

**O'ZBEKISTON RESPUBLIKASI SOG'LIKNI
SAQLASH VAZIRLIGI**

TOSHKENT TIBBIYOT AKADEMIYASI

TERMIZ FILIALI

NARKULOV JAHONGIR



**HAMSHIRALIK ISHI
JARAYONIDA
BEMORLARNI
TEKSHIRISH USULLARI**

Termiz -2018

Mundarija

I. Hamshiralik ishining rivojlanish tarixi.....	
1.1. Hamshiralik ishining rivojlanish tarixi.....	
1.2. O'zbekiston Respublikasida Oliy hamshiralik ishining rivojlanish tarixi.....	
1.3. Hamshiralik ishida shaxslararo munosabat	
1.4. Salomatlik kontseptsiyasi. Salomatlikka ta'sir etuvchi omillar.....	
II. Hamshiralik ishida bemorlarni bevosita tekshirish usullari	
2.1. Fizikal tekshirish usullari (STATUS PRAESENS OBEKTIVUS)	
2.2. Hamshiralik ishida bemor holatini baxolash asoslari.....	
2.3. Palpatsiya (palpatio)	
2.4. Tuqillatish (percussion).....	
2.5. Auskultatsiya (auskultasio).....	
III. Nafas a'zolari tizimi kasalliklarida bemorlarni tekshirish usullari.....	
3.1. Nafas a'zolari tizimi xastaliklarida bemorni so'rab-surishtirish (interrogatio).....	
3.2. Nafas tizimi kasalliklarida bemorni umumiy ko'zdan kechirish.....	
3.3. Hamshiralikda fizikal baholash nazariyasi	
3.4. Ko'krak qafasini paypaslash texnikasi.....	
3.5. O'pka perkussiyasi.....	
3.6. O'pka auskultatsiyasi.....	
3.7. Labaratoriya tekshiruvlari	
3.8. Nafas tizimi xastaliklari bor bemorlarni instrumental tekshirish usullari.....	
3.9. Nafas a'zolari tizimi xastaliklari.....	
IV. Yurak-qon tomir tizimi kasalliklari bilan og'riq bemorlarni tekshirish.....	
4.1. Yurak-qon tomir tizimi kasalliklarida bemorni so'rab-surishtirish (interrogatio).....	
4.2. Yurak-qon tomir tizimi kasalliklarida bemorni umumiy ko'zdan kechirish.....	
4.3. Yurakni fizikal baholash	
4.4. Yurakni paypaslash texnikasi.....	
4.5. Yurak perkussiyasi.....	
4.6. Yurak auskultatsiyasi.....	
4.7. Yurak-qon tomir tizimi kasalliklari bor bemorlarni instrumental tekshirish usullari.....	
4.8. Yurak-qon tomir tizimi kasalliklari.....	
V. Ovqat hazm qilish tizimi kasalliklari bilan xastalangan bemorlarni tekshirish ...	

5.1. Ovqat hazm qilish a'zolar tizimi xastaliklarida bemorni so'rab-surishtirish (interrogatio)	
5.2. Hazm a'zolarini umumiy ko'zdan kechirish.....	
5.3. Qorinni fizikal tekshirishning texnikasi.....	
5.4. Qorin bo'shligi a'zolarini paypaslash.....	
5.5. Qorin bo'shligi a'zolari perkussiyasi	
5.6. Qorin bushligi a'zolari auskultatsiyasi	
5.7. Oshqozon –ichak xastaliklarida laborator tekshirish usullari	
5.8. Hazm tizimi xastaliklari bilan og'rigan bemorlarni instrumental tekshirish usullari.....	
5.9. Hazm tizimi xastaliklari.....	
VI. Siydik ajratish tizimi xastaliklari bilan og'rigan bemorlarni tekshirish.....	
6.1. Siydik ajratish tizimi xastaliklarida bemorni so'rab-surishtirish (interrogatio).....	
6.2. Siydik ajratish tizimi xastaliklarida bemorlarni umumiy ko'zdan kechirish.....	
6.3. Siydik ajratish tizimini fizikal tekshirishning texnikasi.....	
6.4. Buyrakni paypaslash.....	
6.5. Buyrak perkussiyasi	
6.6. Siydik ajratish tizimini laborator tekshirish usullari.....	
6.8. Siydik ajratish tizimi xastaliklari bilan og'rigan bemorlarni instrumental tekshirish usullari	
6.9. Siydik ajratish tizimi xastaliklari.....	
Muammoli masalalar.....	216

I. Xamshiralik ishining rivojlanish tarixi

1.1. Hamshiralik ishining rivojlanish tarixi.

Hamshiralik ishini tushunish va o'rganish uchun avvalom bor uning tarixiga nazar solmogimiz lozim. O'tmish tarixda buyuk olimlar xamshiralik ishi xaqida ko'pgina fikrlar bayon qilganlar. Bu qimmatbaxo ma'lumotlar hozirgi yosh avlod uchun, xamshiralik ishini kelib chikish tarixini, uning moxiyatini, o'rgatib, bilim doiralarini yanada kengaytiradi. Tarixda buyuk kishilarning fikri tibbiyotda katta rol o'ynaydi. Shunday ekan biz oldimizga tarix nima uchun kerak degan savolni qo'yishimiz tabiiy. Tarix ko'p sabablarga ko'ra o'rganiladi. Xususan:

1. O'tgan voqealar yoki avlodlarimiz tarixini bilish uchun.
2. Ilgari bo'lib o'tgan hodisalar misolida hozirgi xayotimizni to'g'ri baxolash uchun.
3. Qilingan hatolarni takrorlamaslik uchun.
4. Xozirgi kunda yo'q bo'lib ketgan xalq madaniyatini o'rganish uchun.

«Hamshiralik ishi asoslari» qismidan biz tibbiy sanitar yordamni, ma'naviy, madaniy munosabatlarni bilishimiz mumkin. Insonlarni hamisha bir muammo qiziqtirgan: kasallikni oldini olish va sog'likni saqlash. Bugungi kunda sog'liqni saqlash borasida mamlakatlarda iqtisodiy, madaniy, ma'naviy, jismoniy tomondan yordam berilmoqda. Urf odatlar, insonning tarixiy kelib chikishi, uning siyosatga munosabati urganilmokda.

Tarixda xar qanday inson kasallarga xamda o'z –o'ziga tibbiy yordam berishni o'z zimmasiga olgan. Vaqt o'tishi bilan insonlar zamonaviy yangi usullarni o'ylab topganlar.

«Xamshiralik ishi» sog'likni saqlash va kasallikni oldini olishga qaraganda kechroq paydo bo'lgan.

Birlashgan amirliklar davrida Florens Naytingeyl (1829-1910) xaqida ayniqsa, uning «Xamshiralik ishi» asari bo'yicha ko'p ma'lumotlar bo'lgan.



Xamshiralik ishi faoliyatining asosiy tarixiy kursatgichlari 1831 yildan boshlab Evropaning ba'zi mamlakatlarida, xususan Angliyada xamshiralik ishini kayta islox kilishga kirishilgan. Angliyada yukori tabakali vakillari xamshiralik ishiga uz xissasini kushishni uzining burchi deb bilgan. Ulardan biri Florens Naytingeyl bulib, u Germaniyaning Kayzerverte institutida taxsil olgan. Oliy ukuv yurtini tugatgach Londonning kichik kasalxonasini boshkargan xamda «Xamshiralik ishi» fanidan dars bergan.

U hamshiralar korpusini tashkil qilib, unga raxbarlik qildi. Bu korpus asosan Britaniyalik askarlarga xizmat qursatar edi. Vrach tomonidan kursatilgan turli to'siqlarga qaramasdan, ular o'limni qisqartirish, uz xizmatlarini sidki dildan olib borishga intildilar. Florens 1860 yil 9 iyulda uz guruxiga 15 nafar iktidorli talabalarni o'z maktabiga qabul qilgach, zamonaviy xamshiralik ishi faoliyati rasmiy tus oldi. Ular ukitishning asosiy printsiplariga:

- nazorat qilish (boshchilik qilish qobiliyatiga ega bulgan xamshiralar guruxini tayyorlash)
- ilmiy asoslar (nazariy va amaliy bilimlarni uzluksiz berib borish)
- xamshiralarning shaxsiy xususiyatlari (xamshiralar tanlov asosida qabul qilinib, ularning ma'naviy – axlokiy xususiyatlariga e'tibor berilar edi).

Florens Naytingeylning maktabini tugatgan xar bir shogird «Xamshiralar tayyorlash» dasturining asoschisi xisoblanadi. Xamshiralik ishida Florens Naytingeylning xizmati shundan iboratki, u xamshiralik ishini o'kitishga asos soldi, bu ishni davomchilarini tarbiyalab berdi. Shu bilan birga, sogliqni saqlash tizimida xamshiralar ajralmas zveno ekanligini qursata oldi. U tomonidan xamshiralar qasamyodi xam qabul qilindi

Florensning aytishicha, «Hamshira nafakat tibbiyot yordamchisi, balki bemorlarni parvarish qiluvchidir». Florens Naytingeylning xizmatlari qo'pgina mamlakatlarda foyda keltirgan. U

xamshiralik ishiga asos solar ekan, bemorlarni tezrok va samarali sog'ayishi uchun ularni turmush tarzini urganib, ba'zi savollarga javob izladi.

Hamshiralik ishi tushunchasi mashhur ingliz tibbiyot xamshirasi Florens Naytingeyl tomonidan kiritilgan. U o'zining 1859 yilda parvarish xaqida yozgan kitobida «Xamshiralik ishi-bemor tuzalishi uchun uning atrofida qilinadigan barcha xatti- xarakatlar majmuidir», deb yozgan. Xamshiralik ishi nazariyasi – bu kasallik tabiatidan kelib chikadigan xar bir xususiyatni taxlil kilib, uning atrof muxitga xamda soglikni tiklashga ta'sirlarini chukur urganishdir. 1960-1970 yillarda ishlab chikarilgan kuppina nazariyalar Verdjiniya Xenderson tomonidan keltirilgan bulib, unda xamshiralik ishi faoliyatining barcha vazifalari belgilab berilgan.

Hamshiralalar orasida Verjiniya Xenderson (1955) nazariyasi juda mashxur bulib, unda kayt etilishicha , ayrim shaxslar, bemorlar va soglom kishilarni parvarishlash xamshiraning asosiy vazifasidir va bu vazifa bemorning uz salomatligiga bulgan munosabatini baxolashda etarli darajada kuch , iroda xamda bilimga ega bulgan uz sogligini mustaxkamlash va tiklash uchun bemorga uzi bajara oladigan ishlarni amalga oshirishida yordam berishdan iboratdir.

Xenderson buyicha 14 ta asosiy inson extiyojlari:

1. Yaxshi nafas olish
2. Ovkat iste'mol kilish, etarli darajada suv ichish.
3. Organizmdan axlatni chikarish
4. Xarakatlanish
5. Uxlash, dam olish
6. Kiyinish
7. Tana xaroratini normal kursatgich atrofida saklash.
8. Badan tozaligini saklash
9. Xavfni chetlab utish orkali xavfsizlikni saklash
10. Mulokotda bulish, xis- tuygularni ifodalash
11. O'z karashlariga va fikriga sodik kolish
12. Konikish xosil kiladigan faoliyat olib borish
13. Yokimli faoliyat olib borish
14. O'z salomatligiga doir ma'lumotlarni qidirish.

Sog'lom kishi mustaqil ravishda bunday xayot faoliyatini olib borish imkoniyatiga egadir.

«Hamshira-shifokor» munosabati xam tubdan o'zgarib , hamshiralalar xam shifokordek mas'uliyat, mavqeiga ega bo'ldi. Ular o'rtasidagi munosabat mutanosibligini ta'minladi. Bu xildagi munosabatlar tibbiy xizmatni yaxshilashga samarali ta'sir ko'rsatadi.

Tibbiy xizmat ko'rsatuvchi xar bir a'zo o'zaro bir - birini tushunish, munosabatlar dinamikasida inson salomatligini saqlashga urinmogi lozim. Xar bir tibbiyot xodimi bemorning tezrok sogayishini kuzlab, davo usullarini tanlaydi, albatta. Bu esa , tinimsiz ukishni , ko'prok o'z ustida ishlab bilim doirasini kengaytirishni talab etadi.

O'zaro axborot almashinish , hashiralik talabi standartlarini yaqinlashtirish maqsadida rivojlangan mamlakatlar ish tajribalarini o'rganishni talab etadi.

Bundan shuni xulosa qilamizki , bizdan oldin yashab utgan olimlarning fikri xozirda kuppina yutuklarga erishishga yordam bermokda va bilim asoslarining kuchayishiga sabab bulmokda.

Masalan W.Rentgen tomonidan 1895 yilda kashf etilgan X - nurlari sanoqli mamlakatga tibbiy diagnostik usul sifatida ishlatilgan , lekin uning samaradorligi talaygina mutaxassislar tomonidan tan olingan ..

Xamshiralik ishi uziga xos mustakil ilm va ajoyib san'at bulib, xamshira vazifalari, odam shaxsi, atrof-muxiti va soglik bilan boglik masalalar uniig falsafiy uzagini tashkil kiladi.

Hamshira faoliyatining asosida bemor bilan xamshiraning munosabati yotadi. U bemorning kasalligi tufayli kechirayotgan azob-ukubatlariga xamdard va malxam buladigan gamxur insongina emas, balki uning karindoshi va yakinlari bilan yupatuvchi. suxbat va ilik.

munosabat muxitini tashkil etuvchi shafkat xamshirasidir. Hamshira uz ish faoliyatida turli bemorlarga duch keladi va shuning uchun xam xar bir kasal odamning xastaligi ogir - engilligiga karab, uning psixologiyasi (ruxiy xolati) – dunekarashi, madaniyati, kamgapligi, andishaliligi, asabiyligi va xokazo turfa fazilat va xususiyatlariga karab muomala usullarini ishlab chikishi, bemorni yupatishi, bemor kungliga utiradigan gap topishi va xastalangan yuragiga botadigan xatti-xarakatlarni kilmasligi yoki yarashmaydigan kiliklar bilan «kovun tushurib» kuymasligi, yurish-turishi sokin, mayin va shu bilan bir katorda katiyligi bilan ta'sir kursatish kobiliyatiga ega bulishi kerak.

Bemor va uning yakinlari bilan bulayotgan jarayonda xamshira odobi, xatti-xarakati, aytayotgan gaplari, tovush intonatsiyasi, undagi vazminlik, katiylik va shu bilan bir katorda ilik, yoki muloyim tabassum xam katta axamiyat kasb etadi.

