.

Gemoblastozlarga oid test savollari javob variantlari

1-c	7-b	13-a	19-b
2-b	8-c	14-b	20-c
3-a	9-d	15-c	21-a
4-a	10-a	16-d	22-d
5-d	11-b	17-b	23-a
6-a	12-a	18-a	24-c

Nazorat savollari va topshiriqlar

Gemoblastozlar to'g'risida tushuncha;

O'tkir leykozlar to'g'risida tushuncha;
Surunkali leykozlar to'g'risida tushuncha;
Limfogranulematoz to'g'risida tushuncha;
O'tkir va surunkali mieloleykoz to'g'risida tushuncha;
O'tkir va surunkali limfoleykoz to'g'risida tushuncha;
Limfogranulematoz to'g'risida tushuncha;
O'tkir va surunkali mieloleykoz ko'zdan kechirishning diagnostik ahamiyati;
O'tkir va surunkali limfoleykoz ko'zdan kechirishning diagnostik ahamiyati;
Limfogranulematoz bilan kasallangan bemorlarni ko'zdan kechirish va tekshirish usullarining diagnostik ahamiyati;

Mustaqil ish topshiriqlari

Gemoblastozlar bilan kasallangan bemorlarni tekshirish usullarini o'rganish;
O'tkir leykozlar bilan kasallangan bemorlarni tekshirish usullarini o'rganish;
Surunkali leykozlar bilan kasallangan bemorlarni tekshirish usullarini o'rganish;
Limfogranulematoz bilan kasallangan bemorlarni tekshirish usullarini o'rganish;
O'tkir va surunkali mieloleykoz bilan kasallangan bemorlarni qon tahlili olish va tekshirish;
O'tkir va surunkali mieloleykoz bilan kasallangan bemorlarni instrumental tekshiruvlarga tayorlash va tekshirish;
O'tkir va surunkali limfoleykoz bilan kasallangan bemorlarni qon tahlili olish va tekshirish;
Limfogranulematoz bilan kasallangan bemorlarni instrumental tekshiruvlarga tayorlash va tekshirish;

VII BOB Biriktiruvchi to'qimaning sistemali kasalliklari

Sistemali qizil bo'richa

Mavzuning maqsadi: Biriktiruvchi to'qima kasalliklari to'g'risida tushuncha berish. Sistemali qizil bo'richa, sistemali sklerodermiya, sistemali dermatomiozit, tugunchali periarteriit, revmatoidli poliartrit to'g'risida malumot berish.

Tayanch iboralar: Eritema, kapalak simptomi, krest sindromi, sklerodaktiliya, teleangioektaziya, Reyno sindromi.

Mavzu bayoni

Sistemali qizil volchanka (SKV) biriktiruvchi to'qimaning surunkali sistemali autoimmun yallig'lanish kasalligi bo'lib, barcha ichki a'zolari (teri, bo'g'im, o'pka, yurak, buyrak, hazm tizimi, jigar, asab tizimi va h. k.) zararlanishi hamda tomirlarning zararlanishi va ularning devorlarida fibrinoid to'planib borishi hamda qonda aylanib yuradigan va keng doirada ta'sir ko'rsatadigan autoantitelolar, xususan antiyadro antitelolari hosil bo'lishi bilan ta'riflanadi. Asosan 80% bemorlar 30 yoshgacha kasallanib, 80-90% ayollar kasallanadilar. 1875 yilda M. Kaposhi yuz sohasida burun ustidagi toshma kapalak sindromi (102 suratga qarang) bilan birga ichki a'zolari shikastlanishini yozadi. 1895 yilda B. Osler teri zararlanishi bilan artritlarni yozadi. 1948 yilda LE hujayralari topiladi. Shuning uchun ham sistemali kasallik deb yuritiladi.

Sistemali qizil volchanka deyilishiga sabab, uzoq o'tmishda, unga bo'lgan xarakterli simptomni terini qizargan o'choqlari go'yoki bo'ri qopgan joyga o'xshatganliklari uchun shu nom berilgan degan fikrlar ham mavjud.



Etiologiyasi va patogenezi.

Polietiologik kasallik bo'lib, 10% irsiy omillar rol o'ynaydi va qarindoshlar orasida uchraydi, organizmni emlashdan keyin, biror bir yuqumli kasallikka chalingandan keyin, biror bir dori moddalari (5-aminotsalitsilat kislota, xloraksin, gidrolazin, izoniazid, tetratsiklin, fenilbutazon, gipotiazid va boshqa diuretiklar), viruslar ta'sirida

102 surat ham kelib chiqadi. SKV chaqiruvchi maxsus viruslar topilmagan

bo'lsada, viruslar trigger rolini o'ynab, o'zgargan immun tizimi bilan organizmda kasallikni qo'zg'atib yuboradi. SKV bilan kasallangan bemorlarda T-supressor miqdori pasayib ketadi va hujayra yadrosiga va DNKga qarshi antitanalar miqdori oshib ketadi. Etiologik omillar ta'sirida shikastlangan to'qimalar shakli o'zgaradi va organizm ularga qarshi antitanalar ishlab chiqaradi. Demak organizmda o'zining hujayralariga qarshi autoantitanalar hosil bo'lib, immunokompleks shikastlanishga olib keladi. Bemor organizmida hosil bo'ladigan autoantitelolar nishon a'zolar bilan (hujayralarning yadrolari, lizosomalar, mitoxondriyalar, qonning ivituvchi omillari, trombotsitlar, eritrotsitlar va boshqalar) reaksiyaga kirisha oladi. Antiyadro antitanalar o'zlarining nishonlari qanaqaligiga qarab to'rt guruhga bo'linadi: DNK ga ta'sir o'tkazuvchi antitanalar, gistonlarga ta'sir qiladigan antitanalar, RNK ga birikkan oqsillarga ta'sir qiladigan antitanalar, yadrocha antigenlariga ta'sir o'tkazadigan antitanalarga bo'linadi.

Yadro antitanalari sistemali qizil bo'richa uchun spetsifik deb hisoblansa ham DNK organizmning o'z yadrolari DNK sig'a qarshi ta'sir ko'rsatuvchi antitelolar paydo qila oladigan kuchli immunogen moddadir degan fikrni so'nggi yillardagi tadqiqotlar o'zgartirib qo'ydi.

Irsiyatga aloqador moyillik, immun sistemaning sezilarli yetishmovchiligi va ba'zi bir atrofdagi muhit omillarining ahamiyati bor deb hisoblanadi.

Irsiy omillar. Autoimmun reaksiyasining yuzaga kelishida NLA ning B qismida joylashgan va normada immun javob shiddatini idora etib boradigan 1gr-genlar muhim o'rin tutadi deb taxmin qilinadi. Chunonchi, sistemali qizil yugirigi bilan DR-2 va DR-3, ya'ni NLA kompleksi genlari o'rtasida bog'lanish borligi aniqlangan. Sistemali qizil yugirigi uchraydigan ba'zi oilalarning a'zolarida yorug'likka ortiqcha sezuvchanlik va dori moddalarni ko'tara olmaslik holatlarining bo'lishi, qonda aylanib yuradigan turli autoantitanalarning topilishi bu kasallikning paydo bo'lishida irsiy moyillik ahamiyati borligidan dalolat beradi.

Ba'zi dori moddalarni uzoq vaqt ishlatib yurish tabiatan irsiyatga bog'liq bo'lmagan, lekin autoimmun sistemali qizil volchankasini paydo qila oladigan omillar jumlasiga kiradi. Jinsiy garmonlar ham kasallik rivojlanishiga muhim o'rin egallaydi. Androgenlarning sistemali qizil bo'richa paydo bo'lishiga yo'l qo'ymasligi, estrogenlar esa bu kasallikka yo'l ochib berishi aniqlangan.

So'ngi vaqtda organizmda saqlanib turgan virus infektsiyasiga katta e'tibor berilmoqda. Sistemali qizil volchankada qizamiq, qizilcha, paragripp va boshqa kasalliklar viruslariga javoban qonda yuqori titrlarda paydo bo'lgan antitanalar topilgan. Bemorlar va ularning qarindoshlarida saqlanib turgan virus infektsiyasining markerlari bo'lmish limfotsitotoksik antitelolar bo'lishi aniqlangan. Bemorlar bilan ishlovchi tibbiy xodimlarda virusli ikki spiralli DNK ga qarshi antigenlar topilgan. Biroq, immun komplekslarda virus antigenlari hali topilgan emas.

Immunologik omillar. Sistemali qizil volchanka patogenezida V- hujayralarning o'ta reaktivligi katta ahamiyatga ega deb hisoblanadi, bu hujayralarning faol holga o'tishi ham «begona» ham «o'z» antigenlariga qarshi zo'r berib antitanalar hosil bo'lishiga olib keladi. Ortiqcha antitanalar hosil bo'lishi quyidagi bir qancha omillarga bog'liq deb hisoblanadi: 1) V- hujayralarning o'zida nuqsonlar borligiga, 2) xelperlarda irsiy kamchiliklar borligiga, bu narsa V- hujayralarning zo'r berib faol holga o'tishiga yordam beradi, 3) V- hujayralar faolligini susaytirib qo'yadigan T-supressorlar faolligining susayib ketishiga bog'liq.

Hosil bo'ladigan antitanalar qonda aylanib yuradigan immun komplekslarni yuzaga keltirishi mumkin (o'ta sezuvchanlikning III tipi), bu komplekslar buyrak, badan terisining bazal membranalarida to'planib borib, ularning shikastlanishiga va yallig'lanish boshlanishiga sabab bo'ladi. Membranaga avval DNK birikadi, immun kompleks (DNK - anti DNK) hosil bo'ladi deb taxmin qilinadi. Sistemali qizil volchanka uchun qondagi komplement miqdorining kamayib ketishi xarakterlidir. Gipokomplementemiya, tomir ko'ptokchalari bazal membranalarida donador komplement depozitlari paydo bo'lishi sistemali qizil volchanka genezida immun komplekslarning ahamiyati borligini ko'rsatadi.

Shu bilan bir vaqtda eritrotsitlar, oq qon tanachalari va trombositlarga qarshi autoantitanalar o'z ta'sirini II tipdagi o'ta sezuvchanlik reaksiyasi yordamida yuzaga chiqaradi. Autoantitanalar ana shu hujayralar bilan birikib, ularga tsitotoksik va tsitolitik ta'sir o'tkazadi. Bunda ularga komplementning hamma tarkibiy qismlarini faollashtirib, yoki neytrofillarni (bu neytrofillar ayni vaqtda hujayrani zararlovchi omillar ishlab chiqaradi) jarayonga kiritib, o'z ta'sirini yuzaga chiqaradi.

Zararlangan hujayra yadrolari, ularga qay tariqa shikast yetganligidan qat'iy nazar, yadrolarga qarshi autoantitelolar bilan reaksiyaga kirishadi, buning natijasida yadrolar denaturatsiyaga uchrab, keyinchalik komplementga mahkamlanib qoladi. Antitanalar bilan o'ralib olgan ana shunday yadrolar fagotsitlovchi hujayralar uchun kuchli xemotaksis omili bo'lib qoladi. Natijada gematoksilinli tanachalar yoki LE- hujayralar (qizil volchanka hujayralari) paydo bo'ladi. Mana shu hujayralar fagotsitlovchi leykotsit (neytrofil yoki makrofag) bo'lib, tsitoplazmasi nobud bo'lgan leykotsitning fagotsitlangan yadrosiga butunlay to'lib turadi. Demak, sistemali qizil volchankada neytrofil leykotsitlarning o'z-o'ziga fagotsitlanish jarayoni ro'y berib turadi.

Immun tizimini o'zgarishi javobiga qarab kasallik - o'tkir, o'tkir osti va surunkali kechadi.

Patologik anatomiyasi. Sistemali qizil volchankaning patologik anatomiyasi immun komplekslari turli to'qimalarda yuzaga keladi, jarayonning tarqalib borishiga sabab bo'ladi. Lekin organlar ham har xil darajada zararlanadi. Chunonchi, bu kasallikda badan terisi, buyraklar, bo'g'imlar ko'proq zararlansa, periferik asab sistemasi kamroq zararlanadi. Shu bilan birga mikrotsirkulyator o'zan tomirlari eng asosiy nishon bo'lib hisoblanadi. Deyarli barcha to'qima va organlarda nekrozga olib boruvchi o'tkir vaskulit manzarasi ko'zga tashlanadi. Mayda arteriyalar va arteriolalarning devorida fibrinoid depozitlari topiladi, bularning tarkibida immunoglobulinlar, DNK, komplementning uchinchi tarkibiy qismi va fibrinogen bo'ladi. Fibrinoid nekroz keyinchalik tomirlar devorida fibroz paydo bo'lib, tomir devorining qalinlashib ketishi va shu tufayli tomirlar devorining torayib qolishi bilan tugallanadi. Tomirlar atrofida o'rtacha limfoid infiltratsiya va sezilarli shish borligi ko'zga tashlanadi. Zararlangan organlarning interstitsiyasida tomirlar zararlanishi munosabati bilan har joyga fibrinoid to'planib qolganini va nekroz fokuslari paydo bo'lganini ko'rish mumkin (ishemik nekrozlar).