Ma'lumki, insonning salomatligi, kayfiyatining yaxshi me'yorda saklanishi, ruxan tetikligi aksariyat atrof-muxitga, uning ekologik xolatiga, xavoning tozaligiga xamda ijtimoiy, ruxiy jarayonlarining mutanosibligiga boglik.

Odam sogligi uning biron kasallikka chalinganligi bilan emas, atrof-muxit bilan gormonik tarakkiy etishiga karab ulchanadi. Shuningdek, uzgaruvchan muxit bilan kishi vujudining tugri moslashuvi asosiy omillardan biridir.

Hamshiralik ishi fanining maksad va vazifalari odamning sixat salomatligi va muxitning mutanosibligini ta'minlaydi.

Hamshiralik ishining falsafasi zaminida insonga bulgan mexr, uning salomatligini saklash xukuklapini va insoniylik fazilatlarini xurmatlash yotadi. Bunga erishish uchun xamshira yurak xaroratini, bor bilimini, vaktini ayamasligi kerak. U xar doim insonlarga yaxshilik kilishga intilib yashashi va tibbiy kasamyodiga, xalol kasbiy burchiga sodik bulishi lozim.

Tibbiy xamshiralarning xalkaro kengashida kabul kilingan axlokiy kodeks 4 ta asosiy tamoyilni kamrab olgan:

1. Inson sog'ligini muxofaza qilishga yordam berish.
2. Inson kasalliklarining oldini olish (profilaktika) ishlarida faol katnashish.
3. Kasallikka chalingan bemorlarning sog'ligini tiklash.
4. Surunkali xastalangan bemorlarning ogir axvolini engillashtirish kabilardan iborat.

Bu vazifalarni bajarish xamshiralardan jamiyat va xamkasblari oldida katta mas'uliyatni va jasoratni talab kiladi:

1998 yilda tashkil kilingan O'zbekiston O'rta Tibbiy va Farmatsevtika xodimlarining Assotsiatsiyasi qabul kilgan Axloqiyy kodeks (nizom) majmui va Qasamyodi Respublikamizda faoliyat ko'rsatayotgan 250 mingdan ziyod o'rta tibbiyot xodimlari va hamshiralarning kundalik ishlarida dastur-amal vazifasini o'tamokda.

1997 yildan O'zbekiston Respublikasida MDX mamlakatlari ichida birinchi bulib «hamshira» jurnalining chop etilishi urta tibbiyot xodimlarining kasbiy bilim mezonini yukorirok, pogonaga kutardi. Ularning ma'naviy, deontologik va etik nukta nazardan boyishlariga katta xissa kushuvchi bu jurnal kundalik ukuv dasturi vazifasini bajarmokda.

Endi Xamshiralalar uzlarining yuksak minbarlariga ega buldilar. Ularning ovozi, fikr-muloxazalari, dardu nidolari, sevinch-kuvonchlarini fakat ular ishlab turgan poliklinika yoki kasalxona, istiroxatxona yoki muassasa jamoasi, raxbarlarigina emas, butun Uzbekiston biladi.

Biz bunday jurnalga allakachonlardan beri muxtoj edik. Jaxondagi yirik davlatlar katoridan joy olgan, ekologik jixatdan nixoyatda murakkab xududda joylashgan, axolisining yarmidan kupini ukuv yoshidagi bolalar va yoshlar tashkil kiladigan Uzbekiston, albatta, a'lo darajada ishlaydigan xamshiralalar «kushiniga» 3 ga bulishi zarur. Bur narsani kuzda mumayluk: bemor xakimni kunuga fakam bur necha dakika davomida kupadi, fakam bur inson bemor bilan xar doim yonma-yon xamda birga. Bu inson – xamshira. Xamshira vrach kursatgan yuldan bemorni etaklab borib, uni soglomlik tomon kuzatadi.

Shu suzlarni bitayotib, beixtiyor esladikki, xamshira suzining uzi nixoyatda chukur mazmunga ega. U xar birimiz uchun opa yoki singil. Gap shundaki, hamshira ayni vaqtda tibbiyotning rasmiy vakilasi. U vrach bilan bemorni boglab turuvchi va shu sababli davolanish jarayonini bevosita amalga oshiruvchi vositachi, afsungardir. Xakim bemorning dardini tugri aniklab, zarur dori-darmonlarni belgilashi mumkin. Lekin bu kursatmalarning kay tarzda ijro etilishi va binobarin, samarasi xamshiraga boglik.

Hammaga ma'lumki, O'zbekistondagi xamshiralik xizmat madaniyati Shuro yillarida shakllandi. Bu nima degani? Bu degani - Hamshiralik xizmat soxasidagi jilov millatimiz kulida emas edi. Shu boisdan, kupchiligimiz boshka millatlarga orka kilardik ular tazyikida bokimondalik, kemptiklik va norasolik xissi asirida yashadik. Endi u zamonlar o'tdi.

Demak, hamshira oddiy ijrochi emas. U tibbuyot jabxasida millatimizning obrusi vo madaniyamini kursatuvchi vo ayni chogda, uta mas'ul shaxsdir.

Olamning bulaklarini uzaro boglik, bir butun xolda urganadigan fan - falsafa. Shu nukai nazardan karaganda, xar bir kishi, xar bir bemor butu n bir olam. Sog'lom yoki bemor inson bilan kanchalik kup va dikkat bilan suxbatlashar ekansiz, siz uning kanchalik chukur fikrli, cheksiz bilimli, uziga xos xulk va fe'l-atvorga ega kishi ekanligiga ishonch xosil qilasiz. Uning jismoniy azoblari va ruxiy kiynalishlarini bilish esa sizni yanada murakkabrok, muammolar olamiga olib kiradi. Shunday ekan, bemorlik davrining asosiy kismida birga bo'luvchi hamshira xaqiqiy falsafiy fikr yurituvchi, masalaga keng va chukur yondashuvchi mutaxasis bulmogi zarur.

Inson kiyofasiga ega xar bir odamni yaxshi anglash uchun uni urganmok, zarur. Xar bir odam - bir butun olam. Uning jussasi-tanasining barcha kismlari bir-biriga boglik. Xamshira bularni inobatga olishi zarur. Xalkimiz «Molning shoxiga ursang tuyogi zirkiraydi» deydi. Odam esa undan ming barobar murakkabrok.

Hamshiralik ishining etikasi. Hamshira vrach, bemor, oilasi va boshka kishilar bilan bulgan bulgan shaxslararo munosabatlar doirasida ish faoliyatini olib boradi. Shuning uchun xamshira tugri deb xisoblagan narsa boshkalar fikridan fark kilishi mumkin. Bunday xollarda xamshira uz tajribasi va yakkol misollar asosida fikr yurgizishi lozim.

Hamshiraning etika asoslarini urgangandan keyin kasbiy boyliklar va xamshiraning asosiy vazifalari urganiladi.

Hamshira, vrach, oila a'zolari va boshka kishilar o'rtasida vujudga kelgan kelishmovchilik, turli fikrlar munozarasida xamshira kanday uzini tutishini urganish juda muxim. Shuning bilan birga, mijozga karatilgan parvarish nuktai nazardan kelib chikkan xolda kanday qaror qabul qilishi kerakligini bilish lozim.

1.2. Uzbekiston Respublikasida Oliy xamshiralik ishining rivojlanish tarixi

O'zbekiston Respublikasi Prezidentining 1998- yilda qabul qilingan farmoniga muvofiq, sog'liqni saqlashni qayta isloh qilish davlat dasturi qabul qilindi. Qayta isloh qilishdan maqsad- mamla katda sog'liqni saqlash yuzasidan ma'lum tizimni tashkil qilib, unda aholining salomatligini yaxshilash, fuqarolarga sifatli tibbiy yordam ko'rsatish uchun to'liq konstitutsion huquqlarini ta'minlash hamda ularni ijtimoiy himoyalashni ko'zda tutadi.

Islohotning asosiy vazifalaridan biri-davlatimiz tomonidan to'liq kafolatlangan sifatli tez tibbiy yordamni ko'rsatish, shoshilinch tibbiy xizmatni mustahkamlashni nazarda tutadi. Davlatimiz tomonidan aholiga bepul tibbiy xizmat ko'rsatish ta'minlangan bo'lib bu tibbiyotning boshlang'ich bosqichida olib boriladi. Shu bilan birga pullik xo'jalik hisobidan tibbiy xizmat ko'rsatish masalasi ham ishlab chi-qilgan bo'lib, buni shaxsiy mablag'lar yoki yuridik va jismoniy shaxslar mablag'i hisobidan amalga oshirish ko'zda tutilgan.

Hozirgi davrda tibbiy yordamni tashkil qilish borasida, sifatli tibbiy xodimlarni tayyorlash ko'zda tutilgan bo'lib, zamon talabiga javob beruvchi hamshiralarni tayyorlash vazifasi turadi. Hozirda aholining barcha ehtiyojlarini qondira oladigan malakali hamshira

tayyorlash vazifasi turibdiki, bu hamshiradan mutaxassisligi bo'yicha chuqur ma'lumotga, tibbiy guruhda teng mavqe'ga ega bo'lishni talab etadi. Asosiy maqsadlardan biri - sog'liqni saqlash tizimi oldida turgan muammolarni yechish uchun hozirda yangi tibbiy yordam ko'rsatish usullari ishlab chiqildi.

Bular: Birlamchi yordam ko'rsatishning yangi tizim yaratib isloh qilish (qishloq vrachlar punktlari, shahar vrachlik punktlari, oilaviy poliklinikalar);

Tez va birlamchi tibbiy yordam ko'rsatish jahon standartlariga javob beruvchi maxsus tez yordam ko'rsatish markazlarida o'tkazilishi; Barcha bosqichlarda yuqori malakali vrach bilan birga oliy toifali hamshiralar xizmat ko'rsatishadi.

Isloh qilishning asosiy vazifalaridan biri-davlat tomonidan kafo latlangan sifatli tibbiy xizmat ko'rsatish, shoshilinch tibbiy yordamni mustahkamlash hamda uni xususiy xizmatlar, yuridik va jismoniy shaxslar mablag'lari yordamida amalga oshirishni taqozo etadi.

O'zbekiston Respublikasida 152 mingga yaqin o'rta ma'lumotli hamshiralar, 120 ga yaqin oliy malakali hamshiralar faoliyat ko'rsatib kelmoqda.

1995- yilda Respublikada hamshiralar ishini tashkil qilish uchun maxsus guruh tashkil qilinib milliy faoliyat ko'rsatish rejasi ishlab chiqilgan. Sog'liqni saqlashni isloh qilishda hamshiralik ishining o'rni va ahamiyati benihoya katta. Hozirgi kunda hamshiralik ishining maxsus kordinatsion kengashi faoliyat ko'rsatayotgan bo'lib, uning 25 ta a'zosi bor. Viloyat va tuman kasalxonalarida bosh hakim o'rinbosari maxsus lavozimi joriy qilingan bo'lib, ularda oliy toifali hamshiralar faoliyat ko'rsatib kelmoqda. Shu bilan birga yetakchi tibbiy hamshira lavozimi ham kiritilgan bo'lib (tibbiyot institutlarini tugatgan hamshiralar uchun) mutaxassisligiga tasnifi, lavozimi belgilangan.

1995- yilda Toshkent shahrida Bosh hamshiralar kengashi o'tka-zilib unda hamshiralik ishi yuzasidan huquqiy-normativ bazalari, ular faoliyatining ahamiyati, o'rni yuzasidan yuzaga kelgan savollar atroflicha o'rganib chiqildi. Profilaktik davolash muassasalarida hamshiralik xizmatini boshqaruvchu lavozimi kiritildi. Bu tashkiliy tadbirlardan maqsad-hamshiralarning jamoatchilik oldida mavqeini yanada ko'tarishdan iboratdir.

2002-yil Toshkent tibbiyot xodimlarining malakasini oshirish instituti qoshida bosh hamshiralar uchun sog'liqni saqlashni tashkil qilish kafedrasini ochildi. Kafedrada hamshiralarning menedjerlik, marketing, liderlik, hamshiralik ishini tashkil qilish yuzasidan ta'lim beriladi. Bundan tashqari hozirda yangi hamshiralik texnologiyalarini tadbiriq qilish yuzasidan ishlar olib borilmoqda. Keyingi yillarda hamshiralarning bemorlarni parvarishi yaxshilanmoqda, ularning bilim darajasi oshib bormoqda. Ularga nisbatan do'stona ishonch bildirish munosabatlari yaxshilanmoqda.

Hamshiralik jarayoni bo'yicha yangi texnologiya loyihasi davolash bo'limlarida boshlanib ketdi.

“Hamshiralik ishi”ni o'qitishni tubdan isloh qilish.

O'zbekiston Respublikasida kadrlarni tayyorlash “Ta'lim to'risidagi” qonun va “Kadrlar tayyorlash milliy dasturi” hamda sog'liqni saqlashni isloh qilish davlat dasturiga muvofiq tayyorlangan. Qator islohotlar hamshiralarni tayyorlashda tayanch faoliyati boshlangan bo'lib boshlang'ich ta'lim 9-11 sinflar ma'lumotiga tayanadi. Boshlang'ich uzluksiz ta'lim o'rta maxsus tibbiy ma'lumot bilimlarini olgan hamshira qishloq va shahar vrachlik punktlarida faoliyat ko'rsata oladi. Tibbiy institutlarning oliy hamshiralik bo'limida oliy ma'lumotli hamshiralar tayyorlanadi.

1999-2000 o'quv yilida tibbiyot institutlarida oliy hamshiralik ishi tayyorlash kasb yo'nalishi ochilgan bo'lib, ular 4 yo'nalish bo'yicha: menedjer, tug'ruqxona bloki akusherikasi, tez yordam ko'rsatish bloki, reanimatsiya bo'limi bloki, anesteziologiya.

Uzbekistonda xamshiralarni tayyorlash buyicha ish sifatini yaxshilash maksadida kolledj bazasida ukuv dasturlari mutanosibligini taminlash uchun kafedralarning filiali ochilgan . Kafedra mudiri uslubchi xamkorligida ilgor pedagoglar ish tajribalari yuzasidan kator rejali tadbirlar utkazadi.

Tibbiyot kolledjlari pedagoglari uchun uzluksiz malaka oshirish tizimi ishlab chikarilgan. 2002 yilning noyabr oyida oila tibbiyoti faoliyatini yanada yaxshilash maksadida Respublika miyosida konferentsiya utkazildi. Oila xamshirasining burch va vazifalarini tulik yoritib bergan karor xam kabul kilindi.

Xozirgi paytda O'zbekiston Respublikasida oila xamshiralari faoliyatiga kuprok e'tibor karatilmokda. Jamiyatda soglom turmush tarzini ta'minlash uchun axoli urtasida kupgina tushuntirish ishlari olib borilmokda. Xususan, kupgina yukumli kasalliklarning oldini olish uchun profilaktika ishlarini kandy olib borish lozimligini uktirdilar.

Tibbiy xodimlarni tayyorlash soxasida boshka mamlakatlar ish tajribalarini urganishga xam aloxida urin ajratilgandir.

Xalkaro alokalar

Hamshiralik ishini islox kilishni takomillashtirish borasida xalkaro donorlik tashkilotlari bilan kator tadbirlar (Jaxon banki, Osiyo tiklanish (rivojlanish) banki, YuNISEF, «JICA» Yaponiya agentligi) utkazilib, unda kolledjlarni zarur ukuv va kurgazmali kurollar bilan ta'minlash, xamshiralarning malakasini chet ellarda oshirib borish kuzda tutilmokda.

Mutaxassislik assotsiatsiyalarini rivojlantirish.

Barcha yunalishlar buyicha xamshiralarni kullab- kuvvatlash maksadida Uzbekistonda soglikni saklash doirasida maxsus assotsiatsiya tashkil etilgan bulib, uning filiallari barcha regionlarda faoliyat olib bormokda.

Assotsiatsiya tomonidan ishning samarali kechishini ta'minlash maksadida xozirda barcha kursatgichlarni sifatini , axborot uzatishni yaxshilash, chora tadbirlari olib borilmokda.

Istikbollar

Butun dunyoda xashiralarga katta umidlar bilan karaladi, xamda ularning inson salomatligi yulidagi mexnati davlatning dikkat markazida turadi.

Xozirda xamshiralarning uzokni kura bilish, ishga mas'uliyati xar kungidan kura oshib borishi lozim. Chunki ularning ish sifati jamiyatning rivojlanishiga boglikdir.

1.3. Xamshiralik ishida shaxslararo munosabat .

Biz xammamiz suzlar yordamida muloqot qilamiz. Lekin o'ylab ko'ring, agar biz gapirayotgan suzlar, noverbal xarakterimiz bizning imo-ishoralarimiz bilan tugri kelmasachi?

Noverbal kunikmalar gapirilgan gapning asosiy ma'nosini kursatib beradi. Noverbal signallar suzlarga karaganda kuprok ma'no anglatadi. Siz kundalik xayotingizda aytayotgan gaplaringiz bilan noverbal signallar mos kelishini uz kuzatuvingiz ostiga olishingiz kerak.

Noverbal mulokot kunikmalari kuyidagi yullar bilan namoyon etiladi.

- Suxbatdoshingiz bilan oradagi masofa.
- Bemorni uziga yakin tutish.
- Tana xolati.
- Maxfiylik.
- Kuz orkali mulokot.

Xamshira va bemor munosabati

Tibbiyot deontologiyasi shifokorlarning burchi va odobi xakidagi fan bulib, vrachlar, xamshiralar xamda kichik tibbiy xodimlarning xatti-xarakatini belgilaydigan mafkuraviy va ma'naviy dasturamaldir.

Mazkur risolada biz deontologiyaning ma'lum bir jabxasi bulmish «Hamshira va bemor munosabatlari» xakida suz yuritimiz.

Tibbiyot deontologiyasi xamshiradan avvalo insoniy fazilatlarga ega bulishni takozo etadi. Bu fazilatlar bilimdonlik, odamiylik, jasorat, mexr-shafkat, xushmuomalalik, xalollik, pokizalik, insoflilik, sofdillik, ziyraklik, xozirjavoblik, bosiklik, kamtarlik, izlanuvchanlik, andishalikda kurinadi.

Bemor kasalxonada uz yakinlari va dustlaridan uzokda, kupincha, uzini yolgiz xis etadi, yangi sharoitga moslashishi kiyin buladi, shuning uchun xam xamshira kasallarga e'tibor bilan karab, gamxurlik kursatishi darkor. Bemorni, kupincha, bulimda uchraydigan kamchiliklar: davo muolajalarini uz vakgida bajarilmaganligi, bemorxonalarining sovukligi, ovkatning kechikib kelganlign va x.k. asabiy xolatga olib kelib, uzaro munosabatlarni chigallashtiradi. Bu esa davo natijasiga salbiy ta'sir kursatadi. Bu muammo-lar echimida xamshiraning tutgan urni, vazifasi bekiyosdir.

Tibbiyot olamida vujudga kelgan kuppina muammolarning xal kilinishi xamshiraning vijdoniga, axlokiy madaniyatiga va ma'naviyatiga boglik.

«Ma'naviyat» insonga nixoyatda zarur omil bulib, bu uning kalb kuzgu-sidir. Aynan hamshiralar ma'naviyatli, yukori madaniyatli bulmoklari zarur, chunki ular doimo el orasidadirlar. Ma'lumki, kishi ma'naviyatining asosi bilimdir. Yuksak bilim va malakaga ega bulgan ukuvli xamshira uta intizomli bulib, boshkalarga xam xar ish, xar yumushda ibratli bulsalar yarashadi. Ba'zilar muammolarni joyiga kuyib: «Amakijon, yaxshi uxlab turdingizmi? Kayfiyatlar yaxshimi? Ertalabki dorilarni iste'mol kilib oldingizmi? Kechagidan kura ancha tetiksiz, xudo xoxlasa, yakinda otday bulib ketasiz», -deb yupatadi. Bu ilik suzlardan kasalning chiroyi ochiladi. Ba'zi xamshiralar esa Xali xam yotibsizmi? Kulyuzni yuvdingizmi? Bunday kilsangiz dorining unumi bulmaydi», - deb kupollik kiladi. Bu albatta bemor ruxiyatiga yomon ta'sir kiladi. O'z bemoriga munosabat xam shu buldimi? Kani oddiy ma'naviyat? Kani oddiy odob, intizom tushunchasi? Ba'zan butun bir davo maskanida kator xamshira bulgan xolda birorta xamshira tomirga igna bilan tushish maxoratini bilmaydi. Goxida un turt joyingga igna kadab «tomiringiz kochib ketyapti» deb baxona kiladi. Bu esa asabga tegadi.

Yo deylik, bemorga xukna (klizma) kilish zarur bulib koldi. Darxol «Va-zeliningiz bormi?» - deb suraydi. Yuk desa, chala yuvilgan rezina idishni suvga bir chayib, ishni bajarishaveradi. Bu tugri emas. Hamshira, albatta kerakli narsalarni avvaldan tayyorlab quyishi lozim.

Ayrim xamshiralarda diagnostika xakida tushuncha yuk. Kupincha u «Bemor yomon bulib koldi» degan iborani ishlatadi. Shuningdek, xatto zuluk solishni xam bilmaydi. Naxotki bilim yurti talabalari ukish, urganish davomida tomirga tushish, zuluk solishni urganib olmasa. Bizning nazari-mizda, musikaga yoshdan tanlanganidek, shifokorlik, xamshiralik ishiga xam, kurik-tanlov orkali, alokida mexribon, e'tiborli, insonparvar odamlarni ukishga olish zarur. «Bu erda matematikasi yuk, ekan, kiraveray», -deydi-gan xudbin, uziga ortikcha bino kuygan odamlar tibbiyotga yaroksizdirlar.

Bizningcha, xamshira fakat shifokor aytgan ishni xotirjamgina, loqaydgina bajarishi tugri emas. Xamshira - oddiy ijrochi emas. U o'z shifokori yonida, garchi birovga buyurmasa, xam yana bir shifokorga aylanishi zarur. U - tibbiyot jabxasida millatimizning obrusi va madaniyatini kutaruvchi va ayni chogda uta mas'ul shaxsdir.

Jaxondagi yirik davlatlar katoridan joy olgan, axolisining yarmidan kupini ukuv yoshidagi bolalar va yoshlar tashkil kiladigan O'zbekiston, albatta, alo darajada ishlaydigan xamshiralar

«kushin» iga ega bulishi zarur. Bu «lashkar» xalk, sogligi uchun olib boriladigan sabr-tokat va izchillikni talab kiluvchi jabxalarda asosiy kuchdir. Bir narsani kuzda tutaylik: bemor vrachni kuniga fakat bir necha dakikagina kuradi, xamshira esa tunu-kun bilan doimo yonma-yon. Xamshira vrach kursatmalariga amal kilgan xolda bemorning sogligini tiklashga xarakat kiladi. Kasalxonada ish kizib turgan-da xam, xamma ishlar tugallanib, davolovchilar uy-uylariga ketganlarida, zim-ziyo korongilik tushganda xam bemorning oldida xamrox, va xamdard bulib koluvchi inson - yakkayu-yagona xamshiradir. Xamshira suzining uzi nixoyatda chukur mazmunga ega. Xamshira bir onadan sut emgan, degani. Demak, u xar birimiz uchun tugishgan opa va singil. Gap shundaki, xamshira ayni vaktida tibbiyotning rasmiy vakilasn. U vrach bilan bemorni boglab turuvchi va shu sababli dardini tugri aniklab, zarur dori-darmonlarni belgilashi mumkin. Lekin bu kursatmalarning kay tarzda ijro etilishi va binobarin, samarasi xamshiraga boglik. Xush, xamshira bemor bilan kanday suzlashgani ma'kul: uzokmi yoki kiska? Kasal bilan so'zlashish xajmi kupgina omillarga boglik bulib, xamshiradan juda nozik, uziga xos me'yorni talab etadi. Suxbat davomiyligi va mazmuni bemorning axvoli, uning madaniyat darajasi, fe'l-atvor xusu-siyatlariga bevosita boglikdir. Shunga kura, bemor bilan suxbatla-shayotganda xamshira me'yorni bilishi, kasalning suxbatdan kanday ta'sirlanayotganini sinchkovlik bilan kuzata olishi kerak. Barcha tushun-tirishlar lunda, anik, katiy, bemorlar uchun mutlako tushunarli bulmogi lozim. Ekimli va shirin suz bilan muroja-at kilishda, samimiy tabassumda xamshiraning uz bemorlariga gamxurligi va dikkat-e'tibori ifodalanadi. Birok, xamshiraning dikkat-e'tibori va samimiyligi xufiyona tarzda bu-lmasligi, xamshira bemorning urtadagi yakinlik munosabatlarini suiste'mol kilishiga yul kuymasligi va shunga muvofik uzining xatti-xarakatlarini tar-tibga solishi va bemorning xulk-atvorini kuzatib borishi kerak. Bemor bilan suxbatda uning kechinmalarini engillashtirishga intilish belgilangan dori-darmonlarga karaganda yaxshirok shifobaxsh ta'sir kursatadi xamda bemor tomonidan katta minnatdorchilikka sazovor buladi. Bemorni dikkat bilan tinglay olish kasal xakida zarur ma'lumotga ega bo'lishda yordam beradi. Hamshira ishga kelgani zaxoti o'zining barcha bemorxonalaridan xabar olishi va ish kuni yakunida xech bo'lmaganida juda qisqa muddatga barcha bemorlarining xonasiga qirib chikishi ya'ni muddao bular edi. Bu bemor ruxiyatiga bagoyat ijobiy ta'sir ko'rsatadi: bemorlar o'zlarini bir necha soat davomida hamshiraning uzluksiz kuzatuvi ostida sezadilar, hamshira ana shu vakt ichida o'zlariga xizmat ko'rsatishiga, uning juda ham ziyrak ekanligiga, kun davomida xastalardan bir necha marotaba xabar olishiga ishonch xesil kiladilar.

Erta bilan bemorlar yotadigan xonalarga qilingan tashrif 5-10 dakika davom etsada, bu ular uchun nakadar katta axamiyatga ega.

Tibbiyotda shunday bir ibora bor: «Yaxshi parvarishlangan bemor». Bunda bemorlarning yaxshi jismoniy, gigienik parvarishigina (yaxshi ov-katlanti-rish, joylashtirish, xona xavosini uzgartirish, kiyim-kechak va tu-shak anjom-larining tozaligi va x.k.) emas, avvalo moxirlik bilan olib boril-gan «ruxiy parvarish»: bemorga tugri ma'lumot berilgani, ruxiy axvoli yax-shiligi, asta-sekin tiklanayotganligi, xamshira bilan yaxshi munosabatda ekanligi tushuniladi. Ish kunining boshi va oxirida xamshiralarning palata-lariga kiska muddatli tashrifi davolash muassasalarida «ilik ruxiy iklimning» yaratilishiga asos buladi.

Hamshira bemor bilan uzaro munosabatda bular ekan, kasalning shaxsiy xususiyatlarini, kasallik keltirib chikarishi mumkin bulgan asabiy ta'sir-lanishini, madaniyat darajasini xisobga olishi va albatta shifokor sirini oshkor kilmasligi kerak. Shifokor siri deganda, asosan bemor tugrisidagi ma'lumotlar (bu ma'lumotlarni asosan bemorning uzidan olinadi), kasallik-ning noxush kechishi, psixologik (inson ruxiga) ziyon etkazuvchi tashxis tushuniladi. Tibbiyot xodimining faoliyatida kupincha shunday dollar buladiki, shifokor siri «aldash» bilan boglik, uni «mukaddas yolg'on» deb ataladi. Masalan, kasalligi ulimga olib boradigan bemorga uning kasalligi ogir ekanligini gapirmaslik kerak. O'limi anik bulgan bemorlarga ular sogayib ketishiga umid bildirib aytilgan suzlar ularga tasalli beradi. Kasallikning tarzi va uning kanday tugashi xakidagi ma'lumotlarnigina emas, shu bilan birga bemorlarning xufiyona xayoti xakidagi ma'lumotlarni

xam oshkor kilib bulmaydi, chunki bu xol ularga kushimcha azob-ukubat keltirishi va shifokor, xamshiraga bulgan ishonchga putur etkazishi mumkin.

Tibbiyot xamshirasi bemorga uning xakikiy tashxisini ma'lum kilishi yoki kilmasligi xakida fikr yuritishi zarur. Agar xamshira bemorga tashxisni bildirishga karor kilsa, uning boskichini, asoratlarni engil shaklda, bemorni asta-sekin tayyorlagan xolda boskichma-boskich aytishni uylab kurishi kerak. Tabiiyki, bemorga xamma narsani gapirib bulmaydi, lekin ziyoli, tushunadi-gan kishi bilan «sukut saklash» yoki ikkilanish, foydadan kura, kuprok, zarar keltiradi.