Badan terisining zararlanishi sistemali qizil volchankaning eng xarakterli alomatidir. Odamning yuz terisida simmetrik ravishda joy olgan qizil dog'lar, salgina po'st tashlab turgan va ingichka bo'yin bilan bir-biriga tutashgan «kapalaksimon» joylar paydo bo'ladi. Mikroskop bilan tekshirib ko'rilganida epidermis bazal qatlamining vakuol distrofiyaga uchragani, derma shishib, kollagen tolalar bo'kkani hamda irib ketgani, derma tomirlari devorida nekrozlovchi o'tkir vaskulit

boshlanib, fibrinoid depozitlari paydo bo'lgani ko'zga tashlanadi. Teridagi dog'lar, toshmalar ko'rinishidagi shu xildagi o'zgarishlar ba'zi



103 surat

hollarda bo'yin, ko'krak qafasi, orqa, qorin sohasida ham kuzatiladi (103 surat).

Immunoglobulin va komplement depozitlari terining faqat zararlangan joylarining o'zidagina emas, balki zararlanmagan joylarida ham topiladi, bu - shu kasallikka xos bo'lgan alomatdir. Bemorlarda 30 foiz hollarda diskoid qizil volchanka paydo bo'ladi, buning uchun teri yuzidan ko'tarilib turadigan eritematoz toshma bo'lishi, giperkeratoz yuzaga kelishi. Ter va yog' bezlari atrofiyaga uchrab, o'sha joylardagi soch va junlar to'kilib ketishi xarakterlidir. Bu o'zgarishlar badan terisining har qanday joyida paydo bo'lishi mumkin.

Quyida 104 suratda og'iz bo'shlig'i va yuz terisi zararlanishi keltirilgan.



104 surat



Shu bilan birga sistema doirasida ichki organlarning zararlanish hodisasi bo'lmasligi ham mumkin. Sistemali qizil volchankada seroz pardalar ham zararlanib, perikardit va plevrit boshlanadi. Kasallikning o'tkir bosqichlaridagi serozitlar seroz va fibrinoz eksudat paydo bo'lishi bilan ta'riflanadi, kasallik surunkali tarzda o'tganida fibrinoz

o'zgarishlar ustun turadi. O'tkir serozitlar mahalida mikroskop bilan tekshirib ko'rilsa, shish borligi, perivaskulyar infiltratsiya bilan o'tayotgan o'choqli vaskulitlar boshlangani, o'choqli fibrinoid nekrozlar paydo bo'lgani, bularda LE-hujayralar borligi aniqlanadi. Bunday o'zgarishlar seroz pardalarda makroskopik jihatdan aytarli o'zgarishlar bo'lmagan paytlarda ham topiladi.

Yurakning zararlanishi Libman - Saks bakterial endokarditi paydo bo'lishi bilan ta'riflanadi. Bunda yurak qopqoqlarining tavaqalari va xordalari yoki devor endokardi zararlanadi, bu - mitral qopqoq yetishmovchiligiga olib kelishi mumkin. Endokardda yakka-yakka yoki ko'pgina noto'gri shakli, so'galli depozitlar topiladi. Ularning kattaligi 1 mm dan 3 mm gacha bo'ladi. Bularning eng muhim xususiyati, ular yurak qopqoqlari tavaqalarining bir yuzasidan joy oladi. Mikroskopik jihatdan olganda ular atrofida yalliglanish reaksiyasi boshlangan fibrinoid depozitlaridir. Birmuncha kechki davrda bu tuzilmalar kollagenlanadi. Fibrinoid tarkibida plazma oqsillari, jumladan immunoglobulinlar bo'ladi. Diffuz tarqalgan o'choqli vaskulitlar, fibrinoid depozitlari, nuklear infiltratsiyani miokard stromasida ham ko'rish mumkin (volchanka karditi). Kardiomiotsitlarda yog' distrofiyasi boshlanadi.

Buyraklarning zararlanishi (lyupus-nefrit) sistemali qizil volchankaning eng xarakterli alomatlaridan bo'lib, bemorlar o'limini asosiy sababi buyrak yetishmovchiligidir. Buyrakda paydo bo'ladigan morfologik o'zgarishlarning darajasi va tabiati lyupus-nefritning 5 xilini tafovut qilishga imkon beradi:

I xili, bunda optik, elektron mikroskopda immunoflyuoretsensiya yo'li bilan tekshirilganda buyrakda morfologik o'zgarishlar topilmaydi; kasallikning bu xili juda kam uchraydi.

II xili mezangial lyupus-nefrit;

III xili o'choqli glomerulonefrit;

IV xili diffuz proliferativ glomerulonefrit;

V xili membranoz glomerulonefrit.

Mezangial lyupus-nefrit o'rtacha darajada ifodalangan klinik simptomlar bilan ta'riflanadi. 10% hollarda uchraydi va mezangial hujayralar proliferasiyasiga aloqador bo'ladi. Mezangialda doimo O immunoglobulin va komplementning uchinchi xili (SZ) depozitlari topiladi. Depozitlarning to'planib turishi mezangial lyupus-nefrit

(volchanka nefriti) ning ilk bosqichi uchun xarakterlidir, chunki filtrlanadigan immunokomplekslar tez orada mezangialga o'tirib qoladi.

O'choqli glomerulonefrit buyrak ko'ptokchalarining qisman (50 % gacha) zararlanishi bilan kechadi, bunda buyrak ko'ptokchalari bo'rtib, endotelial va mezangial hujayralar proliferatsiyaga uchraydi, kapillyarlarda o'choqli nekrozlar, neytrofil infiltratsiyalari ko'zga tashlanadi. Ba'zi joylarda fibrinoid depozitlar va intrakapillyar tromblar topiladi. O'choqli glomerulonefrit klinik jihatdan olganda mikrogematuriya va proteinuriya ko'rinishida namoyan bo'ladi.

Diffuz proliferativ glomerulonefrit volchanka nefritining hammadan ko'ra ko'proq kuzatiladigan turi bo'lib, 40-50% qayd etiladi. Morfologik o'zgarishlar endotelial mezangial hujayralarning proliferatsiyaga uchrab, bazal membrana qalin tortishidan iborat bo'ladi. Ba'zan Shumlyanskiy - Bouman kapsulasi epitelial hujayralari proliferatsiyaga uchrab, xarakterli yarim oy hosil bo'lganini va keyinchalik ko'ptokchalarda skleroz boshlanganini kuzatsa bo'ladi. Buyraklarning simmetrik ravishda zararlanib, barcha ko'ptokchalarning patologik jarayonga qo'shilib ketishi xarakterlidir.

Membranoz glomerulonefrit kapillyarlar bazal membranasi qalin tortib, shu xil tomirlar endoteliysining ko'chib tushishi bilan ta'riflanadi. Yalang'ochlanib qolgan bazal membranalariga plazma oqsillari o'tib singiydi, bu narsa "sim qovuzloqlari" fenomeni degan hodisa boshlanishiga olib keladi. Bazal membranalarda immun komplekslar depozitlari to'planib boradi. Membranoz glomerulonefritda o'choqli nekrozlar, neytrofil infiltratsiyasi, mezangial hujayralar proliferatsiyasi singari o'zgarishlar bo'lmaydi. Bu xildagi nefrit 10% hollarda uchraydi va o'zining klinikasi va morfologiyasi jihatidan olganda idiopatik membranoz glomerulopatiyaga juda o'xshash. Lyupus-nefritning tasvirlab o'tilgan shakllari patogenezida tomirlar ko'ptokchalarida DNK-anti-DNK kompleksi (ya'ni antigen - antitelo kompleksi) ning to'planib borishi ahamiyatga egadir. Immun depozitlar endoteliy va epiteliy ostidagi mezangiyalarda topiladi. Diffuz proliferativ glomerulonefritda immun komplekslarning subendotelial ravishda joylashishi, o'tkir davriga kirgan sistemali qizil volchanka uchun xarakterlidir. Endotelial hujayralar proliferatsiyalanib, bazal membranalar alteratsiyaga uchrashi natijasida kapillyarlarning yo'li torayib, ba'zan butunlay bitib ham ketadi (obliterasiya). Bu o'zgarishlar buyrak kanalchalarining ishemiya tufayli zararlanishiga va interstitsial fibroz boshlanishiga olib keladi.

Patologik jarayonga qo'shilib ketgan buyrakning katta-kichikligi odatdagicha bo'lishi mumkin. Keyinchalik u kattalashib, rangi oqara boshlaydi va po'stloq qatlamida bir talay mayda-mayda qon talashlar paydo bo'ladi. Bora-bora buyrakda uning ikkilamchi bujmayishiga olib keladigan sklerotik jarayonlar boshlanadi. Sistemali qizil volchankada kanalchalar va interstitsiya ham zararlanadi. Kanalchalar orasida immun komplekslar paydo bo'lishi diffuz interstitsial fibroz boshlanishiga olib keladi.

Bo'g'imlar ham jarayonga qo'shilib, shish paydo bo'ladi va sinovial pardalarda nospetsifik mononuklear hujayra infiltratsiyasi boshlanadi. Subepitelial biriktiruvchi to'qimada fibrinoid nekroz o'choqlari paydo bo'ladi. Mikroskop bilan tekshirib ko'rilganida sinovial pardalarning giperemiyaga uchrab, qalin tortib qolgani ko'zga tashlanadi. Biroq, sinovial pardalar va bo'gim togaylarida destruksiya hodisasi kuzatilmaydi, bo'g'imlar shaklining o'zgarmay turishi, ya'ni deformasiya hodisasi bo'lmasligi shunga bog'liq.

Taloq odatdagi kattalikda yoki sal kattalashgan, kapsulasi qalinlashgan, follikulalari giperplaziyaga uchragan bo'lishi mumkin. Pulpasi tarkibida O va M immunoglobulinlar bo'ladigan ko'pgina plazmatik hujayralar topiladi. Taloq markaziy arteriyalarining atrofida kenglik ko'rinishida o'sib chiqqan halqasimon qat-qat fibroz to'qima ko'zga tashlanadi, «so'g'onchasimon» skleroz deb shunga aytiladi.

Limfa tugunlari follikulalarining germinativ markazida boshlangan nospetsifik o'zgarishlar hisobiga kattalashib ketadi. Perifollikulyar zonada plazmatik hujayralar ko'zga tashlanadi. Boshqa organ va to'qimalarda mayda tomirlarida boshlangan o'tkir vaskulitlar, mononuklear infiltratsiya o'choqlari va fibrinoid depozitlari topiladi. Bosh va orqa miyada boshlangan nekrozlovchi o'tkir vaskulit va mikroinfiltratlarga, yoki mikrogemorragiyalarga olib keladi.

Klinik ko'rinishlari. Sistemali qizil volchanka ko'pincha 20-30 yashar qizlar va ayollarda boshlanadi, aksari bu kasallikka o'smir yashdagi qizlar duchor bo'ladi. Isitma ko'tarilib, bo'g'imlarning shakli o'zgarmagan holda og'rib turishi, ko'krak qafasida og'riq paydo bo'lishi (plevrit hisobiga), quyosh nuriga ortiqcha sezuvchan bo'lib qolish (fotosensibilizatsiya), yuz terisida eritematoz toshmalar paydo bo'lishi («kapalaksimon» naqsh), qo'l-oyoqlar va shilliq pardalarda ham



105 surat

shunday toshmalar uchrashi xarakterlidir (105 surat). Sistemali qizil volchankada 100% hollarda va boshqa autoimmun kasalliklarda birmuncha kamroq darajada antiyadro antitelolar topiladi. DNK - anti-DNK kompleksining titri sistemali qizil volchankaning diagnostik belgisi bo'lib hisoblanadi va buyraklarning zararlanish darajasiga mos keladi. Lyupus nefrit uchun eng xarakterli bo'lgan klinik belgilar: gematuriya, proteinuriya, ba'zi hollarda esa klassik nefrotik sindromdir. Membranoz va diffuz proliferativ glomerulonefritda azotemiya bilan birga davom etib boradigan buyrak yetishmovchiligi kuzatiladi. Nerv sistemasining zararlanishi meningoensefalit, meningoensefalomielitlar ko'rinishida ma'lum bo'ladi, bular poliradikulonevrit bilan birga o'tadi. Psixozlar bo'lishi ham tasvirlangan. Ba'zan me'da-ichak yo'lining zararlanishiga xos alomatlar: qayt qilish, darmon qurishi, ishtaha yo'qolishi singari hodisalar kuzatiladi.