Bir kator kasalliklarda, jumladan, zararli usmalari bulgan xastalarga tashxis ma'lum kilinmaydi, onkologiya shifoxonasiga kelgan kasal uzidagi shishning «yomon» yoki «yaxshi» ekanligini aniklash iztirobini boshdan kechiradi va tabiiyki, buni vrachdan yoki xamshiradan surab bilishga xarakat kiladi. Onkologik kasallikka uchragan bemorlar psixikasi juda nozik va ta'sirchan buladi, bu xol, ayniksa, kasallikning yakinlashib kelayotgan okibatini xis kilganda namoyon buladi. Bunday sharoitda xamshiraning baland ovoz chikarib gaplashishi, kax-kaxa bilan kulishi bemorni ruxiy muvozanatdan chika-rib yuborishi mumkin. Bemorlarga tashxis, davolash, kasallikning asoratlari va kaytalashlari oldini olish bilan boglik bulgan kuppina ma'lumotlar bildiriladi, uz-uzidan yordam berish yullari kursatilib, maxsus eslatmalar bilan ta'minlanadi. Masalan, oddiy misol - kandli diabet kasalligini moxiyatini xamshira fakatgina tushuntirmay, balki - diabegga karshi parxez, in'ektsiyalarni bajarish texnikasini urgatishi, turli xil insulinlar va ichiladigan dorilarning xossalari, komadan oldingi xolat belgilari va boshkalar xakida ma'lumot berishi kerak. Shu tarika tushuntirishlar infarktadan keyingi kardioskleroz, xafakon kasalligi, aritmiyalar, oshkozoni-ichak yara kasal-ligi va boshka xastaliklari bulgan bemorlar uchun zarurdir.

Hamshiraning ulim extimoli bulgan ogir bemor tushagi yonidagi xatti-xarakatlari tibbiyot deontologiyasining muxim va mushkul masalasi bulib kelmokda. Masalan. bemorga ulim ex,timolini ma'lum kilish yoki kilmaslik, masalasi, agar bu xakda ma'lum kilish kerak bulsa, uni kaysi sharoitda va kay tarzda amalga oshirishdadir. Barcha zamonlarda bu masala mukarrar ravishda manfiy echimga ega bulgan. Buning uchun bir kator keskin asoslar va fikrlar mavjud. Bemorga mutlako najotsiz oxir-okibat tugrisidagi «achchik xakikatni» ma'lum kilish - bu avvalo uning xayotidagi eng muxim narsa-umidini tor-tib olish, oxirgi kunlari va soat-larini zimiston tunga, tubsiz kora jarlik-ka tushishga aylantirishdir. Bunday xollarda xamshira bemor kungliga sogayib ketish umidini solishi va unda kasallikka karshilik kursatish xissiyotini uygotishi zarur.

Hamshira bilan bemor urtasidagi munosabatning yana bir muxim tomo-ni bemorga tayinlangan individual tartib, parxez, dori-darmonlar bilan da-volanishi rejalarini tushuntirish va tugri tashkil etishdan iborat.

Hasrning tanikli olimi Ali Ibn Abbos Axvaziy uzining «Shifokorlar uchun ugitalar» asarida yozganidek, bemorlarni davolash jarayoniga e'tibor berish va davo uchun fakatgina dorilarni emas, balki tugri ovkatlanishni xam kullashga xarakat kilish zarur. Bemorlarga xavfli dorilarni buyurish, xuddi shuningdek, ularni u yoki bu xastalikni davolayotganda bemorlar orasida targib etish mumkin emas. Fakatgina tartib va ma'lum dorilarni kabul kilish, parxez tugrisida batafsil, katiy va ishontira oladigan darajadagi kursatmalarning uzigina emas, balki kayta alokani xam nazorat kilish zarurdir.

Deontologiyada «Yatrogeniya» tushunchasi bor. Bu vrachning yoki xamshira-ning farosatsizligi, nojuya kursatmalari, kupol xatti-xarakatlari, bilim-sizligi va lokaydligi, bir suz bilan aytganda, tibbiyot xodimining aybi bilan paydo bulishi mumkin bulgan yana bir kasallikdir. Bu buyuk tib allo-masi Bukrotning «Rgemum non nosege», ya'ni «Bemorga eng avvalo zarar keltirma» degan deontologik naklning buzilishi okibatidir. Bunday kasallik bugungi kunda uchraydigan xastaliklarning taxminan 10 foizini tashkil kiladi. Bu shifokorlar va xamshiralar orasida xali xam uz deontologik burchini tula tushunib etmaydiganlar borligidan darak beradi. Shuningdek, egrotogeniyalar, ya'ni bir xasta kishiga boshka bir bemor suzining salbiy ta'siri xam mavjud. Shifoxonalarda kupincha ba'zi bir bemorlarning uz xonasidagi xasta kushnisiga ma'lum darajadagi ta'siri sezilib, u ruxni tanglikni, xavotirni keltirib chikaradi. Bunday xolatni, uz fikricha

tibbiyot xod-imlaridan xam chukurrok bilimga ega bulgan, «azaliy» bemorlar keltirib chikarishlari mumkin. Ular, kasalxonaga kelgach, bemorlarga maslaxat va tavsiyalar beradilar. Aksariyat xollarda, uz tinglovchilarini ruxiy tushkunlik xolatiga olib keluvchi kayguli va mash'um «oldindan aytish fikrlari» bilan urtoklashadilar. Bu kabi egrotogeniyalarning oldini olishda aynan xamshiralarning bulim tartibi, bemorlarning ma'lum majburiyatlari, intizomi va bir-birlari bilan uzaro munosabatlari xakida tulik va mon-and axborot berishi, muntazam ravishda utkaziladigan suxbat va xabarlar katta axamiyatga ega. Bu urinda bemorga tanbex berish uslubi singari xusu-siy masala tugrisida tuxtalib utish xam foydadan xoli emas. Tanbex berish zaruriyati, kupchilik xollarda bemor shifoxona rejimi, intizomi, bulim tartibini buzganda yuzaga keladi.

Hamshira bunday xollarda bemor bilan juda ravshan, tushunarli, anik, ishontirib gaplashishi kerak. Bu suxbatning fakat natijasigina muximdir: bemor tanbexni tugri tushunishi va xamshira saboklarini tulik kabul kili-shi lozim. Shu bilan birga, bunday suxbat bemorning axvoliga xech xam yomon tasir kilmasligi darkor. Bemor xamshira bilan ilgaridek mexribon va yakin munosabatda ekanini, yotsirash yoki ziddiyat vujudga kelmaganini sezishi zarur.

Shu tarika, yukori deontologik kuchga ega bulish, xususan, bemorlar bilan munosabatda ukuvli bulish - xamshiralalar faoliyatidagi zaruriy kunikmadir.

Kommunikatsiya asoslari

O'kituvchi suzlash usuli bilan mavzuni tushuntira boshlaydi. Ayrim joylarda psixoterapevtik ta'sir barcha davo turlaridan ustun turadi. Shuning uchun mulokot xamshiralik ishida muxim rol uynaydi. Muomalalik bilimi xamshira uchun bemor bilan uning oilasi, shifokorlar va boshka mutaxassislar bilan birga davolash ishlarini samarali olib borish uchun kerak. Hamshira xushtabiat -liligina, bilimli, madaniyatli muomalasi bilan bemor xamda uning oilasining ishonchini va xurmatini qozonishga sazovor buladi.

Terminlar

Mulokot – o'tayotgan axborotlarning betinim uzatilishi, qabul kiluvchiga o'tib bo'ishi.

Noverbal mulokot (suzsiz) – imo-ishoraga qul va gavda xarakati muomalada bulishi.

Verbal mulokot (so'zli) – bir shaxsdan ikkinchisiga muomala davrida suz bilan uzatiladigan axborot.

Muloqotni 3 turga bo'lish mumkin:

1. Ichki shaxsiy mulokot – insonning uz-uzi bilan fikran mulokoti, rejalar tuzish, rivojlantirish, boshqa inson bilan mulokotga tayyorlanish.

Masalan: Ichki shaxsiy muloqotda uz-uziga eslatish: «Bemorga tomchi usulida dori yuborishni tekshirish kerak: Bu fikrni ogzaki aytmaydi.

2. O'zaro shaxsiy mulokot – 2 va undan ko'prok insonning suxbati. Masalan: Xamshira uz xamkasblari bilan fikr tajriba almashinuvi.

3. Jamoatchilik muloqoti – bir insonning ko'p kishilik guruxi bilan suxbati. To'g'ri muloqot inson bir-birini tushunishiga kuchaytiradi.

Muloqot texnikasi .

Samarali muloqot 5 elementdan tashkil topgan:

- yuboruvchi – ma'lumot yuboruvchisi

- ma'lumot – yuborilgan ma'lumot

- kanal – yuborilayotgan ma'lumot turi (ogzaki, yozma, qo'l xarakati).

- qabul kiluvchi – ma'lumot qaratilgan shaxs

- tasdiqlash – ma'lumot qabul qilinganligi xaqida tasdiq.

To'g'ri savol berish orqali muloqot samarali bo'lishi mumkin.

Savollar «yopiq» bo'lishi mumkin. Bu savollarga qisqa «xa» va «yo'q» javobi oli-nadi. «Ochiq» savollarga nisbatan «yopiq» savollarga to'lik javob olish mumkin. Masalan: «Siz qila olasizmi?», «Siz xoxlaysizmi?», «Sizda bormi?». «Ochiq» savollar: «Aytolmaysizmi?», «Menga ko'rsata olmaysizmi?», «Nima?», «Qachon?», «Qanday?» savol to'g'ri berilsa, muloqot samarasiz bo'ladi.

Tushunmovchilikning sabablari xar xil:

- ma'lumotning berilishi tushunarsiz yoki juda tez yoki juda past.

- ma'lumot berish noto'g'ri olingan (masalan, inson yomon eshitishni yoki yozma ravishda berilgan ma'lumotni o'qiy olmasa).

- yuboruvchi ma'lumotni olganligi yoki tushunganligi xaqida tasdik olmagan.

Verbal muloqotning 2 ta zarur elementi mavjud:

- nima gapirilayotganligi va qanday gapirilayotganligi. Nutk aniq va kiska bo'lishi lozim. Verbal muloqot quyidagi xolatlarda samarali bo'lishi mumkin.

- sekin suzlansa, nutq aniq bu'lsa, oson kiska jummlalar qullansa.

- maxsus terminologiya ko'p ishlatilmasa, bemor uchun terminologiya tushunarsiz bo'lsa, bemor terminologiya mazmunini so'rashga uyaladi va muloqot natijasiz bo'ladi.

- muloqot to'g'ri vaqt tanlansa, bemor xamshira bilan mulqotga xoxishi bulsa.

- sizdagi kayfiyatsizlik bemor bilan muloqotga ta'sir kiladi: gapdagi, so'zdagi tovush. Qayg'urish, farksizlik, qurquv, bemor bilan muloqotda namoyon qilmaslik zarur.

Yozma noverbal muloqotning xamshira uchun axamiyati katta. Bu mulqotda quyidagi ko'rsatkichlar inobatga olinadi:

- toza va chiroyli yozish.

- xarflarning tirik – maydaligiga va rangiga axamiyat berishi zarur.

- xabarnomaga barcha ma'lumotlar kiritilganligi xakida ishonch xosil kilish kerak.

- xatosiz yozishga xarakat qilish ma'qul.

Yozma muloqotning samaraligini bir necha omillari bor:

- uqiy olish

- tushunish

- qo'ra olish

- yozilgan ma'lumotni tushunib olish

Noverbal (so'zsiz) muloqotni ko'z, qul xolati bilan amalga oshirish mumkin. Odam kandy muloqotni tanlashidan qat'iy nazar ma'lumot berila-yotgan odamga tug'ri kelishi kerak. Ma'lumot ishonchli, ma'noli, yukori saviyali bo'lsa, ma'lumot qabul kiluvchi odamning ishonchi ortadi. Ayrimlar ishonch muloqotni agressiv muomala bilan almashtiradilar – bu noto'g'ri. Shuning uchun muloqot ancha uylab, tanlab va qanday ta'sir qilishi xaqida uylash lozim. Bemor bilan suxbatlashishda quyidagi kursatmalarga rioya qilish kerak:

- agar tilingizga kungilsiz suz kelsa, chikib keting,

- bo'lib utgan voqeani xurmat qilgan kishingizga ayting,

- suxbatdoshingizga qiziqish bilan qarash, bemor xamshira qizikishini sezishi lozim.

Muloqot o'rnatish

«Mulokot urnatish» tushunchasi katoriga kommunikatsiyaning asosi bu-lib xizmat kiluvchi xozir bulish sezgisi, eshitish maxorati, kabul kilish maxorati, xavotirni bildira olish, bemorga dilni ocha bilish, uzga karash-larni kabul kilish, birga kaygurish va uzgani xurmat kila bilish tushun-chalari kiradi.

Barcha odamlar mulokot urnatish uchun aynan shu komponentlardan ma'lum darajada boxabar buladilar. Xamshiralalar uchun tushunish va javob kaytarish jaraenidan maksad bemorning «Sir» ini

ochish emas, balki «sir» ni urganish, yani mulokot davomida insonning fe'l-atvorini urganishdan iborat. Bunday xarakterlar orkasidan Siz uzgalar va uzingiz xakida kuprok ma'lumotga ega bulasiz.

Kommunikatsiya - xamshiralik ishining asosidir. Insonni tushunish va u bilan mulokot kilish uchun xurmat va etibor talab kilinadi.

Uzaro mulokot kilish - kommunikatsiyaning asosiy komponentlari: xozir bulish sezgisi, xamshiraning eshitish maxorati, kabul kila olish maxorati, xavotirni bildira olish maxorati, uzga karashlarni kabul kilish, birga kay-gurish, samimiyluk va uzgalarni xurmat kilish.

Xozir bo'lish sezgisi - keng ma'noda uzga odam bilan uchrashuvni bildiradi, bu e'tiborning anik kurinishi bulib, kabul kilish va kizikish-dan iborat.

Esitish maxorati - buning uchun xamshiradan sezgirlik, tushunish, uzga odamni muxokama kilishdan uzini tiyish kabi xis-latlar talab kilinadi. Suz yuritilayotgan mavzuni chukur anglash uchun, shu xis-latlarni uzida rivojlantirish va yuksak darajaga chikarish talab kilinadi. Yaxshi tinglovchi bulish uchun esa butun fikrini uzga odamga jamlash, uz uy-fikrlarini sundira ola bilish kerak.

Xavotirni bilish maxorati - uzga odamga xavotirni bildirish, unga yordam berish kuzda tutiladi. Xamshiralik amaliyotida xavotirni bildirish maxorati muxim omil bulib xisoblanadi. Xamshira uchun bu xislat kup narsani anglatadi va bemor tugrisida tashvish tortish, xol-axvol surash, parvarish kilishni uz ichiga oladi.

Esitish maxorati - buning uchun xamshiradan sezgirlik, tushunish, uzga odamni muxokama kilishdan uzini tiyish kabi xis-latlar talab kilinadi.

Endi eshitish maxoratining bir necha samarali tamoyillarini kurib chikamiz.

- *Gapirishni bas qiling* - bu tugrisida yozish jiddiy emasdek tuyuladi, lekin suxbat davomida bir vaktida birgina odam gapiradi, ikkinchisi esa uni tinglaydi. Butun e'tiborni bemorga karating va uzingizga jalb eting. Uni savollar va muloxazalar bilan chalgitmay, buning urniga bemorga bor gapni suzlab berishga imkoniyat bering.

- *Chalgituvchi omillarning oldini oling* - bu omillar telefon kungiroklari, avtomobil va texnik jixozlar, odamlar shovkini bulishi mumkin. Gazeta ukiyotgan, kulida kalam uynatayotgan, derazadan tashkariga bo-kayotgan va shu kabi mashgulotlar bilan shugullanayotgan odam bilan suxbat kurish kiyin bulsa. Shuning uchun bunday xolatlarining oldini oling.

- suzlayotgan odamdan nigoxingizni olib kochmay.
- gapirayotgan odamga, uning suzlariga sizikishingiz borligini kursating.
- suxbatni asosiy mazmunini ilgab oling.
- insonning kaysi mavzuda gaplashishni istamasligini aniklang.
- bemor uchun kaygurmang.

Bemorning xayollari va xis-tuygularini bashorat kila ola bilish

Bemorning aytgan suzlarigagina emas, balki u ayta olmagan gaplarga xam e'tibor berish kerak.

Barcha ma'lumotlar 3 ta komponentdan iborat.

- *Empirik* - bemor kechinmalari tugrisida ma'lumot beruvchi komponent.
- *Bilishga oid* - bemorni yakindan bilish va uning nimalarga kodirliqi tugrisida ma'lumot beruvchi komponent
- *Affektiv* - bemor nimalarni xis etayotgani yoki kimning ta'siri ostida ekanligi tugrisida ma'lumot beruvchi komponent.

Bu komponentlar xoxlagan kombinatsiyada uchrashi mumkin.

- Fakat empirik komponentdan.
- Fakat bilishga oid komponentdan.
- Fakat affektiv komponentdan.
- Empirik va bilishga oid komponentdan.
- Empirik va affektiv komponentdan
- Bilishga oid va affektiv komponentdan
- Uchchala komponentdan xam.

Asosiy e'tibor, odatda, bemorning xistuygulariga karatiladi, bunda e'tibor bemorni tushunishda xal kiluvchi omil bulib xisoblanadi. Kupchilik muam-molar xis-tuygularga takaladi, kandaydir sabablarga kura bemorga kiyinchilik tugdiradi. Unga yordam berish uchun yoki uni kiynayotgan xis-tuygular-ni anglash uchun ularga konstruktiv yul bilan echim topish lozim. Xamshira shu tuygularni bildirishga imkoniyat berib, ularning batafsil aytilishiga yordam berish kerak.

Bemorning xistuygularini aniklashni xoxlagan xamshira bemorga: «Bu erda xis-tuygular tugrisida gaplashishimizga xech narsa xalakit kilmaydi. Xis-tuygularingizni men bilan baxam kurishingizni xoxlardim. Sizga yordam berishga xarakat kilaman» kabi gaplarni aytishi lozim. Shu paytda xamshira fakat aytilayotgan xistuygulargagina emas, balki ay-tilmayotgan tuygularga xam e'tibor berishi kerak. U bemorni diqqat bilan eshitib, bemor uylayotgan anik bir muammo tugrisida ma'lumot olishi uchun kalit bulib xizmat kiluvchi narsani kidiradi. Bemorning suzlari, kilikla-ri, xarakatlari, imo-ishoralari va mimikasi kalit bulib xizmat kilishi mumkin. Shularning barchasini bir birlikga jamlaganda bemor tugrisida kup narsani aytib berishi mumkin.

Bemorning suxbatda kaysi suzlarni tanlab gapirishi va bu suzlarni kanday aytishi, oxangi, tezligi, ovozning baland-pastligi uning gaplari ostida yotgan xis-tuygularini tushunish uchun kalit bulib xizmat kilishi mumkin.

E'tiborli xamshira suxbat paytida kaysi suzlar gapirilayotganda yoki kaysi suzlarni eshitganda bemor ruxiy, asabiy xarakat kilganini eslab kola-di. Tananing xolati, uning imo-ishoralari, xarakatlari xamshira uchun katta ma'lumot beradi.

Shulardan sung xamshira bemorga: «Men sizni aytmagan fikrlaringiz va xis-tuygularingiz tugrisida shunday fikrdaman. Fikrim tugrimi? Shunday bulsa, nega bu tugrisida gapirmayapsiz? Agar fikrim notugri bulsa, iltimos menga tugrisini ayting» kabi suzlar bilan murojaat kilishi lozim.

Afsuski, bunday xolatlar kup uchraydi, ya'ni avvaldan uz tuygulari tugri-sida gapirib bera olmasligi kupchilik bemorlarga xosdir. Bemor uz tuygulari tugrisida gapirib berishi uchun imkoniyatlar kidiradi. Lekin uning xara-katlari noxush xolatlariga tugri kelib kolishi mumkin. Bunday xolatlariga ku-pincha xamshira xam sabab buladi. Masalan: bemor gapirayotganda e'tibor ber-maslik, gapni boshka mavzuga burish yoki: «bulishi mumkin emas» kabi suzlar va xarakatlar bemorni shashtidan kaytarishi mumkin. Xamshira bunday xolat-larning oldini olishi lozim. Ikkinchi xolat, bemorning uz xis-tuygularidan uyalish va okibatdan kur-kishidir. Kupincha odamlar uz tuygularidan uyaladilar, ularning tuygularini muxokama kilinishidan va kulgu bulishidan kurkadilar.

Xamshira bu kiyinchiliklarga karamay bemorga katta xurmat kursatishi lozim. Va bemorga: «Siz aytayotgan xislarni men tushunaman va Sizni avval-gidek xurmat kilaman» degan gaplarni aytib uning kungliga taskin berishi kerak. Bunday vaziyat bemorga xis-tuygularini batafsilrok gapirib berishga muxit yaratib beradi.

Shunday kilib, xamshira uchun aytilgan va sir tutilgan xis-tuygular juda muximdir. Bu tuygularga javob topish uchun, avval ular tugrisida bilishi kerak.

Shaxsiy bilim va xususiyatlar

Xamshira uz ishi faoliyati davomida, ya'ni bemorlar bilan mulokotda bul-ganda, uz ishini, bilimini va unga yuklangan mas'uliyatlarni bajarishi, yukorida aytib utilgan xususiyatlarni ishlata bilishi bemor bilan xamshira urtasidagi muxitni (Hamshira-bemor) belgilab beradi.

Bu bulimda butun e'tibor Sizga (xamshiraga) karatilgan. Bu bulimda shaxsiy bilim va xususiyatlarga kiruvchi shirinsuxanlik, ochik chexralik, xozir bulish xissi, uz-uzini tushunish kabilar kuzda tutilgan.

Insondagi ichki «Men» kommunikatsiyaga va uzgalarni tushunishga katta ta'sir kursatadi. Uz-uzini tushunish kiyin masala xisoblanadi, chunki uz tug-rimizda kanday fikrdaligimiz, uzgalar biz tugrimizda kanday fikrda ekanliklari va aslida kim ekanligimiz urtasida anik chegara kuyish xar doim xam oson kechmaydi.

Uzgalar yordamida uz xatolarimizni anglash va uzimiz tugrimizda kuprok ma'lumotga ega bulishimiz mumkin. Bu bulim 6 ta kismga bulinadi:

- Iliklik va hozir bulish tuygusi.
- Uzini namoyon kilish.
- Uzini anglay olish.
- Uzini kabul kila olish.
- Yaxshi va yomon tomonlar.
- Uz bilimini va xususiyatlarini kullash.

Iliqlik va hozir bo'lish sezgisi

Iliklik va hozir bulish sezgisi kandy kurinishlarda uchrashini kurib chikamiz. Xamshira buni quyidagi yullar bilan namoyon kilishi mumkin:

- Kulgi.
- Bemor bilan dustona munosabatda bulish, uning ismi bilan murojaat kilish.
- Uni o'ziga yakin tutish.
- Bemor bilan xech kandy kiyinchiliksiz suxbat yuritish.
- Bemorga nisbatan befark emasligini kursatish.

Xozir bulish sezgisi - bu jismoniy va ruxiy jixatdan katnashishdir. Bu imkoniyatni orada iliklik tugdirish uchun ishlatish lozim. Bu imkoniya-tingizni kuyidagi yullar bilan amalga oshirishingiz mumkin:

- Bemorning kuzlariga bokib turing.
- Kuzlaringiz bilan mulokotni kullab turing, tik karamang.
- Xarakatingiz bilan bemorga kizikishni kursating.
- «Xa» ma'nosida boshingizni irgab turing.
- Ma'lumotlarni tushunishga xarakat kiling.

O'zini namoyon qiliash - bu maxorat uzganing xukuklarini paymol kilmasdan uz xukuklarini namoyon kilishdan iborat. Siz shunday xolatga tushishingiz mumkinki, xodimlarning ish urinlari kiskartirilgan paytda Siz-dan katta ish unumini talab kilishadi. Bunday xolatlarda uzingizni namoyon kilishingiz yoki vaziyatga tan berishingiz kerak. Kupincha vaziyatga tan bergan paytlarimizda stress xolatiga tushamiz.

Stress paydo bulishiga sabab biz xech kachon xakikatdan xam xoxla-gan narsamizni talab kilmaymiz. Shuning uchun bu narsaga erishmaymiz. Stressni yukotish usullaridan biri - uziga ishonch xosil kilish.

- «Yuk» suzini aytgimiz kelganda. «Yuk» deyish.
- Istagan narsani talab kilish.
- Uz fikrini bildirish.
- Vaziyat talab kilganda, karama-karshilikka borish.

O'z-o'zini anglay bilish

Bu, atrofimizdagi borlikka, jismlarga nisbatan uz munosabatimizni bildirish. demakdir. Bu xususiyat uz-uzini bilish bilan keskin boglik, chunki biz uz sezgimiz va ta'sirchanligimiz tugrisida ma'lumotga ega bulmay turib ularni uzgaga aytib bera olmaymiz. Shunday kilib, uz-uzini anglash stressni boshkarish usullaridan biridir.

O'z-o'zini qsbul qila olish

Bu xislat uzini anglay olish bilan keskin boglikdir. Uz-uzini kabul kilishda kiyinchilik sezgan odamlar, o'z-o'zini anglashda xam kiyinchilik se-zadilar. Agar biz uzgalarga uzimizni ochib bera olmasak, ular biz xakimizda ma'lumotga ega bulmaydilar. Natijada bizni kabul kila olmaydilar va uzi-dan uzi kabul kila olmaslik kuchayadi. Shuning uchun uz-uzini kabul kilish shaxsiy va shaxslar aro munosabatlar kurishda muxim urin egallaydi.

Shaxslararo munosabatda noverbal Shaxslararo munosabatdanoverbal aspektlar ko'nikmasi

Biz xammamiz suzlar yordamida mulokot kilamiz. Lekin uylab kuring, agar biz gapirayotgan suzlar, noverbal xarakatlarimiz bizning imo-ishorala-rimiz bilan tugri kelmasa-chi?

Noverbal kunikmalar gapirilgan gapning asosiy ma'nosini kursatib beradi. Noverbal signallar suzlarga karaganda kuprok ma'no anglatadi. Siz kunda-lik xayotingizda aytayotgan gaplaringiz bilan noverbal signallar moe kelishini uz kuzatuvingiz ostiga olishingiz kerak.

Noverbal mulokot kunikmalari kuyidagi yullar bilan namoyon etila-di.

- Suxbatdoshingiz bilan oradagi masofa.
- Bemorni uziga yakin tutish.
- Tana xolati.
- Maxfiylik.
- Kuz orkali mulokot.

Bemorni o 'ziga yaqin tutish

Bemorni uziga yakin tutish ogir ruxiy xolatlarda bemorni tinchlantirish uchun zarurdir.

Tana xolati

Bizning tana xolatimiz uzga odamlar bilan mulokotda buysunish, domi-nantlik kilish va passivlik xolatlarini namoyon kilishi mumkin.

Maxfiylik

Bemorning istagiga karab unga maxfiylikni yaratib berish lozim. Bemor bilan aloxida suxbat kurish va bu suxbatni uzgalar bilan muxokama kilmas-lik lozim.

Ko 'z orqali muloqot

Insonning nimalar xakida uylayotgani va nimalarni xis etayotganini kuzlaridan bilib olishimiz mumkin. Insonning kuz xarakatlaridan uning fe'l-atvorini xam bilib olish mumkin.

Suxbat davomida kuzlar bilan tik karab turaverish xam vaziyatni asabiy-lashtiradi. Gapirayotganda xam, bemorni eshitayotganda xam kuz xarakatlarini idora etish normalari mavjud. Masalan, kuz orkali mulokot gapirishdan ol-din urnatiladi. Tinglovchi unga kizikish bildirayotganligini anglagach, gapi-rayotgan inson chetga karab unga nimalarnidir suzlaydi. Lekin vakti-vakti bilan kizikish yukolmaganligiga ishonch xosil kilish uchun nigox tashlab tu-radi. Noverbal signallarga axamiyat berib turadi. Kuzlari orkali unga suz-lashni tuxtayotganligini bildirib, tinglovchiga uz fikrini bildirishga imkoniyat beradi.

Noverbal ko 'nikmalar-eshitish msxorati

Tinglashni bilish - maxorat xisoblanadi. Biz eshitish maxoratining uchta elementini kurib chikamiz.

- Ragbatlantiruvchi noverbal aspektlar.
- Ragbatlantiruvchi verbal aspektlar.
- Jim turish.

Ragbatlantiruvchi noverbal aspektlar

Eshitish maxoratining noverbal komponentlariga kuyidagilar kiradi.