Diagnostik mezonlari. Kapalak simptomi, diskoid volchanka, Peyno sindromi, allopetsiya (soch to'kilishi), fotosensibilizatsiya (quyosh nuriga sezuvchanlikni oshishi), og'izda, tomoq-burundagi og'riqsiz yaralar, deformatsiyasiz artrit, LE-hujayralar (ko'p yadroli neytrofillar), Vasserman reaksiyasini soxta musbat bo'lishi, proteinuriya, tsilindruriya, perikardit klinikasi bo'lishi, psixoz va tutqanoq bo'lishi, gemolitik anemiya, leykotsitopeniya, trombositopeniyalar kiradi (4 tasi bo'lsa tashxis qo'yishga asos bo'ladi).

Shular bilan birga boshqa laborator o'zgarishlar, qonda fibrinogen miqdori, globulinlar miqdori (alfa va gamma) ortishi, EChT oshishi kuzatiladi

Kasallikning oqibati. Ko'pincha kasallik birdan boshlanadi va tez zo'rayib borib, bir necha oydan keyin o'limga olib keladi. Lekin aksari kasallik zimdan boshlanib, surunkasiga davom etib borishi va vaqti-vaqti bilan xurujlanib, vaqti-vaqtida remissiyaga o'tib turishi bilan

ta'riflanadi. Sistemali qizil volchankaning asoratlari xilma-xildir. Eng ko'p uchraydigan asorati ikkilamchi infektsiya (kokklarga, sil mikobakteriyasi, zamburuglar, viruslarga aloqador infektsiya). Infektsiya qo'shilishi tabiiy immunitetning susayib ketganiga yoki uzoq muddat immunosupressorlar va osteoporoz, me'da-ichak yo'lining areaktiv yaralari, Itsenko - Kushing sindromi sepsis, miliar silga olib boruvchi kortikosteroidlar ishlatilganiga bog'liq bo'ladi.

O'linga olib boradigan asosiy sabablar: buyrak yetishmovchiligi, pnevmoniya, sepsis, yurak va bosh miyada infarktlar paydo bo'lishiga olib boradigan vaskulitlardir.

Davolash. Ichki a'zolarida yetishmovchilik bo'lsa yotoq rejim tayinlanadi. Glyukokortikosteroidlar (prednizolon, polkortolon, gidrokortizon), nosteroid yallig'lanishga qarshi dori vositalar (voltaren, klodifen, loksidol, diklofenak natriy, dikloberl), tsitostatiklar (azatiopirin, imuran), immunodepressantlar, immunomodulyatorlar (immunoglobulinlar, interferon), esterogenlar antagonistlari, trankvilizatorlar, markaziy nerv tizimi faoliyatini yaxshilash uchun kavinton, tsinarizin, tserebrolizin, antibakterial preparatlar buyuriladi.

Sistemali sklerodermiya

Sistemali sklerodermiya (sistema doirasidagi skleroz) - badan terisi va ichki a'zolarida tobora zo'rayib boruvchi tarqoq fibroz paydo bo'lishi bilan ta'riflanadigan autoimmun kasallikdir. Badan terisining zararlanishi sistemali sklerodermiyaning garchi asosiy belgisi bo'lsada (95 foiz kuzatiladi), ichki a'zolar - me'da-ichak yo'li, o'pka, buyrak, yurak hamda ko'ndalang-targ'il muskullarning zararlanishi hayot uchun xavfli bo'lib hisoblanadi. Bu kasallik bilan asosan 30-50 yoshar ayollar kasallanadi, lekin odamning har qanday yoshda, jumladan perinatal davrda ham shu kasallik bilan og'rib qolish ehtimoldan xoli emas.

Klinik ko'rinishlariga qarab sistemali sklerodermiyaning quyidagi shakllari tafovut qilinadi: 1) badan terisi bir tekis zararlanish bilan o'tadigan klassik shakldagi sklerodermiya, bunda jarayon tez zo'rayib boradi va kasallikning ilk davridayoq ichki organlar zararlanadi; 2) badan terisini cheklangan tarzda zararlanishi, asosan barmoq va yuz terisi zararlanishi bilan o'tadigan shakli (KREST-sindrom). Kaltsinoz, Reyno sindromi, qizilo'ngach zararlanishi, teleangiektaziya bilan o'tadigan sklerodaktiliya qo'shilishi xarakterlidir. Bunda ichki organlar

jarayonga ancha kechki muddatlarda tortiladi. Bu kasallik yengil shaklda o'tadi.

Etiologiyasi va patogenezi. Bu kasallikning etiologiyasi ma'lum emas, lekin sistemali sklerodermiyani autoimmun kasalliklar guruhiga kiradi deb hisoblanadi. Kasallikning patogenezida quyidagilar muhim o'rin egallaydi: kollagen sintezining buzilishi, mikrotsirkulyator o'zan tomirlari birinchi navbatda zararlanib, so'ngra o'ziga xos sklerodermik angiopatiya (obliteratsiyalovchi endarteriolit) boshlanishi xarakterli. Terida zo'rayib boradigan fibroz boshlanishi asosan fibroblastlar tomonidan zo'r berib odatdagi tuzilishda bo'ladigan kollagen sintezlanishiga bog'liq. Bunda kollagen degradatsiyasida ishtirok etuvchi kollagenazani fibroblastlar norma uchun xarakterli bo'lgan miqdorda ishlab chiqaraveradi, shunga ko'ra kollagen sintezi kuchaygandek, ortiqcha bo'lib qoladi.

Biriktiruvchi to'qimaning ortiqcha miqdorda va sistema doirasida o'sib borishida immunologik omillar muayyan o'rin tutadi deb taxmin qilinadi. Kasallik endi boshlanib kelayotgan ilk davrda yallig'lanish infiltrati hujayralari orasida kollagenga sensibilizatsiyalangan T-limfotsitlar topiladi. Kollagenga nisbatan sekinlik bilan yuzaga chiqib boradigan o'ta sezuvchanlik reaksiyasi limfokinlar ajralib chiqishini boshlab bersa ajab emas, ma'lumki, bu limfokinlar fibroblastlarni o'ziga tortib, kollagen sintezi kuchayishiga yo'l ochadi.

Sistemali sklerodermiya kasalligida gumoral immunitet ham izdan chiqadi. Qon zardobida ko'pincha gipergammaglobulinemiya, antinuklear antitelolar va revmatoid omil topiladi. Yaqinda antinuklear antitelolarning ikki turi aniqlandi. Ularning 5 (1-70 (skleroderma-70) deb ataladigan bir turi sistemali sklerodermiyasi tarqoq xilining 30-40% hollarida topiladi, holbuki, antisentromer antitanalar (markaziy xromatinga ta'sir o'tkazuvchi antitelolar) KREST-sindromida 50-70% hollarda aniqlanadi.

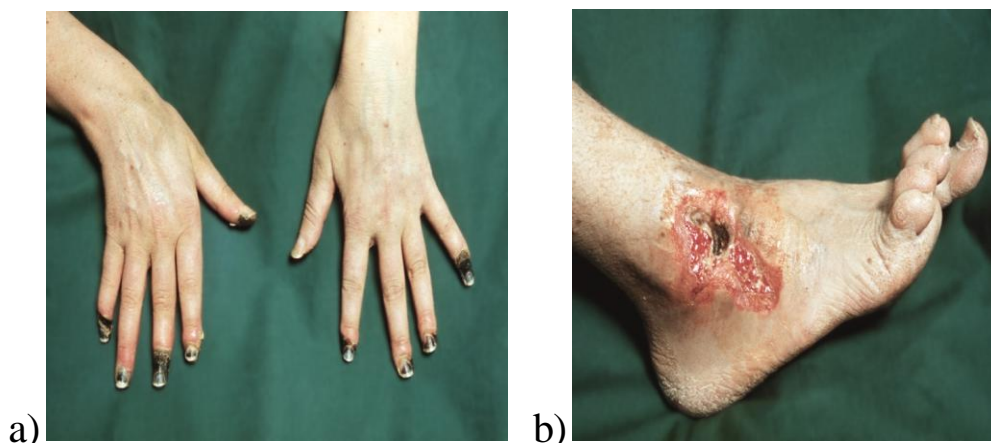
Sistemali sklerodermiya obliteratsiyalovchi endarteriolitga o'xshab ketadigan va talaygina vazospastik o'zgarishlarga olib boradigan o'ziga xos tarqoq bir tomir patologiyasi deb ham hisoblanadi.

Mikrotsirkulyator o'zanning zararlanishi tomirlar endoteliysining bemorlar qon zardobida bo'ladigan tsitotoksik omili ta'sirida birlamchi tartibda zararlanishiga bog'liq deb hisoblanadi. Endoteliyning zararlanishi trombotsitlar adgeziyasi bilan agregatsiyasiga va periadventitsial fibrozga yo'l ochuvchi trombotsitar omillar ajralib

chiqishiga olib keladi. Tomirlar yo'li torayib qoladi, shu narsa turli organlarning ishemiya tufayli zararlanishiga sabab bo'ladi.

Patologik anatomiyasi. Sistemali sklerodermiyada patologik jarayon turli organlarda avj oladi, lekin badan terisi, suyak-mushak sistemasi, me'da-ichak yo'li, o'pka, buyrak, yurak ko'proq zararlanadi. Teridagi o'zgarishlar barmoqlardan, qo'llarning distal bo'limlaridan boshlanadi. So'ngra jarayon qo'llarning yuqoriroq qismlariga, yelkalar, bo'yin va yuzga tarqalib boradi. Morfologik o'zgarishlarning uch bosqichi tafovut qilinadi: 1) qattiq shish bosqichi; 2) indurasiya bosqichi; 3) atrofiya bosqichi. Kasallikning **birinchi bosqichida** terida shish, bo'ladi, unda asosiy modda miqdori ko'payib, tomirlar va teri unumlari atrofida yallig'lanish infiltrasiyasi paydo bo'ladi. **Ikkinchi bosqichida** dermada skleroz boshlanib, tomirlar devorida skleroz va gialinoz paydo bo'ladi, kollagen dastalari yo'g'onlashadi, gialinoz boshlanib, teri osti kletchatkasi ham jarayonga qo'shilib ketadi. **Uchinchi bosqichi** - teri atrofiyasi, kasallik boshidan bir necha yil o'tganidan keyin boshlanadi. Mikroskop bilan tekshirib ko'rilganida teri va teri osti kletchatkasida gialinlashgan to'qima maydonchalari va diffuz epidermis atrofiyasi, mikrotsirkulyator o'zan tomirlarining ancha puchchayib qolgani, teri unumlarining atrofiyaga uchragani ma'lum bo'ladi. Ana shu o'zgarishlar nekrozlar hamda trofik yaralar bilan birga davom etib boradi. Bundan tashqari, terida oqarib qolgan (vitiligo bo'lgan) va dog' tushib, qoraygan joylar paydo bo'ladi. Kishining yuzi niqobga o'xshab qoladi. Teri osti kletchatkasida o'choqli va tarqoq ravishda ohak to'planib qolgan joylar topiladi, KREST-sindromida bular ayniqsa sezilarli bo'ladi.

Sistemali sklerodermiyada terida ro'y beradigan o'zgarishlar ko'pincha bo'gimlar, suyaklar va muskullarning zararlanishi bilan birga davom etib boradi. Nospetsifik ekssudativ sinovit boshlanib, sinovial pardalar fibrozlanishi, keyinchalik pastda yotgan suyak so'rilib ketishi (rezorbsiya) kuzatiladi. Barmoqlar ingichkalashib, uchi o'tkirlashadi va parranda panjalariga o'xshab qoladi. Teri fibrozi ularning xarakatini cheklab qo'yadi. Barmoq uchlarining sklerotik atrofiyasi barmoqlar uchi falangalarining yo'qolib ketishi bilan tugallanishi mumkin. Qaytalanib turadigan yaralar, tomirlar bituviga aloqador surunkali ishemiya barmoqlarning o'z-o'zidan tushib ketishiga amputatsiyasiga olib kelishi mumkin.



106 a va b surat

a) Sklerodermik barmoq

b) Oyoq terisida paydo bo'lgan yara (yara suyakka borgan)

Periartikulyar biriktiruvchi to'qima sklerozi bo'g'imlar harakatini cheklab qo'yadi. Biroq, bo'g'imlar destruksiyasi kamdan-kam kuzatiladi. Keyinchalik fibroz boshlanishiga olib boradigan o'choqli yallig'lanish infiltratlari skelet muskullarida ham paydo bo'lishi mumkin. Buning natijasida sistemali sklerodermiya bilan og'rikan kasallarda muskullar atrofiyasi boshlanadi.

O'pkada alveolar to'siqlarida diffuz interstitsial fibroz boshlanadi, bu fibroz boshlanishi asosan fibroblastlar tomonidan zo'r berib odatdagi tuzilishda bo'ladigan kollagen sintezlanishiga bog'liq, bu kuchayib boruvchi hansirashga olib keladi. Mayda tomirlarning devorlari tobora qalinlashib boradi. O'pkada biriktiruvchi to'qima o'sib ketishi natijasida kistalar paydo bo'lishi mumkin.

Yurakda asosan tomirlar atrofida interstitsial fibroz, limfotsitlar bilan makrofaglardan tashkil topgan perivaskulyar infiltratlar topiladi. Mayda arteriyalar va arteriolalarning devorlari qalinlashib qoladi. O'pkadagi pnevmoskleroz yurak o'ng qismining gipertrofiyaga uchrashiga olib keladi.

Me'da-ichak yo'lida shilliq parda va silliq muskullar atrofiyasi, shilliq parda orasidagi asos va seroz parda sklerozi bilan gialinozi boshlanib, eroziyalar va yaralar paydo bo'ladi. Asosan qizilo'ngach, me'da, ingichka ichak zararlanadi, yo'g'on ichakning zararlanishi kamroq uchraydi. Jigarda periduktal, perivaskulyar skleroz kuzatiladi. Bo'lakchalar ichida fibroz boshlanishi kamroq kuzatiladi. Tomirlarning devori gialinlanib, gepatotsitlar yog'li distrofiyaga uchraydi.

Buyraklarda tromboz, mikroinfarktlar, po'stloq moddasining nekrozlari topiladi, sklerodermik buyrak deb aytiladi. Mayda arteriya

intimalarida kontsentrik ravishda proliferatsiyaga uchraydi, glikozaminglikanlar depozitlari topiladi, ichki elastik membrana reduplikatsiyasi va gialinoz kuzatiladi. Lekin bu o'zgarishlar gipertenziya darajasiga to'g'ri kelavermaydi. Bundan tashqari, buyraklarda arteriolalarning fibrinoid nekrozi, ko'ptokchalarning o'choqli nekrozlari topiladi, bazal membrana qalin tortib, mezangiya kattalashadi, buyrak kanalchalari epiteliysi distrofiya va nekrozga uchraydi. Kasallarning yarmidan ko'ra ko'prog'i buyrak yetishmovchiligi tufayli o'lib ketadi.

Nerv sistemasida, jumladan periferik nerv sistemasida ro'y beradigan o'zgarishlar mikrotsirkulyator o'zan tomirlarining zararlanishiga bog'liq bo'ladi.

Klinik ko'rinishlari. Kasallikning sistema doirasida tobora zo'rayib boruvchi tabiatini aks ettiradi. Aksari hollarda bu kasallik Reyno kasalligiga xarakterli bo'lgan tomirlarga xos o'zgarishdan boshlanadi. Terida o'zgarishlar ro'y berishidan avval odatda tomirlarda o'zgarishlar boshlanadi. Terining tobora ko'proq kollagenlanishi qo'llarning atrofiyaga uchrab, tomirlar harakatchanligining cheklanib qolishiga, keyinchalik esa kontrakturalar paydo bo'lib, muskul harakatlari izdan chiqishiga olib keladi. Skelet muskullaridagi sklerotik jarayonlar va ularning atrofiyaga uchrashi bu o'zgarishlarni yanada kuchaytiradi. Sistemaga doir sklerodermiya bilan og'rikan barcha kasallarda tayanch-harakat apparati zararlanadi va bu - kasallarning majruh bo'lib qolishiga olib keladigan sabablardan biri bo'lib hisoblanadi. Kasallarning 80-90 % ida teri xarakterli tarzda zararlanadi, shu narsa ularning tashqi qiyofasini o'zgartirib qo'yadi. Kasallarning yuzi shaklan niqobga o'xshab qoladi, lablari atrofida burmalar paydo bo'ladi (Kiset simptomi, 107 suratiga qarang), qo'l panjalarida sklerodaktiliya hodisasi kuzatiladi. Yuz va barmoqlar tomirlari kengaygan. Barmoqlar terisi taranglashgan va zichlashgan, asosan bunday bemorlarda Reyno sindromi kuzatiladi. Dard zo'rayib borgan sayin badan terisi tobora ko'proq zararlanaveradi.



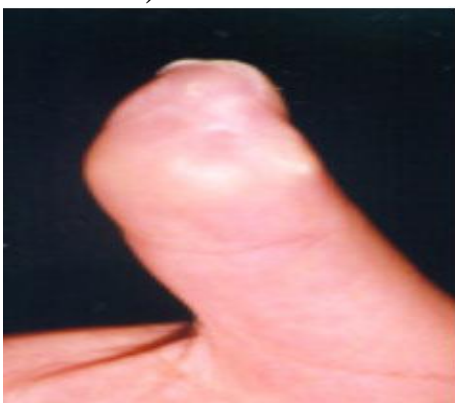
107 surat

Terida sklerotik jarayonlar bilan birgalikda ba'zi joylarda rangi o'chib oqarib qolgan, rangi to'qlashib, dog' tushgan sohalar paydo bo'ladi. **Me'da-ichak yo'lining** zararlanishi qizilo'ngach peristaltikasi susayib, ovqat yaxshi o'tmay qolishi (disfagiya) ko'rinishida namoyon bo'ladi. Ingichka ichak shilliq pardasi tagidagi asos va muskul qavati atrofiyaga uchrab, fibrozlanishi tufayli oziq moddalarning so'rilishi izdan chiqadi.

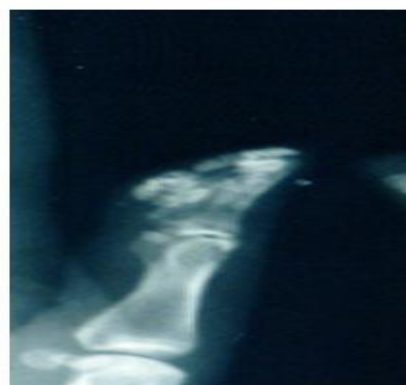
O'pkada diffuz pnevmoskleroz boshlanib, ba'zan kistalar paydo bo'ladi. Plevra fibrozi ko'zga tashlanadi, shu narsa pirovardida bronxoektazlar, emfizema boshlanishiga olib keladi. Klinik jihatdan olganda, bu o'zgarishlar doimiy yo'tal, nafas yetishmovchiligiga xarakterli simptomlar ko'rinishida namoyon bo'ladi. O'pkaning zararlanishi yurak o'ng qismida yetishmovchilik boshlanishiga olib boradi.

Buyraklar odatda sistemali sklerodermiyasi yarim o'tkir va surunkali tarzda o'tib boradigan mahalda jarayonga tortilib, keyin glomerulonefrit va nefrotik sindrom boshlanadi. Buyrak chinakkam sklerodermik holiga tushganida tez orada buyrak yetishmovchiligi: azotemiya, oligouriya, anuriya, arterial gipertenziya boshlanishi xarakterlidir, shu narsa bemorlarning o'limiga sabab bo'lishi mumkin. Nerv sistemasida neyrotsirkulyator distoniya, polinevrit manzarasi kuzatiladi.

KREST-sindromida bemorlarda beshta xarakterli belgi: kalsinoz, sklerodaktiliya, ezofagit, Reyno sindromi va teleangioektaziya kuzatiladi (108 suratlar).



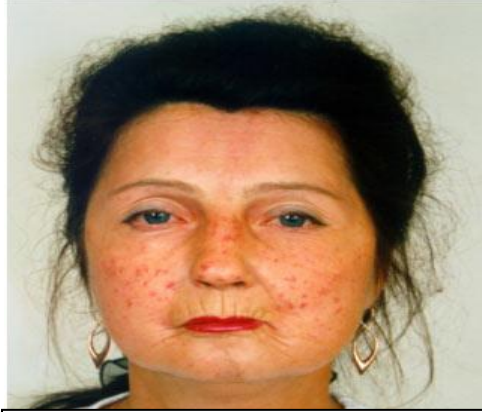
Yumshoq to'qima kaltsinozi



Yumshoq to'qima kaltsinozini rentgenogrammasi



Sklerodaktiliya



Teleangioektaziya va kiset simptomi

108 surat

Shuning uchun ham bu sindromning nomi unda uchraydigan shu simptomlar lotincha nomlarining birinchi harflaridan olingan.

Kasallikning oqibati uning qay tariqa o'tishiga, o'z vaqtida aniqlab olinib, tegishli davo qilingan-qilinmaganiga bog'liq. Kasallik surunkali tarzda o'tadigan mahallarda odatda bir qadar yaxshiroq bo'ladi, chunki jarayon sekinlik bilan avj olib boradi va badan terisi bilan sklerotik jarayonlar asta-sekin boshlanadi. Sistemali sklerodermiya o'tkir tarzda o'tadigan mahallarda, ayniqsa chin sklerodermik buyrak holati boshlanadigan hollarda kasallikning oqibati yomon, chunki buyrak yetishmovchiligi tez kuchayib borib, o'limga olib kelishi mumkin.

Mavzular yuzasidan test savollari.

1. "CREST" sindromiga kirmaydigan belgi

- a) Reyno sindromi
- b) O'pkaning zaralanishi
- c) Teleangioektaziya
- d) Ezofagit

2. "CREST" sindromiga nima xos?

- a) Poliartrit
- b) Kardioskleroz
- c) Sklerodaktiliya
- d) Miokardit

3. 3 ta va undan ko'p bo'g'im yalliglanishi- bu...

- a) Monoartrit
- b) Oligoartrit
- c) Biartrit
- d) Poliartrit

4. Artrit, yuzdagi kapalaksimon dermatit (eritema), nefrit qaysi kasallikka xos?

- a) Sistemali qizil volchanka
- b) Dermatomiozit
- c) Sistemali sklerodermiya
- d) Revmatoidli artrit

5. Tugunchali periarteriitni davolashda asosan ishlatiladi

- a) Yurak glikozidlari
- b) Gipotenziv vositalar
- c) Antibiotik va sulfanilamidlar
- d) Glyukokortikoid va yalliglanishga qarshi vositalar

6. Biriktiruvchi to'qima va mayda qon tomirlarning tizimli shikastlanish kasalligi?

- a) Tugunchali periarteriit
- b) Sistemali sklerodermiya
- c) Sistemali qizil bo'richa
- d) Revmatizm

7. Biriktiruvchi to'qimaning va tomirlarning autoimmun tizim kasalligi bo'lib, qon tomirlar va ichki a'zolar zararlanishi bilan kechadigan kasallik

- a) Gastrit
- b) Miokardit
- c) Sistemali qizil volchanka
- d) Pnevmoniya

8. Biriktiruvchi to'qimaning diffuz kasalligi bo'lib, silliq va ko'ndalang-targ'il mushaklar, teri va ichki a'zolar zararlanishi bilan kechadigan kasallik...