- Kuz orkali mulokot.
- E'tiborni anglatuvchi tana xolati.
- Bemorga karagan tik yoki utirgan xolat.
- Suxbatdoshlar orasidagi masofa.
- Boshni irgab turish bilan suxbatni kullab turish.

Tinglashni bilish uzida - kontsentratsiyani, e'tiborni, tushunishni jo kiladi.

Ragbatlantiruvchi verbal aspektlar

Verbal aspektlar asabiy yoki ta'sirchan bemorlarga mayin suzlar orkali uning suzlariga kizikishni bildirish demakdir.

Tinchlikni saqlash

Suxbat davomida jim turish tajribasiz odamlarda xayajonni chakiradi. Lekin suxbat davomida jim turish muxim pauzani yuzaga keltiradi. Pauza gapirayotgan odamga jiddiy suxbat yuritishdan oldin fikrini jamlab olishga yordam beradi. Bemor jim bulib kolganida pauzani tuldirishga shoshilmang. Buning urniga bemor gapirgan suzlarni muxokama kiling.

Verbal ko'nikmalar-savol berish maxorati

Xamshiralik amaliyotida savol berish maxorati katta ahamiyatga ega. Savollar quyidagicha bulishi mumkin:

- Umumiy
- Anik,
- Yunaltiruvchi
- Sinov maksadida
- Keng tarmoqli

Umumiy savollar

Xamshiraning bemor bilan mulokot paytida, umumiy savollarga yondashi-shi mu'tadil muxitni yaratadi. Ya'ni mulokot paytida hech kanday keskin, be-morni kiyin vaziyatga soluvchi savollar bermaslik kerak. Suxbatni umumiy savollar asosida kurib asta-sekin anik va boshka turdagi savollarga utish lozim.

Aniq savollar

Tez va dangal javoblar olish uchun anik savollardan foydalanish lozim.

Yunaltiruvchi keng tarmoqli savollar

Bemorlar javob berayotgan maxalda xamshiralar ularga shu savollar bilan javobga oydinlik kiritishi mumkin.

Savol berish maxorati Xamshiralik amaliyotida asosiy ikki turdagi savol berish maxorati aspektlarini kurib chikamiz.

- Umumiy savollar
- Maksadga yunaltirilgan

Bemor uzining suzlari orkali, uz fikrini keng tarzda ifodalab berishi uchun umumiy savollar katta ahamiyat kasb etadi. Savol beruvchi murakkab bulmagan savollar berishi lozim.

Maksadga yunaltirilgan savollar xamshira xoxlagan mavzuda, xoxlagan yunalishda suxbat kurishda yordam beradi. Xamshiraga suxbatni boshkarishga yordam beradi. Kushimcha ma'lumot olish uchun esa bemorga: Siz menga yana kun tartibingiz, odatlaringiz tugrisida nimalarni aytib bera olasiz? kabi savol berishi mumkin.

Maksadga yunaltirilgan savollarga bir kator misol keltiramiz.

- Aytolmaysizmi, siz yurishga kiynalasizmi?
- Kiyin vaziyatlarda uzingizni kulga ola bilasizmi?
- Kechalari uykingiz kanday?
- Kayfiyatingiz tez-tez tushib turadimi? Xamshiraga kasallik tarixini tuldirishda, bemor tugrisida kuprok ma'lumotga ega bulishda bunday savollar kul kelishi mumkin. Yana bu savollarni vakti tejash maksadida kullash mumkin.

Verbal ko'nikmalar xozir bulish san'ati

Sizning reaksiyangiz bemorni tetiklashtirishi yoki neytral natija berishi mumkin. Reaksiya verbal yoki noverbal bulishi mumkin.

Tetiklashtiruvchi reaksiya

Verbal va noverbal xarakterlar birgalikda kullanganda bemorning xamshira bilan suxbatini uygunlashtirishi mumkin. Xayotda bu elementlar bir-biridan ajralmasdir, lekin bu bulimda biz ularni shartli ravishda bulib urganamiz.

Bu bulimda gapirilayotgan reaksiya turtta kunikmani kuzda tutadi. Ular murakkab emas, lekin ularni suxbatda kullashda extiyotkor bulish kerak.

Xozir bulish kunikmalari quyidagilarga karatilgan:

- Aytilayotgan gaplarning tugri ekanligini bilishga,

- Xulosa chikarishga.
- Bemorning fikrlash kobilyatini rivojlantirishga.
- Bemor fikrining anik bayon etilishiga.

Xamshiralik ishida shunday nakl borki, insonlar mulokotga kirisha olish maxorati bilan tugilmaydilar, balki xaet davomida tarbiyalanadilar. Fakat tomchi dori va drenaj naychalari tugrisida bilimga ega bulib, bemor bilan mulokot maxoratidan bexabar bulgan xamshira uz amaliyotida kup kiyinchilik-larga duch keladi. Lekin oxirgi un yillikda xamshiralik amaliyotida ijobiy uzgarishlar ruy berdi. Bugungi kunda xamshiraning insonga ijtimoiy, psixologik va jismoniy borlik sifatida yondashishiga va bemorni parvarish kilishiga katta e'tibor berilyapti. Bu e'tibor bemorlarning tupik sogayib ketishlari uchun muxim omildir.

Demak, siz bemor bilan mulokotda uz maxoratingnzni namoyon etishingiz, zarur kunikmalarni xosil kilishingiz kerak. Bunday mulokot birinchi uchrashuvdayok xosil bulishi va parvarish jarayonining oxiriga kadar saklanishi lozim. Dialog, ya'ni mulokot yordamida xamshira bemorlar asabining tik-lanishiga, masalaning xal etilishida va bemorning xayotda tugri yuldan borishiga yordam beradi.

1.4. Salomatlik kontseptsiyasi. Salomatlikka ta'sir etuvchi omillar

Salomatlik xaqida tushuncha

Oxirgi un yil ichida insonlar sogligini saklash masalasi ilmiy asosda echila boshlandi. Natijada ikki atama — sanalogiya va valeologiya atamalari paydo buldi.

Sanalogiya — kasalliklar, shikastlanish va boshka patologik xolatlar natijasida buzilgan faoliyatni tiklash jarayonini urganadi.

Valeologiya — salomatlik xakidagi ta'limot bulib (atamani 1980-yil I. N. Brexman tavsiya kilgan), soglikni saklash, mustaxkamlash, inson xayotini uzaytirish va mexnat kobilyatini saklash yullarini urganadi. Soglom turmush tarzini targib kiluvchi oliy ma'lumotli xamshira salomatlik, shaxsiy va jamiyat salomatligi tugrisida anik tushunchaga ega bulishi lozim.

JSSTi salomatlikka kuyidagicha ta'rif beradi: «Salomatlik –kasallik yoki jismoniy nuksonning yukligi emas. balki insonning jismoniy, ruxni, ijtimoiy jixatdan osyishtalik xolatidir».

«Soglom bulish yaxshi, kasallik esa yomon» ekanligi tugrisida xamma anik tasavvurga ega. Kasallik ma'nosiga karaganda, salomatlik ma'nosini tushuntirish kiyinrok. Shunga karamasdan salomatlikni baxolash muam mosi amaliyot uchun muximdir.

Jamiyat jismoniy salomatligining asosii kursatkichlaridan biri — bu uzoq umr kurishdir.

Tibbiyot xodimlarining vazifasi nafakat inson salomatligini saklash yoki tiklash ya'ni uzok umr kurishga erishish, balki faol uzok umr kurishga erishishdir. Insonning sogligi, uning sub'ektiv kursatkichlari ya'ni shi koyatlarining yukligi va ob'ektiv kursatkichlari uning yukori mexnat kobilyatini saklashi bilan belgilanadi.

Tibbiyot xodimlari salomatlikni tulik va sifatli baxolash uchun tib biyot amaliyotida «soglom» va «deyarli soglom» tushunchalarini kup kullay dilar. Odamni tulik tekshirishda biror kasallik xolati yoki a'zolar tuzi lishida avj oluvchi uzgarishlar bulma sa «deyarli soglom» tushunchasi kul- lanadi. Shuni ayshsh lozimki «deyarli soglom» odamlar sayyoramiz axoli- sining asosii kismini tashkil kchladilar. Bular surunkali kasalliklar bilan ogrib, sogayib kechgan, guyoki shikastlanish natijasida sogligiga jiddiy nukson etmagan xar xil yoshdagi odamlardir.

Kundalik xayotda va klinik amaliyotda «me'yor» degan ibora xam juda kup ishlatiladi. Buzilgan faoliyatning dastlabki xolatiga kaytishi tugri sida gap ketganda tibbiyot xodimlari «kursatkichlar me'yorlashdi» degan iborani ishlatadilar.

Zamonaviy tekshirishga asoslangan moslashuv nazariyasi buyicha orga- nizmning kuyidagi xolatlari ajratiladi:

- konikarli moslashuv xolati;
- faol taranglik xolati;
- konikarsiz moslashuv xolati;
- moslashuvning buzilishi.

Bu xolatlar salomatlikdan kasallikka utishda utkinchi davr xisoblanadi. Bu xolatlar tashxis kuyish uchun murakkab neyro-fiziologik, bioximik, gemotologik va boshka tekshiruvlar utkaziladi, bu tekshiruvlar max sus laboratoriyalar va faoliyatni tashxis lash xonalarida amalga oshiriladi.

«Nozologik xolatlargacha» tashxis kuyishda sub'ektiv (surab-surish -tirish) va ob'ektiv ma'lumotlardan foydalaniladi. Salomatlikni ta'minlashda organizm fizii ologik tuzilishining funksional imkoniyatlari juda katta.

Demak, salomatlikni ba.xrlashda nafakat tinch xolatda, balki faol zurikish-da, yani faol sinamalar utkazish jarayonida xam tashxis kliish lozim.

Tibbiyot xamshirasi jamnyat a'zolarp salomatligini saklashda, soglom tur-mush tar zini targib kilishda «jamiyat salomatli» tushunchalaridan foydalatsht zarur.

«Jamiyat sadomatligini» baxolashni urganishda tibbist xodimlari sotsial, tabiiy va biologk omillarnn inobatga olishi lozim. Tibbnyot xamshirasi axoli salomat-ligini ta'mnnlash borasidagi profilaktik ishlarni olib borishda uch gurux kursagkichlar-dan fondalanadi:

- demografik kursatkichlar;
- axolining jismoniy rivojlanganlik kursatkichlari;
- kasallanish, shikastlanish, nogironlik kursatkichlari;

Tibbiyot xamshirasi axoli orasida profilaktika ishlarini olib boriisha ularga salo-matlik mezoni va yunalishini tushuntirishi lozim. Chunki butun xalk, salomatli gining mezoni va yunalishnni ishlab chikish bu goyat katta, kiyin va ma'suliyatli vazifa dir.

Inson salomatligini ta'minlashda nafakdt tibbiyot xodimlari, balki ilm-fanning boshk,a tarmoklari, ishlab chikarish orkali xukumat xam ishtirok etishi lozim.

Kuyilgan maksadga birlamchi profilaktik tadbirlar orkali erishiladi.

Maksadga erishish uchun ku'yidagilar:

1. Inson ongi (bolalikdan uz sogligiga nisbatan tugri tarbiyalash).
2. Mexnat va dam olish tartibini tutri yulga kuyish.
3. Xarakat (badan tarbiya, sport, chinikish).
4. Ratsional ovkatlanishlar e'tiborga olinadi.

Salomatlik nima?

Salomatlik nimada ekanligi haqidagi tasavvurlaqlning bironyasi ham “to'g'ri” yoki “noto'g'ri” bo'lmasligi mumkin. Salomatlik voqeylik yoki idrok etadigan buyum bo'lmay, balki u ijtimoiy va madaniy darajada yaratilgan konseptsiyadir. Bir vaqtning o'zida biz tez-tez har xil qarashlarga yaqin turamiz va bu qarashlarimiz vaqt o'tishi bilan o'zgarishi va bunga qator omillar o'z ta'sirini o'tkazishi mumkin. Salomat bo'lishning turfa xil kishilar uchun turli xil ahamiyat kasb etishi va bu tasavvurlar ham o'z ornida vaqt kechishi jarayo nida o'zgarishi mumkin. Masalan, bizning “Salomatlik” borasida o'z ta'rifimizcha, ozimizni yaxshi his etamiz, kuch-quvvatimizning mavjudligi va o'zimizni yaxshi his etishimiz ga da'vat etuvchi kuch shu bilan bir qatorda jamiyatda mavjud bo'lgan ilmiy qolip- ga ko'ra bizda qandaydir xastalik yoki patolbiya bo'lmasligi va atrofimizdagilar bizni “sog'lom” deb hisoblashlarini bilishimiz mumkin. Biz salomatlik haqida tasavvurlarga “sog'lom mazmun” nuqta'i nazaridan madaniy me'rosimizning bir qismi sifatida qo'shilamiz.

Salomatlik borasida qarashlarimiz qanday shakllanadi?

Agar bizning salomatlik va xastalik haqidagi tasavvurlarimiz ijtimoiy va madaniy darajada yaratilsa shaxsiy tajribalarimiz doimiy bemorlar bilan aloqada bolishimiz bu tasavvurlarimizga ta'sir etadi. Sog'liqni saqlash xodimlari tasavvurlarining shakllanishi shunday bir vaziyatda vujudga keladiki, biz har kuni xastalik va xastalanish jarayoniga duch kelamiz. Ko'pgina hamshiralar o'z ta'riflariga ko'ra shunday muhitda ishlaydilar, ular sog'lom odamlar bilan chegaralangan holda aloqada bo'ladilar. Biz shuningdek inson jamiyatining bir qismi hisoblansakda, salomatlik haqida tasavvurlarimiz erta bolaligimizdan oilada va jamiyatda shakllanadi. Bizning kasbiy bilimlarimiz va ish tajribamiz salomatlik va xastalik haqidagi tasavvurlarimizga qattiq ta'sir etishi mumkin. Natijada bizning salomatlik haqidagi tasavvurlarimiz xastalanishning kamayishi va bevaqt o'limni profilaktika qilish bilan chegaralanish, salomatlik to'risida gapirganimizda biz haqiqatdan ham tibbiy va ijtimoiy yordam ko'rsatilajagini anglashimiz mumkin. Bizning tasavvurlarimiz bemorlarimiz yoki mijozlarimiz tasavvurlaridan butunlay farq qilishi mumkin. Chunki ular o'z tasavvurlarini xilma-xil ijtimoiy va madaniy muhitda o'zlashtirganlar. Lekin ko'pchilik uchun real mavjud biotibbiy tushunchalar umumiy tushunchalardan biri bo'lishi mumkin. Biotibbiy nuqtai-nazardan irratsional bo'lib ko'ringan harakat malum guruh kishilar tasavvurlariga suyangan holda mutlaqo ratsional bo'lishi mumkin.