- a) Sistemali sklerodermiya
- b) Takayasu kasalligi
- c) Tugunchali periarteriit
- d) Dermatomiozit

9. Biriktiruvchi to'qimaning diffuz kasalligi umumiy klinik belgilari hisoblanadi:

- a) Autoimmun va immunokompleksli yalliglanish markerlari aniqlanishi
- b) Allergiya va paraallergiya bilan birga kelishi
- c) Sistemali yalliglanishlar, klinik polimorfizm
- d) Artralgiyalar yoki artritlar, miozitlar, serozitlar, vaskulitlar

10. Bo'gimlarda kontraktura, Reyno sindromi, mikrostromiya, ezofagoskleroz, teri atrofiyasi qaysi kasallik klinik belgisi hisoblanadi:

- a) Sklerodermiya
- b) Revmatoidli artrit
- c) Dermatomiozit
- d) Miksedema

11. Qaysi kasallik klinik belgisiga CREST sindromini kiritish mumkin

- a) Sistemali sklerodermiya
- b) Sistemali qizil volchanka
- c) Dermatomiozit
- d) Tugunchali periarteriit

12. CREST sindromi qaysi kasallik uchun xos

- a) Sistemali qizil volchanka
- b) Bextero kasalligi
- c) Tizimli sklerodermiya
- d) Revmatoid artrit

13. Dermatomiozidta necha foiz bemorlarda yurak –tomir tizimi shikastlanadi?

- a) 30-40%
- b) 20-30%
- c) 35-45%
- d) 60-70%

14. Dermatomiozidta prednizalon yaxshi natija bermaganda qanday preparat qo'llaniladi?

- a) Glyukoza
- b) Deksametazon
- c) Hidrokartizon
- d) Azatiopirin

15. KREST sindromiga xos

- a) Sklerodaktiliya
- b) Artrit
- c) Dermatit
- d) Poliserozit

16. Dermatomiozit asosan necha yoshda uchraydi?

- a) 40 yoshlardan so'ng
- b) 20-25
- c) 30-35
- d) 70

17. KREST sindromiga xos emas

- a) Ezofagit
- b) Anemiya
- c) Reyno sindromi
- d) Kaltsinoz

18. Dermatomiozit necha foiz polimiozit bilan kechadi?

- a) 50%
- b) 30%
- c) 15%
- d) 20%

19. Dermatomiozit nima?

- a) Silliq mushak va tomirlarning yallig'lanishi
- b) Moddalar almashinuvining buzilishi
- c) Ichak shilliq qavatlarining yallig'lanishi
- d) Skelet, silliq mushaklarning surunkali yallig'lanishi

20. Dermatomiozit qo'zg'atuvchisi?

- a) Aylanma lishay
- b) Streptakokk
- c) Stafilakokk
- d) Pnevkokk

21. Sistemali qizil volchankada tashxis qo'yishga yordam beradi, qondagi...

- a) Umumiy oqsil
- b) Seromukoid
- c) Revmatoid faktor
- d) LE hujayralar

22. Dermatomiozit turlari:

- a) Paraneoplastik
- b) Idiopatik
- c) hammasi to'g'ri
- d) Yuvenil

23. Dermatomiozit uchun xarakterli bo'lmagan belgi:

- a) Mushaklar atrofiyasi
- b) Paraorbital shishlar
- c) Eroziv artrit
- d) Qon zardobida kreatinfosfokinaza miqdorining oshishi

24. Dermatomiozit uchun xarakterli bo'lmagan belgi:

- a) Disfagiya
- b) Paraorbital shishlar
- c) Yelka sohasidagi mushaklar bo'shashi
- d) KFK miqdorining oshishi

25. Dermatomiozidta asosan qanday a'zo va sistemalar zararlanadi?

- a) Suyak sistemasi
- b) Ko'ndalang-targil va silliq muskulatura
- c) Nerv sistemasi
- d) Hech qanday a'zo va sistemalar zararlanmaydi

26. Dermatomiozitning etiologik omili

- a) Streptakokk
- b) O'sma kasalliklari, viruslar
- c) Stafilakokk
- d) Pnevmonokk

27. Sistemali qizil volchankani katta diagnostik mezonlariga kiradi

- a) Seromukoidning qonda topilishi
- b) Revmatoid faktorni aniqlash
- c) LE xujayraning topilishi
- d) Isitma

28. Dermatomiozit klinik belgilari hisoblanadi: a) paraorbital shish; b) "ko'zoynak" simptomi; v) mushaklar bo'shashi; g) "kapalak"simptomi; d) halqasimon eritema. To'g'ri javoblar kombinatsiyasini tanlang:

- a) a, b
- b) a, b, v
- c) b, v
- d) v, g

29. Dermatomiozitni davolashda qo'llaniladigan preparat?

- a) Prednizalon
- b) Antibiotiklar
- c) Vitaminlar
- d) Glyukoza

30. KREST sindromiga xos:

- a) Ezo fagit
- b) Gepatit
- c) Splenomegaliya
- d) Gastroduodenit

31. KREST-sindromi qaysi kasallikka xos

- a) Dermatomiozit
- b) Revmatoidli poliartrit
- c) Sistemali qizil volchanka
- d) Sistemali sklerodermiya

32. KREST-sindromiga xarakterli mezonlar: a) kardit; b) eroziya; v) Reyno sindromi; g) sklerodaktiliya; d) teleangiektaziya. To'g'ri javoblar kombinatsiyasini tanlang:

- a) v, g
- b) a, b
- c) v, g, d
- d) b, v

33. Tugunchali periarterit...kasalliklar guruhiga kiradi

- a) Somatik
- b) Autoimmun
- c) Yuqumli
- d) Meda ichak kasalliklari

34. Kush panjasi va kalamush tishlash sindromi qaysi kasallikda kuzatiladi

- a) Sistemali sklerodermiya
- b) Sistemali qizil volchanka
- c) Revmatoid artrit
- d) Tugunchali periartereit

35. Lab atrofida burmalar (kiset) bo'lishi xarakterli?

- a) Sistemali sklerodermiya
- b) Sistemali qizil bo'richa
- c) Dermatomiozit
- d) Tugunchali periartrit

36. LE xujayra..... aniqlanadi

- a) Sistemali sklerodermiyada
- c) Shegren kasalligida

b) Sistemali qizil volchankada

d) Kashin-Bek kasalligida

37. LE-xujayra-bu...

a) Boshqa hujayralar yadrosini saqlovchi eozinofillar

c) Ko'p yadroli neyetrofillar

b) Boshqa hujayralar yadrosini saqlovchi monotsitlar

d) Boshqa hujayralar yadrosini saqlovchi limfotsitlar

Suyak mushak tizimiga oid muammoli masalalar.

1 masala.

Bemor jinsi ayol, 23 yoshda, shifokor qabuliga kelganda o'zini ko'p yillardan buyon kasal deb takidladi va qo'l va oyog' bo'g'inlarida asosan simmetrik bo'g'inlarida og'riq borligini, og'riqlarni ertalablari kuchayishi va kechga harab yoki tinch holatda biroz sekinlashishi, ertalablari qo'llarini uyushishi hamda biroz harakatlengandan so'ng qo'llari harakati yaxshilanishini aytdi. Bemor so'rab surishtirilganda holsizlik, ishtahasini yo'qligi va biroz tana haroratini ko'tarilishi aniqlandi. Bemor ko'zdan kechirilganda qo'l barmoqlari morjning suzgichiga o'xshaydi va biroz deformatsiya kuzatiladi.

Bemorga qanday taxminiy tashxis qo'yasiz?

Bemor ko'zdan kechirilganda qanday o'zgarishlar ko'rish mumkin?

Palpator o'zgarishlarni aytib bering.

Bemorning qonidagi o'zgarishlarni aytib bering.

Bemordagi rentgenologik o'zgarishlarni aytib bering.

2 masala

Bemor 31 yoshda, jinsi ayol, ko'p yillardan buyon dispanser nazoratida turadi, shifokor qabuliga kelganda ko'zdan kechirilib barmoqlari bo'g'inlarida shish, deformatsiya, chiqishlar, ankiloz borligi aniqlandi. Bemorning barmoqlari tashqari tomonga yo'nalgan (morj suzgichiga o'xshash) va g'oz buyniga o'xshab qolgan (g'oz buyni simptomi) shular bilan birga kontrakturasi ham bor. Bemorning qonida albuminlar kamaygan, globulinlar miqdori va fibrinogen oshgan ya'ni disproteinemiya va S reaktiv oqsil borligi aniqlandi.

Bemorga taxminiy tashxis qo'ying.

Bemorning shikoyatlarini aytib bering.

Kasallikning patogenezi aytib bering.

Bemordagi palpator o'zgarishlarni aytib bering.

Rentgenologik o'zgarishlarni aytib bering.

3 masala

Bemor 28 yoshda, jinsi ayol, shifokor qabuliga kelganda qonning biokimyoviy tahlili topshirish tavsiya etildi va rang ko'rsatkichi 0,7 ya'ni gipoxrom anemiya, EChT 30 mm/s yuqoriligi, disproteinemiya (gipergammaglobulinemiya, qon zardobida alfa 2 globulinlar va fibrinogen miqdori oshganligi), S reaktiv oqsil va qonda seromukoid yuqoriligi aniqlanib, bo'g'inlarini rentgenografiya qilindi va bo'g'inlarda deformatsiya, suyak epifizlari osteoporozi, bo'g'in tirqishlari torayganligi, bo'g'in yuzasida eroziya, bo'g'in yuzasi chetlarida osteofitlar, bo'g'inlarida chiqishlar borligi shular bilan birga bo'g'in tirqishlarini bitib ketganligi (ankiloz) aniqlandi.

Sizning taxminiy tashxisingiz qanday?

Bemor shikoyatlarini sanab o'ting.

Bemorni ko'zdan kechirganda qanday o'zgarishlar kuzatiladi.

Palpator o'zgarishlarni aytib bering.

4 masala

Bemor 47 yoshda, jinsi ayol, tibbiy ko'rik vaqtida shifokor tomonidan so'rab surishtirganda 10-15 yil oldin revmatizm bilan kasallanganligi va shu kasallik tufayli davolanib turishi aniqlandi, ko'zdan kechirilganda barmoqlari morj suzgichi shakliday, barmoqlarda deformatsiya mavjud va qoni tekshirilganida eritrotsitlar cho'kish tezligi 45 mm/s ligi, S reaktiv oqsil aniqlandi.

Taxminiy tashxis qo'ying.

Bemorni ko'zdan kechirganda qanday o'zgarishlar ko'rishimiz mumkin?

Bemorning qonida qanday o'zgarishlar bo'ladi?

Rentgenologik qanday o'zgarishlar ko'rish mumkin?

5 masala

Bemor 18 yoshda, jinsi ayol, qishloq vrachlik punktida kelganda qo'llari barmoqlarini uydan ya'ni issiq xonadan tashhariga chiqqanida sovuqda oqarib qolishi, achishib, kuyishib og'rishi, sovuq qotishiga shikoyat qildi. Bu holat keyinchalik barmoq uchlarini ko'karib qolishi, qo'l barmoqlarida qon aralash suyuqlik bilan to'lgan pufakchalar va keyinchalik ular o'rnida ba'zan suyakgacha boradigan nekrotik yaralar paydo bo'lishini takidlab o'tdi.

Bemorga taxminiy tashxis qo'ying.

Bu patologik holat qaysi kasalliklar uchun xos.

Bu bemorlarga qanday tekshiruvlar olib boriladi?

6 masala

Bemor 24 yoshda, jinsi ayol, shifokor qabuliga kelganda tug'ruqdan so'ng sochlari to'kilishini, bo'g'inlarida og'riq borligi, oqiz bo'shlig'ida og'riqsiz yaralar paydo bo'lganligi va kuchayib boruvchi hansirash bezovta qila boshladi. Bemorning bo'g'inlarida shish bor, qoni tekshirilganda LE hujayralar va siydigi teshirilganda oqsil borligi aniqlandi. Bemorning o'pkasi rentgenografiyasida fibrozlovchi alveolit rivojlangan.

Bemorning taxminiy tashxis qo'ying.

Bemorni ko'zdan kechiring.

Yurak qon tomir tizimidagi va auskultativ o'zgarishlarni aytib bering.

Qondagi o'zgarishlarni aytib bering.

7 masala

Bemor 17 yoshda, jinsi ayol, shifokor qabuliga kelganda emlashdan so'ng, gripp kaslligiga chalingan so'ng oqiz bo'shlig'ida shilliq qavatida yaralar poydo bo'lganligi, badanlarida tashmalar paydo bo'lganini, bo'g'inlarida og'riq borligi, yuzlarida yonoq sohasida va burunning usti bilan eritematoz tashma paydo bo'lganligi, yo'talga shikoyat qildi. O'pka auskultatsiya qilinganda krepatatsiya va qisman xryllashlar eshitiladi. Bemorning qoni tekshirilganda Vasserman reaksiyasi musbatligi va antinuklear omil mavjudligi, LE hujayralar aniqlandi.

Bemorning taxminiy tashxisini ayting.

Bemorni ko'zdan kechiring.

Buyrakda bo'ladigan o'zgarishlarni aytib bering.

Qondagi o'zgarishlarni aytib bering.

8 masala

Bemor 18 yoshda, jinsi ayol, 15 haftalik homilador shifokor gnekolog qabuliga kelganda qon tahlili olindi va tekshirilganda eritrotsitlar 3 mln-anemiya, leykotsitopeniya -3,4 ming va LE hujayralar antinuklear omil va Vasserman reaksiyasi musbatligi aniqlandi. Homilador ko'zdan kechirilganida yuzlarida yonoq sohasida va burunning usti bilan eritematoz tashma borligi va sochlarini to'kilishi hamda bo'g'inlarida og'riq borligi aniqlandi.

Bemorga qanday taxminiy tashxis qo'yasiz?

Bemorni ko'zdan kechiring.

Buyrak va siydikdagi o'zgarishlarni aytib bering.

Plevra va serroz pardalardagi hamda bog'imlardagi rentgenologik o'zgarishlarni aytib bering.

9 masala

Bemor 22 yoshda, jinsi ayol, homilador, ayollar maslahat xonasida siydik analizi topshirdi va oqsil miqdorining ko'pligi, eritrotsitlar, leykotsitlar borligi aniqlandi. Bemorni so'rab surishtirganda bo'g'imlarida og'riq borligi sochlari to'kilishi va ko'zdan kechirganda

badanlarida toshmalar borligi shu bilan birga kapalak simptomi musbatligi aniqlandi. Bemorning qoni tekshirilganda Vasserman reaksiyasi musbatligi aniqlandi

Bemorga taxminiy tashxis qo'ying.

Bemor shikoyatlarini aytib bering.

Bemorning qonida, siydigida qanday o'zgarishlar ko'rish mumkin.

Bemor serroz pardalaridagi, yurak qon tomir tizimidagi va perkutor o'zgarishlarini aytib bering.

10 masala

Bemor stomatolog qabuliga kelganda qo'li va oyog' bo'g'imlarida og'riq borligi, terilarida toshmalar toshganligi, tirnoqlari terisiga botib, atrofida yaralar hosil bo'lganligiga, yutishining qiyinligi, lab atroflarida, yuzida, til uchida anemeniya. qo'l barmoqlarini oqarib qolishi (Reyno sindromi). Oqiz va ko'z shilliq qavatlari qurishiga (ko'zdan yosh oqmaydi), teri va lab terilari tortilganligi natijasida og'iz qiyin ochilishiga hamda oruqlashga shikoyat qildi. Bemorni ko'zdan kechirganda lablari atrofida burmalar ya'ni kiset simptomi musbatligi aniqlandi. Bemor rentgenografiya qilinganida plevra bo'shlig'ida suyuqlik to'planganligi aniqlandi.

Bemorga taxminiy tashxis qo'ying.

Bemorni ko'zdan kechiring.

Bemordagi palpator va perkutor o'zgarishlarni aytib bering.

Bemorning qoni va siydigida bo'ladigan o'zgarishlarni aytib bering.

Bemordagi rentgenologik o'zgarishlarini aytib bering.

11 masala

Shifokor qabuliga kelgan bemor ko'zdan kechirildi va sochlari to'kilganligi, lablarida kiset simptomi mavjudligi, qo'llari barmoqlari qo'lqopsimon oqarganligi aniqlandi. Bemor so'rab surishtirilganida ovqat tamini sezmasligi va yutinish qiyinligi aniqlandi. Bemorning ko'zdan kechirganda barmoqlarda sklerodaktiliya, terilarida teleangioektaziya borligi namoyon bo'ldi.

Bemorga taxminiy tashxis qo'ying.

Serroz pardalarda bo'ladigan o'zgarishlarni aytib bering.

Suyak va mushak tizimidagi o'zgarishlarni ayting.

Bemordagi rentgenologik o'zgarishlarini aytib bering.

12 masala

42 yoshli bemor shifokor qabuliga kelganda o'zini 15 yildan buyon kasalligini takidlab qo'l barmoqlari issiq xonadan sovuqqa chiqsa barmoqlari qonsizlanib qolishi (Reyno sindromi) bezovta qilishini aytdi. Oxirgi yillarda kichik bo'g'inlarida og'riq borligi (artrit), lablari va til uchlarida anemeniya, qattiq ovqatni yutishining qiyinligi bezovta qila boshladi. qonda EChT-32 mm/s, qisman LE hujayralar borligi aniqlandi.

Sizning taxminiy tashxisingiz.

Bemorni ko'zdan kechiring.

Oqiz bo'shlig'idagi va hazm tizimidagi o'zgarishlarni aytib bering.

Suyak va mushak tizimidagi o'zgarishlarni, rentgenologik o'zgarishlarni aytib bering.

13 masala.

Bemor 32 yoshda, jinsi ayol, yurishda qiynalganligi tufayli qarindoshlari shifokor qabuliga olib kelishdi, so'ng bemor ko'zdan kechirildi. Bemor boshini tikka ko'tarib tura olmaydi, yurishda oyog'ini ko'tarib yura olmaydi, oyog'lari sudralib yuradi va qo'llarini ko'tarishga qiynaladi. Mushaklari palpatsiya qilinganda qattiq, xamirsimondir.

Bemorga taxminiy tashxis qo'ying.

Bemor shikoyatlarini (klinika) ayting.

Bemorning terisi va mushagida bo'ladigan o'zgarishlarni ayting.

14 masala

Bemor jinsi ayol, shifokor qabuliga kelganda ko'ylagini kiyishda qiynalishi, ovqatni yutishda qiynalishi, suyuq ovqatni burundan chiqishiga shikoyat qildi. Bemor ko'zdan

kechirilganda terisida toshmalar mavjud, mushaklari atrofiyaga uchragan va qattiq, xamirsimonidir. Qonda eritrotsitlar 3,7 mln, EChT 25 mm/s.

Bemorga taxminiy tashxis qo'ying.

Bemorning teri va mushaklaridagi o'zgarishlarni aytib bering.

Laborator tekshiruvlar natijasi qanday bo'lishi mumkin?

Sistemali kasalliklar test savollari bjavob variantlari

1- b	7- c	13-b	19- d	25- b	31-d
2- c	8- d	14-d	20- a	26- b	32-c
3- d	9- d	15-a	21- d	27- c	33-b
4- a	10- a	16-a	22- c	28- b	34-a
5- d	11- a	17-b	23- c	29- a	35-a
6- b	12- c	18-c	24- a	30- a	36- b
					37-c

Nazorat savollari va topshiriqlar

Sistemali qizil bo'richa kasalligi haqidagi malumotlar;

Sistemali qizil bo'richaning etiologiyasi patogenezi;

Sistemali qizil bo'richa bilan kasallahgan bemorlarni ko'zdan kechirish;

Sistemali sklerodermiya kasalligi haqidagi malumotlar;

Sistemali sklerodermiya etiologiyasi patogenezi;

Sistemali sklerodermiya bilan kasallahgan bemorlarni ko'zdan kechirish;

Sistemali dermatomiozit kasalligi haqida tushuncha;

Sistemali dermatomiozit etiologiyasi patogenezi;

Sistemali dermatomiozit bilan kasallahgan bemorlarni ko'zdan kechirish;

Revmatoidli poliartrit haqida malumot;

Revmatoidli poliartrit etiologiyasi patogenezi;

Revmatoidli poliartrit bilan kasallahgan bemorlarni ko'zdan kechirish;

Mustaqil ish topshiriqlari

Sistemali qizil bo'richa kasalligi bilan bemorlarni tekshirish rejasini tuzish;

Sistemali sklerodermiya kasalligi bilan bemorlarni tekshirish rejasini tuzish;

Sistemali sklerodermiyada Reyno sindromini aniqlay olish;

Sistemali dermatomiozit kasalligi bilan bemorlarni tekshirish rejasini tuzish;

Sistemali kasalliklar bilan kasallangan bemorlarni instrumental tekshiruvlardan o'tkazish va tekshiruv xulosalarini tahlil qilish;

Revmatoidli poliartrit bilan kasallangan bemorlarni rentgenologik tekshiruvga tayorlash va o'tkazishni hamda tahlil qilishni bilish;

Nafas va yurak qon tomir kasalliklariga shoshilinch yordam Koma va anafilaktik shok holatida shoshilinch yordam

Mavzuning maqsadi: Nafas va yurak qon tomir tizimi kasalliklariga shoshilinch yordam berish haqida tushunchaga ega bo'lish. Koma va anafilaktik shok holatida shoshilinch yordam berish.

Mavzu bayoni

Astma xurujining (pristupining, bo'g'ilish simptomining) uzoq muddat kechishi yoki davom etishi, organizmning yangi holati- astma statusiga (status astmatics) o'tishi (o'tkir boshlanishi ham) mumkin. Ushbu statusni og'ir kechishi bronxial astmani klinik kechishini o'zgarganligidan dalolat beradi. Simptomimetik va bronxolitiklarga rezistentligi, total o'pka obstruksiyasini tez rivojlanishi, o'tkir o'pka yurak, gipoksemik koma, gipoksemik giperkapniya, to'qimalar anoksiyasi va ikkilamchi politsitemiya kabi astma statusi (AS) simptomlari, bo'g'ilish simptomlaridan farq qiladi.

Astma statusini uchta bosqichi mavjud;

I-bosqich bu masofadan eshitiladigan shovqinlarni mos kelmasligi, ular ko'p, lekin auskultatsiyaga sust, nafas fonida tarqoq quruq xrillashlar kam. Yurak auskultatsiya qilinganda o'pka arteriyasida II ton aktsenti va II tonni ikkilanishini eshitishimiz mumkin. Yurak glikozidlariga rezistent taxikardiya yoki gipertenziyaga moyil bo'ladi. Bemorlarda tsianoz yaxshi rivojlanmagan va vahima hisi kuchaya boradi.

II bosqichda bronxlarni total obstruksiyasi bilan birga chuqur darajadagi nafas yetishmovchiligi kuzatiladi va taxipnoe yoki bradipnoe bilan kechadi. O'pka ekskursiyasi cheklanadi. Bronx va bronxiolalarda shilliqsimon balg'am to'planishi va ularni obstruksiyasi munosabati bilan quruq xrillashlar kam va past eshitiladi va hatto yo'qolishi ham mumkin gung o'pka (havo kirmaydi va chiqmaydi). Bu bosqishda gipertoniya, gipotoniya ham o'tadi. Dekompensatsiyalangan atsidoz va giperkapniya rivojlanadi.

III bosqichda gipoksemik koma rivojlanadi. Bemorlarda astma statusining barcha klinik simptomlari bilan birga diffuz tsianoz rivojlanib, sekin asta xotiralari yo'qoladi hamda barcha reflekslar so'na boshlaydi. Bu vaqtda gung o'pka bilan birga yurak tonlari susayadi, puls

kichik va tezlashadi, qon bosimi tushib, kollaps rivojlanadi. Nafas markazi paralichidan bemorlar vafot etadilar.

Astma statusining sabablari bu asosan β -adrenergik retseptorlarning katexolaminlar metabolizmining oraliq maxsulotlari bilan qamali (blokada) dir. Astma statusi rivojlanishiga uzoq muddat simpatomimetiklar, sedativ, antigistamin, uyqu chaqiruvchi dorilar olib kelish ehtimoli ko'proq. Bundan tashqari garmonal dori moddalarini bermay qo'yish, giposensibilizatsiyani noto'g'ri boshlash, surunkali kasalliklar xuruji yoki o'tkir yallig'lanishli kasalliklar ham olib keladi.

Patologoanatomik o'zgarishlar: Makroskopik: shilliqli balg'am bilan bronxlar obstruksiyasi, emfizema, bronxospazm. Mikroskopik-qadoqsimon hujayralar va shilliq ishlab chiqaruvchi bezlar ko'paygan va kipriksimon hujayralar kamaygan, bazal membrana qalinlashgan, bronx devorlarida eozinofillar ko'p.

Klinikasi; yo'tal va kuchayib boruvchi ekspirator hansirash, bo'g'ilish simptomi, gipoksiya natijasida yurak sohasida og'riq, nafas yetishmovchiligi bezovta qiladi.