Sog'liqni saqlash xodimlari tomonidan foydalaniladigan professional matnlarda salomatlik borasida jamiyatda shakllangan tasavvurlarga eskirgan va mensimagan holatda munosabatda bo'lishlari tez-tez ko'zga chalinib turadi. Ularning fikricha, odamlar fanga ma'lum bo'lgan narsalarni qandaydir darajada "ilg'ab olomaganligi" yoki ilmiy tibbiyot odamlarning aqliy imkoniyatlaridan yuqori turadi. Aslida esa, ko'pchilik o'z salomatliklariga nisbatan juda murakkab qarashlarga egadirlar.

Ushbularning isboti o'laroq salomatlikka atrof-muhitning ko'ngilsiz ta'siri odamlarni tashvishga solayotganini ko'rish mumkin. Iqtisodiy sabablarga ko'ra hukumat odamlarning tashvishini sezmasligi mumkin, ayni vaqtda jahon ilmi ularning tajribalari yetarli ilmiy "isbotlanmaganligi" tufayli va fanga xos vositalar bilan o'rganilmaguncha tan olmasligi mumkin, masalan yuqorida takidlangan omillar xastalanish va bevaqt o'lim darajasiga ta'siri borasida gap borishi shular jumlasidandir. Odamlarga salbiy ta'sirini tez-tez o'rganish mumkinmas, oziq-ovqatning radiatsion ifloslanish darajasi, lekin iqtisodiy sabablarga ko'ra bu holatning tan olinishiga ko'p vaqt kerak boladi.

Adabiyotda shunday taxminlar ham uchray turadiki, ya'ni "malum tipdagi odamlar" salomatlik borasida to'laqonli tasavvurga ega emaslar. Tarixan tibbiy adabiyotlarda ayollarga nisbatan ustuvor asoslar bilan to'ldirilgan va ularda ayol tajribasini inkor etishga va ayol hatti-harakatlari ustidan nazorat o'rnatishga intilishi aks etgandir.

Bundan tashqari, salomatlik borasidagi ko'pgina tasavvurlar va ularning "ehtiyotlar pillapoyasi" psixologik nazariya asosida ma'lum taxminlarni ilgari suradilar. Masalan, kambag'al odamlar salomatlik borasidagi tushunchalarini asosiy jismoniy ehtiyojlarga bog'laydilar, ayni paytda boy odamlar salomatlik tushunchasini ko'proq ruhiy va ehtirosiy holatlarga bog'laydilar. Bu taxminlar noaniqdir zero kambag'al odamlar ko'proq ruhiy aziyat chekadilar va ular kambag'al odamlarning hayotdagi ehtirosiy holatlarini inkor etadilar.

Professional va professionallar konsepsiyalari salomatlik borasida farq qilsalarda, ayrim umumiy tasavvurlar ham mavjud. Aslida bu ikki konsepsiya modeli bir vaqtda harakat qiladilar. Ikki guruh ham professional va noprofessionallar ushbu konsepsiyalardan har xil sharoitda foydalanadilar. Odamlar biladilar, vrachlar va sog'liqni saqlashning boshqa xodimlarini salomatlik-dan ko'ra ko'priq xastalanish natijasidagi tajribalar qiziqtiradi va natijada ularning fikricha, professionallarni qiziqtiradigan axborotlarni ajratib oladilar. Hamshira sifatida unumli muloqotda bo'lish va davolash maqsadida katta ahamiyat kasb etishini aniqlash va har qaysi holatda ustuvor qarashlarni bilib olish hamda o'zimizning ishonarli va cheklangan qarashlarimizni anglashimiz darkor.

Salomatlik va kasallikka nisbatan kdrashlarimiz ijtimoiy va madaniy darajada yaralar ekan, bemorlar bilan doimiy mulokot yoki kasallikda orttirilgan shaxsiy tajriba bunda sezilarli ta'sirga ega. Soglikni saklash xodimlarining jamiyat a'zosi sifatida shakllanishi kasallik yoki kasallanish bilan bulgan doimiy tuktanashish sharoitida kechadi.

Biz kishilik jamiyatining satyumatlik xarakteridagi tasavvurlari bolalikdan oilada va jamiyatda shakllanadigan bir kishisi bulsak-da, kasbiy bilimlarimiz va ish tajribamiz salomatlik va kasallik turrisidagi kdrashlarimizga kuchli ta'sir etishi mumkin. Salomatlik xarakterida gapirganimizda, xarakterikidagi biz tibbiy va ijtimoiy yordam xizmatlari tugrisida gapirayotganimizni bildirishi mumkin. Bizning tasavvurlarimiz turlicha ijtimoiyva madaniy muxitlarda orttirilgan boshka soxta kishilari tasavvurlaridan mutlakofarq, kilishi mumkin. Lekin kupchilik uchun real mavjudlikning biotibbiy talkin kilinishi turrirokdir. Biotibbiyot nuktai nazaridan «noratsional» tuyulgan xarakterak, agar buni ma'lum gurux; kishilari karashlariga kura tushunilsa, mutlakofarq ratsional bulishi mumkin.

Soglikni saklash xodimlari foydalanadigan kasbiy manbalarda salomatlikka nisbatan jamiyatda kabul kilingan tasavvurlarga kupincha eskirgan yoki bepisand muomalani kurish mumkin.. Bular shuni bildiradiki, kishilar fan ma'lumotlariga etishishlarining kdrandaydir darajada «iloji bulmagan» yoki ilmiy tibbiyot ularning intellektual kobilyatlaridan kupincha ancha yuk,orituradi.

Xarakterkatda kupchilik kishilar uz sogliklariga nisbatan juda murakkab va yaxlit karashlardalar, ammo ular tajriba va tasavvurlarining mutaxassislar va siyosatchilar tomonidan inkor etilishini uzlarida kura olishlari mumkin.

Buning isboti eifatida odamlar salomatligiga atrof muxit nojuyta omillari ta'eyir kilgandagi saroeimani olishmumkin. Xarakterukumat ikhtiediy muloxazalardan kelib chikib, ax;olining xavotirlarini paykamay k,olishi mumkin. Ilmiy olam esa toki ilmiy-ishonarli usullar bilan ulchanmaguncha ilmiy «dalillar» etishmasligi sababli ularning tajribalarini tasdiklamasligi mumkin. Kupincha ax;oli duchor bulgan zararli ta'sirlarni ulchash mumkin (masalan, max;sulotning radiatsion ifloslanishi darajasi), biroq bu kursatkichlar iktisodiy sabablarga kura e'tiborsiz kolishi mumkin.

Adabiyotlarda, shuningdek, «kishilarning aloxtida gurux;lari» salomatlik mezonlari turrisida tulik tushunchaga ega emaslar, degan taxminlar bor. Tibbiy adabiyot tarixan ayollar tajribalari va ularning xarakterakaratini tartibga solishni inkor etuvchi patriarxal kayd etishlarga tulgan. Bundan tashkari, «ex;tiyojlar ierarxiyasi» psixologik nazariyasiga tayangan ealomatlik xarakterakidagi kuplab karashlar (masalan, Maslow, 2-bobga karang) «anik nomutanosiblik»ni ilgari surmokedalar. Masalan, kambagal kishilar salomatlik tushunchasini asosan ijtimoiy ex;tiyojlariga yuysalar, ayni vaktida, nisbatan boyrok kishilar (ex;tiyojlar ierarxiyasi buyicha boshka darajadagilar) salomatlik tushunchasini kuprok uning rux;iy va emotsional mezonlariga takaydilar: Bu taxminlar noanik va ta'sirsiz xarakterga ega.

Bu karashlar nima uchun kambagal kishilar yukori darajada kalban ezilish xis etishlarini tushuntirib bera olmaydilar. Ular kambagallar xayotining kambagallikni keltirib chikaruvchi emotsional va rux;iy x;olatga orir ta'sir etuvchi emotsional mezonlarini inkor etadilar.

Salomatlikka nisbatan karashlarda mutaxassielar va nomutaxaesislarning kontseptsiyalari garchi fark kilsa-da, ba'zan umumiy tushunchalar xam bor. Kontseptsiyaning bu ikki modeli aloxtida emas, balki kuprok bir vaktida amalda buladi. Ikala gurux xam - mutaxassislar xam, nomutaxassislar xam – bu kontseptsiyalardan turlix;olatlarda foydalanadilar. Ma'lumki, vrachlar va sorlikni saklash xizmatining boshka xodimlarini salomatlikdan kura kuprok ularning kasallik va kasallanish natijasida orttirgan tajribalari kiziktiradi. Pirovardida, kishilar mutaxassislar uchun zarur, deb x;isoblangan ma'lumotlar bilan kizikmaydilar. x;amshira sifatida muomala kila bilish va davolash uchun katta axdmiyatga ega bulgan maksadlarni aniklay olish esa biz uchun muayyan

x,olatlarida kaysi karashlar asomiyiligini aniklash x,amda uz tushunchalarimizning ishonarliligini va cheklanganligini anglay olishda zarurdir.

Salomatlini soglom fikr nuktai nazaridan tushunish

Kundalik turmushimizdagi eoglom fikr nuktai nazaridan ishlatiladigan . tushunchalar orasida «Salomatliyu» suzn salomatlik buyicha sub'ektiv tajribalarimizning pozitiv (x,akikiy) x,olati ekanligini va salomatlikni kaeallanisheiz inkor kiluvchilari bor.

1946 yilda yozilgan BSST Nizomidagi salomatlik izox,i urushdan keyingi davr idealizmi va eoglom fikr nuktai nazaridan salomatlikningu bilan boglik ikki tushunchasini ake ettiradi.

«Salomatluk - bu tulik jismoniy, ruxiy va ijtimoiy ta'min xolatidir, kasallik yoki nuxoshlik yukligi xolosgina emas. »

Bu izox, norealistik va idealistik darajaga teng bulgani

uchun keng doirada tankid qilinsada, salomatlik xakida fakatgina salbiy emas, balki ijobiy tushuncha kiritilgan «rasmiy» izox, sifatida uz davrida ma'kul edi.

Bu bilan ustunlik kilayotgan salomatlikning kasallik. yoki nox'ushlik yukligi sifatidagi ilmiy va tibbiy izoxi - Soglikni saklash va x,ukumat tizimlari xizmatchilari oraeida ishchi tushuncha sifatida ustun bulgan izox,ligiga jiddiy shubxa tugilishiga zamin yaratildi.

Salomatlik salbiy axamiyatli tushunchasi – kasalliklar yoki noxushliklar istisnoligi kurinishining cheklanganligi

Butun tarix davomida olamni bilish va tushunish diniy karashlar asosida utdi. Birok bilishning ratsionalizm (tafakkur) va fan kabi uetun shakllari yuzaga kelishi bilan salomatlik tugrieidagi ilgarigi karashlar urniga ilmiy va tibbiy model rivojlandi. Asta-sekin bu karash tibbiy yordam masalalarida butun jax,onda ustun bulib oldi. Ratsional (ongli), ilmiy bilish xar bir narea muayyan ilmiy usul - «ob'ektiv» kuzatuv, borlik ulchovi va klassifikatsiyaei (tasnifi) kullanilishi orkali urganishni talab etdi. Odamlarning mistika (burttirish) va oliy kuchlar nuktai nazaridan «faoliyat kilganliklari» ni tushuntirishlar ob'ektiv ilmiy izoxlar bilan cheklangan. Muammoga bunday yondashuvning kator umumiy xususiyatlari kuyidagi 1-jadvalda keltirilgan va bu xususiyatlar xozirgacha u yoki bu darajada saklangan.

Salomatlik -inson huquqi manbasi va mavjudligining ajralmas qismi sifatida.

Salomatlik har bir inson uchun va butun jamiyat uchun ulkan qadriyatdir. 1977-yil BSST ning oliy organi hisoblanmish butun-jahon sog'liqni saqlash assambliyasi (BSSA) qaror qabul qilar ekan quyidagi rezolyutsiyani e'tirof etadi va u hozir keng malum bo'lgan “2000-yilgacha salomatlik hamma uchun” muammosidir.

“BSST va hukumatlarning ijtimoiy sohadagi bosh maqsadlari kelgusi o'n yillik 2000-yilga qadar butun dunyo fuqarolari salomatligining shunday darajasiga erishishi kerakki, zero bu hayotning iqtisodiy va ijtimoiy sohalari serunumli bo'lishiga imkoniyatlar yaratib bersin”.

“2000- yilgacha salomatlik hamma uchun” strategiyasining maqsadlariga erishishi ko'pgina mamlakatlar uchun ehtimoldan xoli emas. Lekin barcha vazifalarning mazmuni shunga olib keladiki, “ Salomatlik hamma uchun” maqsadi ijtimoiy tamoyil va jarayondir va uning yordamida biz bugungi kun muommolarini hal etishga, salomatlik bilan bo'g'liq bo'lgan ijtimoiy maqbul vositalarni odamlar salomatligini yaxshilash yo'lida topishga harakat qilamiz.

1977-yili BSSA tomonidan ma'qullangan maqsad hozirga qadar dolzarblich qolmoqda lekin bunday o'zgarishlarga bo'lgan “indust rial” yondashuv o'z mahsulini bermayapti. Salomatlik masala lari ko'patib borayotgan tengsizlik shuni ko'rsatadiki, sanoati rivojlan- gan mamlakatlarda ustuvor sifatida ilgari surilayotgan ko'rsatgichlar va iqtisodiy osishlarga odamlar salomatligi va ularning taraqqiy etishi tufayli erishilgan sifat ko'rsatgichlari va maqsadlarga yo'nal- tirilgan barqaror va ehtiyotlarcha yondashuv insonning ijtimoiy va ekologik rivojlanishini asosiy yo'nalishi hisoblanishi masalan, boshlang'ich tibbiy- sanitariya

yordamiga asoslangan yondashuv barcha uchun salomatlikka erishishda yana bir yo'lni o'z ichiga oladi.