Astma statusi-bu shunday holatki, bunda bemorlar majburiy holat egallaydi va bemorlar o'tirib ikala qo'llari bilan krovatga yoki yerga tayanib o'tiradilar. Bemorlarni ko'zdan kechirganda terilari rangida tsianoz ko'rish mumkin, og'izlarini ochib nafas oladilar, burunlari kengaygan, boyin venalari bo'rtib chiqqan, ko'krak qafasi shishgan-emfizematoz, qovurg'alar orasi kengaygan, nafas olish aktida yordamchi mushaklar ishtirok etadi. **Palpatsiyada** ovoz drillashi susaygan, **perkussiyada** quticha yoki timpanik tovush eshitiladi. O'pkaning pastki chegarasi pastga va yuqori chegarasi yuqoriga siljigan. O'pka ekskursiyasi cheklangan. Yurakning absalyut to'mtoqlik chegarasi kichraygan va o'ngga siljishi mumkin. Dimlanishlar hisobiga jigarning o'lchami kattalashishi mumkin. **Auskultatsiyada** sust nafas fonida, qisman quruq xryllashlar eshitiladi yoki umuman nafas shovqinlari eshitilmasligi (gung o'pka) mumkin. Yurak tonlari susaygan va taxikardiya eshitiladi. Bronxofoniya susaygan. **Tashqi nafas funksiyasi** tekshirilganda obstruktiv yoki pnevmoskleroz bilan birga kelganda aralash tipi bo'ladi. Qoldiq havo hajmi ortadi va nafas chiqarish rezerv hajmi kamayadi. Nafas chiqarish tezligi susayadi 60% dan kichik bo'ladi. Laborator tekshirish: Qonda kompensator eritrotsitoz, leykotsitoz, eozinofilyoz, nisbiy gipovolemiya kuzatiladi. Balg'am

tekshirilganda eozinofillar, epiteliy hujayralar, Sharko-Leyden kristallari va Kurshman spirallarini ko'rishimiz mumkin.

Shoshilinch yordam: Kislota-ishqor holatini nazorat qilib oksigenoterapiya bilan boshlab, shoshilinch holda garmonal preparatlar prednizolon 40-60-80 mg (deksametazon, polkartolon, gidrokortizon) vena ichiga. Bronxospazmolitik xususiyatga ega bo'lgan simpatomimetiklar (adrenalin 0,4-0,5-0,1%) yoki shuncha miqdorda atropin sulfat (0,1%-0,4) teri ostiga, qon bosimi yuqori va taxikardiya bo'lmasa va u qator preparatlar (astmopent, novodrin), eufillin eritmasi 2,4% 10,0; 15,0 vena ichiga 0,9%-10,0 natriy xlorini fiziologik eritmasiga, taxikardiya chaqirishi munosabati bilan va o'pka yurak yetishmovchiligida vena ichiga 0,05% -0,3 -0,5 strofantin (0,5-1,0-0,06% korglikon) yuboriladi. Ingalyatorlar astmopent, oksiprenalin, berotek, salbutamol va h.k. Antigistamin preparatlari suprastin 1,0-2,0 (tavegil, pipolfen, diazolin, loratol, fenkarol, ketotifen). Shular bilan birga atsidozni oldini olish maqsadida vena ichiga tomchilab 4%-250-500,0 natriy bikarbonat eritmasi quyiladi. Balg'amni yumshatish, suyultirish maqsadida vena ichiga 10%-10,0 natriy yoditi yuboriladi. Bular yordam qilmaganda A.V. Vishnevskiy usulida vagosimpatik paratraxaal qamal (blokada) qilinadi. Agarda gung o'pka hosil bo'lganda steroid garmonlar dozasi kopaytirilib, yoki traxeya intubatsiyasi, yoki suniy o'pka ventilyasiyasi (apparatda) o'tkaziladi. Degidratatsiya oldini olish maqsadida 1,5-2,0 litrdan kam bo'lmagan qonni almashtiruvchi suyuqlaklar quyiladi. O'pka shishini oldini olish maqsadida suyuqliklarga qo'shib diuretiklar qilinadi hamda kaliy xlor eritmasi va boshqa kaliy preparatlari qo'shiladi. Bu ko'rsatilgan yordamlar naf bermasa bemorlar narkoz (ftorotan) qilinadi.

Parhez: berilmaydi-syt, tuxum, yer tuti (klubnika), tsitrusli mevalardan limon, apelsin, mandarin, ananas, qovun, yong'oq va shunga o'xshash maxsulotlar, bazi bir baliq maxsulotlari, o'rdak, g'oz, kurka (indeyka) go'shtlari, shokolad, kofe, kakao maxsulotlari, uksus, gorchitsa, mayonez, rediska, asal, alkogolli ichimliklar, fanta, kola singari ichimliklar, zamburug'li maxsulotlar va h.k.

Sanatoriya va kurortlarga davolash asosan zoomin va oqtosh yaxshi naf beradi, remissiya vaqtida yuborish kerak.

Anafilaktik shok, klinik diagnostikasi, shoshilinch yordam

Anafilaktik shok tez tipdagi allergik reaksiya bo'lib, markaziy asab tizimining dastlab qo'zg'alishi va keyinchalik pasayishi, bronxospazm, keskin arterial gipotoniya bilan xarakterlanadi.

Etiologiya. Anafilaktik shokning sababi bo'lib, organizmga sensibilizatsiya chaqiruvchi moddalarni qayta tushishi hisoblanadi. Bu ko'pincha dori moddalar penitsilin, streptomitsin, novokain, vitamin V1, boshqa antibiotiklar, sulfanilamidlar, vaktsinalar, zardoblar, o'simlik changlari va boshqalar sanaladi. Takidlash lozimki, anafilaktik shok ilgari ishlatilgan antibiotiklarni qo'llanilganda (penitsilinga oz miqdorda sinov o'tkazishda) yoki birta shiprits, nina orqali ikkinchi xil dorini takror ishlatilganda ro'y beradi. Anafilaktik shokka moyilligi bo'lgan bemorlarni anamnezi so'ralganda ularda allergik reaksiyani ma'lum darajada belgilarini aniqlash mumkin bo'ladi. Odatda anafilaktik shok dorilarni parenteral va shilliq qavatlariga yuborilganda yuzaga keladi. Ba'zan hasharotlar chaqishida ham anafilaktik shok ro'y beradi.

Patogenezi. Antigenni organizmga (dori modda, vaktsina va b.q.) birlamchi tushishida antitelo hosil bo'lishi, har xil to'qimalarda maxkam o'rnashishi kuzatiladi. Bu moddalarni organizmga takror tushishida antigen-antitelo kompleksi hosil bo'ladi. Bunda semiz hujayralardan qonga ko'p miqdorda biologik faol moddalar gistamin, bradikinin, serotonin va boshqalar chiqadi, bular har xil a'zo va tizimlarga ko'p tomonlama ta'sir etadi, silliq mushaklar spazmiga, qon tomir devorining o'tkazuvchanligini oshishiga olib keladi. Antigenni tsirkulyatsiyadagi antitelolar bilan bog'lanishi komplementni faollashuviga, anafilotoksin paydo bo'lishiga olib keladi. Anafilaktik shok moddalarni birlamchi tushishida ham hosil bo'lishi mumkin.

Klinik manzarasi. Anafilaktik shok manzarasi o'ziga xos xususiyatlarga ega. Ko'rsatib o'tilganidek anafilaktik shok tez fursatda, allergenni organizmga tushgandan so'ng bir necha soniya yoki daqiqada (yarim soatgacha) o'tgandan so'ng rivojlanadi. Birlamchi simptomi bo'lib, bosh aylanishi, bosh og'rig'i, qo'rquv hissi, bezovtalik, sovuq ter bosishi, hansirash, ko'krak qafasida qisilish (siqilish) hissi, yo'tal xuruji paydo bo'ladi. Ayrim hollarda bir vaqtda teri qichishi, urtikar toshmalar, allergik shishlar, taxikardiya, yurak sohasi sanchib og'rishi, bemorning beli sohasida kuchli og'riq bo'ladi, qorinda og'riq, qusish, ich ketish,

talvasa tutishi kuzatiladi. Keyinchalik klinik belgilar o'zgaradi, tez orada halqum shishi, asfiksiya, kuchayib boruvchi gipotoniya, ichki a'zolarda shish va qon quyilishi (ayniqsa bosh miyada qon quyilishi xavfli) yuzaga keladi. Og'ir holatlarda bemor xushini yo'qotadi buning oqibati yomon tugaydi.

Davolash. Birinchi navbatda allergenni ta'sirini to'xtatish (dori yuborilishini to'xtatish agar vena ichiga yuborilayotgan bo'lsa, boshqa doridan bo'lsa uni berilishini to'xtatish, mushak orasiga yuborilgan bo'lsa atrofiga adrenalin yoki noradrenalin eritmasini yuborish, agar hasharotlar chaqishidan bo'lsa chaqgan joy yoki hasharot chaqgan joyni yuqorisidan jgut bog'lash, antigistamin vositalar (dimedrol, suprastin, tavegil, pipolfen, loratal, fenkarol, ketotifen va b.q.), antiallergik, yallig'lanishga qarshi glyukokortikosteroid garmonlar (prednizalon, deksametazon, gidrokortizon va b.q.) beriladi. Har bir individual holat uchun simptomatik davo qilinadi, No-spa, baralgin, platifillin va b.q. oksigenoterapiya, yurak glikozidlari-strofantin, korglukon, digoxin va h.k., angiotonik vositalar va boshqalar qo'llaniladi. Isitmasi ko'tarilishi munosabati bilan analgin 50% 2,0 va dimedrol 1%-1,0 vena ichiga yuboriladi. Vena ichiga kaltsiy xlor eritmasidan 10%-10-15,0 yuboriladi. Penitsilindan rivojlangan bo'lsa penitsilinaza fermenti qilinadi.

Tabiiy sharoitda bankalar, xantalmalar (garchichnik), grelkalar qo'yib, issiq suv berib turish ma'qul.

Nazorat savollari va topshiriqlar

Astma statusi haqida tushuncha bering va shoshilinch yordam ko'rsatishni ayting.

Krupoz pnevmoniya haqida tushuncha va shoshilinch yordam ko'rsatishni ayting;

Stenokardiya xuruji haqida tushuncha va shoshilinch yordam ko'rsatishni ayting;

O'tkir miokard infarkti haqida tushuncha va shoshilinch yordam ko'rsatishni ayting;

Yurak yetishmovchiligi haqida tushuncha va shoshilinch yordam ko'rsatishni ayting;

Gipertonik kriz haqida tushuncha bering;

Gipertonik krizda shoshilinch yordam ko'rsatishni ayting;

Anafilaktik shok haqida tushuncha va shoshilinch yordam ko'rsatishni ayting;

Kardiogen shok haqida tushuncha bering va shoshilinch yordam ko'rsatishni ayting;

O'pka shishi haqida tushuncha bering va shoshilinch yordam ko'rsatishni ayting;

Mustaqil ish topshiriqlari

Astma statusi bilan bemorlarni ko'zdan kechirish va uni diagnostik ahamiyati;

Krupoz pnevmoniya rentgenologik tekshiruv o'tkazish va rentgen plyonkasini baholashni bilish;

Stenokardiya xurujida EKG lentasini o'qiy olish;

O'tkir miokard infarkti EKG lentasini o'qiy olish;

Anafilaktik shokka tushgan bemorlarga shoshilinch yordam ko'rsata bilish;

Kardiogen shokka tushgan bemorlarga shoshilinch yordam ko'rsata bilish;

O'pka shishi bilan bemorlarga shoshilinch yordam ko'rsata bilish;

Asosiy darsliklar va o'quv qo'llanmalar

1. Abramova M.T. Gematologicheskiy atlas M. Tibbiyot 1979 y. 320 b
2. Abu Ali Ibn Sino Kanon vrachebnoy nauki. Toshkent 1996 y. 370 b
3. Bahodirov K.A., Yo'ldoshev K. Ichki kasalliklar tashxisi T. Ibn Sino nomidagi nashriyot-matbuot birlashmasi 1994 y. 532 b
4. Bahodirov K.A., Yo'ldoshev K. Ichki kasalliklar tashxisi va klinikasi T. Ibn Sino nomidagi nashriyot-matbuot birlashmasi 1996 y. 480 b
5. Belousov Yu. B., Karpov O. I., Leonova M. B., Efremenkova O. V. Kliniko – ekonomicheskaya otsenka sredstv, primenyayemix dlya profilaktiki i lecheniya ORVI. || Kachestvennaya klinicheskaya praktika. Spets. vipusk . 2002 . S . 2-24.
6. Bezlepko A.V. Protivovospalitel'naya terapiya xronicheskoy obstruktivnoy bolezni legkix //Pulmonologiya.-2009.-№ 4. str. 85-91.
7. Bobojonov S. Ichki kasalliklar T. Ibn Sino nomidagi nashriyot-matbuot birlashmasi 2003 y. 510 b
8. Vasilenko V.X., Grebenyov A.L., Golochevskaya V.C. Propedevtika vnutrennix bolezney M. Medicina 1989 y. 519 b.
9. A.B. Vinogradov. Diferentsialniy diagnostika vnutrennix bolezney. M. Tibbiyot 1987 y. 650 b
10. Gadayev A, Karimov M. Sh., Axmedov X. S., Ichki kasalliklar propedevtikasi:/ – T.: «Muharrir» nashriyoti, 2012 y
11. Grebenyov A.L. Propedevtika vnutrennix bolezney M. Medicina 1995. 592 b
12. Ershov F. I., Kasyanova N. B., Polonskiy O. V. Vozmojno li ratsionalnaya farmakoterapiya grippa i drugie ORVI g`g` Konsilium Medikum. Vo`p. Infektsii i antimikrobnaya terapiya. - 2003. -T.5.–N -6.
13. Ershov F.I. Sistema interferona v norme i pri patologii. -M: Tibbiyot.-1996.– 240s.
14. Jigar va o't yo'llari kasalliklari. Shifokorlar uchun qo'llanma/B79 V.T. Ivashkin. 2 chi tiraj.-M.: OOO Izdat dom "M Vesti", 2005.-370 b. Il. ISBN 5-901598-12-1
15. Jurnal. Kardiologiya. 2010 № 6. 14-20 bet
16. Kazlovskaya L.B., M.A. Uchebnoe posobiye po klinicheskim laboratornim metodam issledovaniya M. Tibbiyot 1975 y. 354 b

17. Kokosov A.N. Xranicheskiy bronxit i obstruktivnaya belemn lekix. SPb.; Lan; 2002.
18. Kovalyov Yu. R. Vnutrennie bolezni v voprosax i otvetax., Sankt-Peterburg. Foliant-2004.
19. Kudelya L. M. i soavt, Kompleksnaya terapiya obostreniy xronicheskoy obstruk- tivnoy bolezni legkix i bronxialnoy astmi. G`G` Konsilium. N-1, 2007 s 47-48.
20. Lobzin Yu. B., Mixaylenko V. P., Lvova N. I. Vozdushno- kapelnie infektsii / Yu.V. Lobzin – S - Pb.: IKF «Foliant» .2000. -184 s.
21. Makolkin V.I., Ovcharenko C.I. Vnutrennie bolezni. Rukovodstvo k prakticheskim zanyatiyam. M. Medicina 1999 y. 540 b.
22. Mashkovskiy M.D. Lekarstvenniy sredstv M. Tibbiyot 1988 y. v dvux tomax. 973 b
23. Muxin N.A., Moiseev V.C. Propedevtika vnutrennix bolezney M. : GEOT Az-Med, 2002 y. 768 b
24. Sh.S Narziyev, Vliyanie preparata inspiron v vosstanovlenii drenajnoy funktsii bronxov pri xponicheskoy obstruktivnoy bolezni lyoxkix. IX kongress yevroaziatskogo respiratornogo obshestva. VII kongress pulmonologov tsentralnoy azii. 2016 y. str 261.
25. Sh.S. Narziyev, O`H. Hazratov, D.K. Sadirova. Surunkali obstruktiv o`pka kasalligini davolashda inspironning samaradorligi. O`zbekiston terapiya axborotnomasi. 2016 y. № 4. 77 b.
26. Okorokov A.N. Diagnostika bolezney vnutrennix organov M. 2005 y. 465 b
27. Ryabchikova T.I., Smirnov A.B. b soav. Prakticheskoe rukovodstvo po propedevtika vnutrennix bolezney M. GOUVUNMTS 2004 y. 190 b
28. Strutinskiy A.B., Roytberg G.Y., Baranov A.P., Golonenko Yu.P. Osnovi semiotiki zabolevaniy vnutrennix organov. M. MeEDpres- inform 2004 y. 298 b3.
29. Smetnyova. A.S., V.G. Kukesa "Vnutrennie bolezni" Moskva. Tibbiyot 1982y.
30. Sharopov U.B., F.K. Gafarov, U.I. Shodmonov Ichki kasalliklar T. Ibn Sino nomidagi nashriyot-matbuot birlashmasi 1994 y. 460 b
31. Shulutkp V.A. Standarti diagnostiki i lecheniya vnutrennix bolezney M. Tibbiyot 2005 y. 890 b
32. Shuvalova Y.P. Infektsionniye bolezni M. Tibbiyot 1976 y. 486 b

33. Barnes P.J. Immunology of asthma and chronic obstructive pulmonary disease. *Nat. Immunol. Rev.* 2008; 8: 183-192.
34. Barnes P.J. Mediators of chronic obstructive pulmonary disease. *Pharmacol. Rev.* 2004; 56: 515-548.
35. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD). Global strategy for diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease. NHLBI/WHO workshop report. The 2009 report is available on www.goldcopd.com
36. Harrison Principles of Internal Medicine, 14th edition, 1996 y
37. Koivula I, Sten M, Makela PH. Risk factors for pneumonia in the elderly. *Am J Med* 1994; 96:313–20.
38. Kraft M. Astma end chronic obstructive pulmonary disease exhibit common origins in any countri! *Am J. respire. Crit. Care Med.* 2006; 174: 238-240.
39. Loeb M, McGeer A, McArthur M, Walter S, Simor AE. Risk factors for pneumonia and other lower respiratory tract infections in elderly residents of long-term care facilities. *Arch Intern Med* 1999; 159: 2058–64.
40. Manual of medical Therapeutics, 27 edition. Michele Woodly, M.D., Flison Wealan, M.D. 1998y. 630b
41. Michael L. Hess Heart Disrase in Primari Care, 1977y USA
42. The Mersk Manual of Medikal/ home edition, 1998 y
43. Vandervoorde J., Verbanck S., Gijssels. et. al. Early detection of CORD: a case finding study in general practice. *Respir. Med.* 2007; 101: 525-530.
44. Vuddi M i A. Uedan."Praktika". *Terapevticheskiy spravochnik Vashingtonskogo universiteta M.* 1995 y. 470 b
45. Internet +a'lumotlari quyidagi saytlardan olinadi: www.rmj.ru., www.cardiosite.ru., www.consilium-medicum.ru.

Mundarija

1. Kirish so'zi	3
2. Fanning maqsad va vazifalari. Ichki a'zo kasalliklari to'g'risida umumiy tushuncha va ichki tibbiyot vazifalari	4
3. Bemorlarni klinik tekshirish usullari	12
4. Bemorlarni umumiy va mahalliy ko'zdan kechirish.....	15
5. Tana qismlari bo'yicha ko'zdan kechirish.....	17
6. Antropometriya	27
7. Isitma	30
8. Fizikal tekshirish usullari.....	32
9. Nafas organlari kasalliklari bilan bemorlarni tekshirish usullari	36
10. Nafas a'zolari tizimi xastaliklarida bemorni so'rab-surishtirish	39
11. Nafas tizimi kasalliklarida bemorni umumiy ko'zdan kechirish	43
12. Ko'krak qafasini paypaslash texnikasi.....	49
13. Ko'krak qafasini to'qillatib ko'rish	51
14. O'pka auskultatsiyasi	56
15. Asosiy nafas shovqinlari.....	59
16. Qo'shimcha nafas shovqinlari	62
17. Nafas a'zolari xastaligiga chalingan bemorlarni funktsional-instrumental tekshirish usullari.....	65
18. Balg'am va plevra suyuqligini tekshirish	70
19. Otkir bronxit	74
20. Surunkali bronxit	77
21. O'pkaning surunkali obstruktiv kasalligi.....	80
22. Krupoz zotiljam.....	94
23. Asosiy sindromlar.....	100
24. Bronxial astma.....	101
25. O'pka emfizemasi.....	102
26. Plevrit.....	113
27. Quruq plevrit.....	114
28. Eksudativ plevrit.....	116
29. O'pka abtsesi va gangrenasi	119
30. Bronxoektaz va Zivert-Kortagener (sindromi) kasalligi	121
31. Yurak, qon-tomir kasalliklari bilan kasallangan bemorlarni tekshirish usullari	153
32. Yurak sohasi palpatsiyasi.....	159
33. Yurak perkussiyasi.....	161

34. Yurak auskultatsiyasi.....	165
35. Normal EKG.....	175
36. Revmatizm	181
37. Tug'ma va orttirilgan yurak nuqsonlari.....	187
38. Mitral klapan yetishmovchiligi.....	188
39. Mitral teshik stenozi.....	193
40. Aortal klapan qopqog'i yetishmovchiligi.....	197
41. Aortal teshik stenozi.....	200
42. Uch tavaqali qopqoq yetishmovchiligi.....	203
43. YuIK. Stenokardiya.....	208
44. Miokard infarkti	213
45. Gipertoniya kasalligi	224
46. Yurak ritminig buzilishi. Aritmiyalar	240
47. Ekstrasistiliya.....	242
48. Paraksizmal taxikardiya	243
49. Qorinchalar va bo`lmachalarning titrashi va tebranma aritmiya...	244
50. Hazm tizimi kasalliklari.	262
51. Qizilo'ngach kasalliklari.....	263
52. Oshqozon va 12 barmoqli ichak kasalliklari bilan og'rikan bemorlarni klinik tekshirish usullari.....	267
53. O'tkir gastritlar.....	274
54. Surunkali gastrit.....	275
55. Nosteroid yallig'lanishga qarshi dorilar gastropatiyasi.....	277
56. Oshqozon va 12 barmoqli ichak yara kasalligi.....	278
57. Ichak ta'sirlanish sindromi	286
58. GERK simptomotologiyasi	287
59. Jigar va o't yo'llari kasalliklari.....	305
60. Gepatobiliar tizimi kasalliklari bilan kasallangan bemorlarni tekhirirsh.....	312
61. Asosiy klinik sindromlar. Jigar va o't yo'llari kasalliklari	321
62. Sariqlik turlari.....	322
63. Jigar-hujayra (parenximatoz) sariqligi.....	323
64. Lyutseya-Driskol sindromi	325
65. Bayler kasalligi	325
66. Aagenes-Sammerskill sindromi	326
67. Alajilya sindromi	327
68. Krigler-Nayar sindromi	327
69. Vilson-Konovalov kasalligi	328

70. Jilber sindromi	333
71. Meylengraxt sindrom	335
72. Dabin – Jonson sindromi	335
73. Rotor sindromi	338
74. Portal gipertenziya	338
75. Jigar hujayralari yetishmovchiligi	340
76. O't suyuqligini tekshirish. Duodenal zondlash.....	342
77. O't yo'llari diskineziyasi.....	347
78. Xoletsistit.....	348
79. Surunkali xoletsisitit	350
80. O't tosh kasalligi	351
81. Surunkali virusli gepatit.....	351
82. Jigar tsirrozi	354
83. Siydik ajratish tizimi kasalliklari	385
84. Nefrotik sindrom	391
85. Siydik ajratish tizimini laborator tekshirish usullari	394
86. O'tkir pielonefrit	398
87. Surunkali pielonefrit	399
88. O'tkir glomerulonefrit	403
89. Surunkali glomerulonefrit	411
90. Endokrin tizimi kasalliklari.....	436
91. Miksedema	436
92. Gipertireoz	440
93. Qandli diabet.....	448
94. Qon yaratish tizimi kasalliklari	469
95. Kamqonliklar	474
96. Temir tanqis kamqonlik	478
97. Vitamin B12 va folat tanqis anemiyasi	484
98. Gemoragik sindrom (GS)	488
99. Gemolitik anemiyalar	488
100. Irsiy gemolitik anemiya	490
101. Ortirilgan gemolitik anemiya	495
102. Paroksizmal kechqurungi gemoglobinuriya va doimiy gemosiderinuriya.....	497
103. Toksik gemolitik anemiya	498
104. Aplastik anemiya	499
105. O'roqsimon hujayrali anemiya	501

106. O'tkir postgemoragik anemiya	502
107. Surunkali posgemorragik anemiya	504
108. Qondagi laborator ko'rsatkichlar. Gemoglobin miqdorini aniqlash	507
109. Qon tanachalarini sanash	508
110. Qondagi gemoglobin miqdorini aniqlash	513
111. Qondagi eritrotsitlar sonini aniqlash	514
112. Rang ko'rsatkichini aniqlash	515
113. Eritrotsitlarning cho'kish tezligini aniqlash	515
114. Gemoblastozlar	531
115. Leykozlar	532
116. O'tkir leykozlar	534
117. Surunkali leykozlar	540
118. Surunkali mieloleykoz	542
119. Surunkali limfoleykoz	546
120. Limfagranulematoz	551
121. Biriktiruvchi to'qimaning sistemali kasalliklari. Sistemali qizil bo'richa	560
122. Sistemali sklerodermiya	569
123. Nafas va yurak qon tomir kasalliklariga shoshilinch yordam. Koma va anafilaktik shok holatida shoshilinch yordam	582
123. Anafilaktik shok, klinik diagnostikasi, shoshilinch yordam	585
124. Asosiy darsliklar va o'quv qo'llanmalar	588