Boshlang'ich tibbiy- sanitariya yordamiga asoslangan yondashuv- ni rivojlantirish maqsadida 1978-yil sentyabr oyida Almatida boshlang'ich tibbiy-sanitariya yordami bo'yicha Xalqaro konfrensiya otkazildi. Almati deklaratsiyasi salomatlikni muhofaza qilish masalalariga tor tibbiy yondashuvga e'tibor qaratishni o'z ichiga oladi va BSST salomatlikni muhofaza qilish masalalari istiqboliga nisbatan boshlang'ich bahs-munozaralarda asosiy rolni oynadi. 1984-yil BSST quyidagi salomatlik ta'rifini elon qildi.

“(salomatlik bu-)... kenglik va buning ichida har qanday inson va insonlar guruhi bir tomondan, o'z xoxishlarini hayotga tadbiiq qilishi va ehtiyojlarini qondirishi, ikkinchi tomondan esa atrof- muhitni o'zgartirishi yoki unga bas kela olishi mumkin. Salomatlik, shuning uchun ham кундалик хаётнинг манбаи , балки мавжудликнинг максадиемас; у ижтимоий ва шахсий ресурсларни , хамда жисмоний имкониятларни ифода этувчи позитив концепциядир.

Ushbu tavsiflar salomatlik tabiatning kup meyorligini tan oladi vash u dalilni kuzda tutadiki , odamlar anik sabablarsiz salomat bulla olmaydilar va shu sababli ularga xoxish-idrokklarini amalga oshirish , extiyojlarni kondirish va atrof muxitni uzgartirish yoki unga bas kelishda yordam beradilar. Shu ma'noda salomatlikni jismoniy va ma'naviy kuchlarning rezervi , moslashuvga kobilyat va xar xil sharoitlarga bas keluvchi sifatida e'tirof etish mumkin . Yaxshi salomatlik – xayotiy ne'matlarni idrok etish kabi xodisalarni uz ichiga oladiki , zero u shodlik va bayram xissini uygotali vash u ma'noda salomatlikni mustaxkamlash, xastalikni va bevakt ulimni oldini olish kabi muximdir.

Salomat bulishimiz uchun bizga nimalar zarur xisoblanadi?

Odamlar extiyojlariga xos tulakonli xayot kechirishlari kuyidagilarni o'zida aks ettirishi lozim.

- O'zgalarni qo'llab-quvvatlash va ularning hayotidagiday kun kechirish va o'ziga ishonish hamda o'zining atrofidagi muhit va o'zgalarga suyanishga qodir bo'lish.

-Dunyoda o'z ornini his qilishni rivojlantiradigan o'zgalar oldida mas'uliyat va o'zini hurmat qilish hissiyoti imkoniyatlari.

-Imkoniyat va ko'nikmalar.

-Yashash-butun bir jamiyat, uyushma qolaversa alohida inson uchun imkoniyat bo'lib, salomatlik bosh imkoniyatdir.

Albatta, bu ilohiy variant real hayotda esa aksincha ko'pchilik so'lom turmush tarzidan tashqarida ekanligi ma'lum bo'ladi.

“Salomatlik hamma uchun” erishishdagi vazifaning markazida salomatlik masalalaridagi imkoniyatlarni to'g'ri taqsimlashni amalga oshirish turadi. Salomatlikka erishishda zarur bo'lgan yordamga, salomatlikka yo'l huquq bo'lib, qandaydir ahyon-ahyonda “baxtga” erishish yoki o'z moddiy imkoniyatlariga yarasha unga ega bo'lishga mumkin bo'lgan narsa emas. 2-jadvalda ko'rsatilganidek BSST qator dastlabki zaruriy shartlarni belgilab ilgari suradi.

2-jadval. Salomatlik asoslari.

“Salomatlik hamma uchun” strategiyasi salomatlik borasida quyidagi zaruriy shartlarni belgilab beradi.

-Urushdan xadiksirashdan xoli bo'lgan tinchlik va erkinlik.

- Barcha uchun teng imkoniyatlar.
- Asosiy ehtiyojlarni qondirish:
- Oziq- ovqat
- Boshlang'ich ma'lumot.
- Sanitariya va suv ta'minoti.
- Risoladagiday uy-joy.
- Xavfsiz ish va jamiyatda foydali rol.
- Siyosiy xoxish-idrok va jamoatning qo'llab quvvatlashi.

Salomatlik konsepsiyasining paydo bo'lishi.

Hayotning manbasi bo'lgan salomatlikka nisbatan qarashlar hali ham vujudga kelishi, rivojlanishi, tasavvurlar jarayonida ekanligi va bundan kelib chiqadigan kontekstuallik ko'proq aniqlab, tushuntirib beruvchi ko'rsatgich sifatida nomoyon bo'lmoqda. Ular xastalikni odamlar hayotidagi tarkibiylashishning nomoyon bo'lishi sifatida tan oladilar, yana ham aniqrog'i uning yaxlitligiga xaf solmay, balki ularning to'laqonli hayoti tajribasining asosiy qismi deb biladilar. Salomatlikka bo'lgan bizning qarashlarimiz hali ham tajribalarimizga ko'ra salomatlikka nisbatan kamsitish orqali yuzaga keladigan holatlarni e'tibordan qochirmasligimiz lozim. Bu muammolarni hal qilishdagi bilimlarimiz bizning salomatlik to'g'risidagi tasavvurlarimiz jinsiy, irqiy, ijtimoiy sinflar yosh va majruhlik borasida bundan buyon ham zaruriy ishlar olib borishga da'vat etadi.

Taxmin qilinishicha, e'toborni boshlang'ich tibbiy sanitaroya yordamiga qaytadan yo'naltirishi, sag'liqni mustahkamlash va qo'llab quvvatlash va xasialikni profilaktika qilish shuningdek, resurslarni qaytadan taqsimlash odamlarning umumiy salomatligiga sezilarli hissa qo'shishni ta'minlagan bo'lar edi.

Mavjud bo'lgan resurslarning taqsimlanish andozalarini qaytadan ko'rib chiqilmasa, ko'pgina odamlar haqiqatdan ham salomatlik haquqidan mahrum bo'ladilar. 1978-yilgi Almati konfirensiyasida ta'kidlangan boshlang'ich tibbiy sanitariya tordamiga, keyinchalik “salomatlik hamma uchun” strategiyasiga berilgan urg'u sog'liqni saqlash sohasida va resurslarning taqsimlanishidan tibbiy sanitariya yordami foydasiga qaratilgan hozirgi siyosatning prinsipial va hal qiluvchi da'vatini o'zida ifoda etadi.

BSSTI yaxshi salomatlik va boshlang'ich tibbiy- sanitariya yordamiga qaytadan yo'naltirish jarayonida hamshiralalar muhim rol o'ynashlari mumkin bo'lgan qator vositalarni belgilab beradi. 1986-yil BSSTI Bosh direktorining aytishicha, “Agar millionlab hamshiralalar boshlang'ich tibbiy sanitariya yordami borasida har tomonlama 1 xil g'oyalar va e'tiqotlarni ifoda etsalar va yagona front bo'lib maydonga chiqsalar, o'shanda ular o'zlarini yuzaga chiqarish maqsadida kuchli komanda sifatida harakat qila olishlari mumkin. O'z ishlari bilan bizga daxldor bo'lgan hamshiralalar ushbularning amalga oshishlarida ulkan hissalarini qo'shadilar”

1988-yil Venada hamshiralalar ishi bo'yicha o'tkazilgan konfirensiya shunday o'zgarishlarni hayotga tadbiiq qilish borasida Yevropa mintaqasidagi hamshiralarga yordam berishga tayyor ekanliklarini ifoda qildilar.

Inson salomatlig'iga atrof-muhitning ta'siri.

Inson salomatligi qator omillar bilan belgilanib, genetik holat dastavval, turmush tarsi, ovqatlanish, ijtimoiy- iqtisodiy makon, zaruriy tibbiy- sanitariya yordamiga yetishishni, shuningdek, atrof- muhitni o'z ichiga oladi. Atrof muhitdagi tibbiy resurslarning doimiy mavjudligi ob-havo, suv, oziq –ovqat va uy- joy, shuningdek, tegishli iqlimiy va ijtimoiy- iqtisodiy shart sharoitlar salomatlik va yashash uchun kurashda zarur asboblar bo'lib hisoblanadi.

Salomatlikka zararli atrof muhitning bu omillari tabiiy sabablariga yoki inson faoliyatining sabalariga ko'ra paydo bo'lishi mumkin. Undan tashqari salomatlikka xilma-xil ta'sir qiluvchi turlari haqidagi bilimlar va ularning epidemiologik va toksikologik tad'qiqotlarga asoslanishi juda ham yetarli emas.

Ko'pgina hollarda omillarning uyg'unlashuvi salomatlika 1 xil bo'lmagan yoki yana ham jiddiyroq ta'sir etishi mumkin. Odamlar noto'ri ovqat iste'mol qilishlari ishlab chiqarishda zararli omillar ta'siri ostida bo'lishlari turmush tarzining noto'riligi, bir vaqtning o'zida 1 va undan ortiq atrof-muhitning zararli omillari ta'siriga duchor bo'lishlari mumkin. Bu uyg'unlashuv ko'zda tutilganidan ortiq xastalikning paydo bo'lishini vujudga keltirishi mumkin.

Soglom turmush tarzini shakllantirish va kasalliklarning oldini olish

Salomatlikning dialektik ma'nosi insonning turmush tarziga bogliq dir. Soglom turmush tarzini targib kilayotgan tibbiyot xamshirasi uning ta'rifini xam yaxshi bilishi lozim.

Tartibli turmush kechirish, sorlikni mustaxkamlashga yunaltilgan faol xayot soglom turmush tarzining tarkibiy kismidir.

Profilaktik tadbirlar inson salomatligiga ta'sir kiluvchi turmush tarzining zamini xisoblanadi, uni tashkil kilish xukumatimiz ijtimoiy siyosatining muxim, asosiy vazifasidir.

Epidemiologik, sotsial-gigienik va boshka zamonaviy tushunchalar yorda mida sharoit va turmush tarzining inson sogligiga bevosita ta'sirini is botlovchi xakikatlar aniklangan.

Gigiena, tabobat, ekologiya soxasidagi bilimsizlik, kun tartibiga ri oya kilmaslik, tugri ovkatlanmaslik, mexnat va dam olishni tugri yulga kuymaslik, spirtli ichimliklarni istemol kilish, chekish, kamxarakatlik, ruxiy-emotsional zurtkishlar, bu-larning ,xammasi inson salomatligiga ta'sir kursatib, bir tomondan kasalliklar sababi, ikkinchi tomondan sogligining buzilish omillari ,xisoblanadi. Tnbbiyot xamshirasi axoli urtasida olib boriladigan soglikni saklash va mustaxkamlash tugrisidagi targibot ishlarida bu sabablarning, inson sogligiga ta'siriga tuxtalib utishi lozim.

Soglom turmush tarzi me'yorlariga rioya kilish va uni tashkil kilishda katta kiyinchiliklar yuzaga keladi, axoli salomatligini saklash va yaxshi lashda bu nafakat amaliy, balki nazariy axamiyatga egadir. Soglom turmush tarzini tashkil kilish umum-xalk ishi bulib, bunga rioya kilishda soglikni saklash xodimlari namuna bulishlari lozim.

Kasalliklarning oldini olish soglom turmush tarzining asosi ekan ligini tib-biyot xamshirasi yaxshi tushunmogi va maorif ishlarini shu yuna lishda olib borishi lozim.

Soglom turmush tarzi jamiyat rivojlanishining xozirgi boskichida inson xayoti uchun zarur bulib, mamlakatda utkazilayotgan katta ijtimoiy-iktisodiy uzga-rishlar kafolati xisoblanadi.

Soglom turmush tarzi insonning xar tomonlama etuk rivoj-lanishida ma'lum darajada ta'sir kursatadi.

Tarixda xar bir xalkning uz yozilmagan salomatlik konunlari mavjud bulib, unda axlok,- odob, muomala, mexnat, dam olish, ovkatlanish madaniya ti va boshkalar mujassamlangan. Bu

konundar asrlar davomidagi kuzatuv lar va tarixiy tajribalar natijasida paydo bulgan va shakllangan.

Mamlakatning kelajagi xar tomonlama soglom, jismoniy jixatdan kuchli bulgan yoshlargina uzlariga yuklatilgan vazifani bajara oladilar.

Shu sababli, tibbiyot xodimlari yoshlar orasida soglom turmush tarzi ning shakllanishiga kuprok, e'tibor berishlari lozim.

Sunggi yillarda ayrim kasalliklar «yosharmokda». masalan yurak-kon tomir kasalliklari asosan yoshi katta odamlarda uchrar edi, xozirda yoshlar orasida xam juda keng tarkalgan. Tibbiyot xamshirasi uz sanitariya-maorif tadbirlarida kasalliklarning rivojlanish zaminida inson turmush tarzi bilan boglik, omillarni inobatga olishi lozim.

Salomatlikning asosiy omillari

Xar bir inson ota-ona tomonidan nasl-nasab shajarasini yaxshi bilishi, ularning sogligi, kasalliklarga moyilligi, tur-mush tarzini va ijtimoiy kelib chikihini yaxshi bilishi kerak. Yangi oilaning shakllanishida ushbu sabablar ayniksa muximdir. Utmishda xali genetika fani bulmaganda kslin-kuyovning nasl-nasab shajarasini — uch, besh avlodi muxokoma kilin gan. Xozirgi vaktida ushbu vazifani genetik xizmat maslaxatxonalarini baja radilar. Sizning salomatligingiz va uzok, umr kurishingiz ota-onangizga boglikdir! Fakat tabiiy ovkat maxsulotlari bilan ovkatlanish inson sogligini saklashda muxim urin tutadi.

Fiziologik ovkatlanishning ilmiy tekshirishlar natijasida ishlab chikilgan asosiy koidalari ratsional ovkatlanishga asoslangan bulib, ular kuyidagilardan iborat:

- kunlik ovkat ratsionining kaloriyasi sutkalik ishlatilgan energiyani koplashi lozim;
- insonga kerakli ovkat kaloriyasi uning xolati, jinsi, yoshn, kasbiga borlikdir;
- ovkat ratsionida albatta vitaminlar, mineral tuzlar, suv bulishi kerak;
- ovkat ratsionining kismi xayvon, kismini usimlik maxsulotlari tashkil kilishi kerak;
- ovkat maxsulotlari tarkibida ballast moddalar bulishi lozim;
- taomlarning tashki kurinishi, xidi, mazasi «ishtaxali», me'da shirasini ishlab chikishga ta'sir etishi lozim;
- ovkatlanish tartibini tugri tashkil etish, ovkatlanish vakti uning kun davomidagi mikdori I, II kasb guruxlari uchun uch marotaba, III, V kasb guruxlari uchun turt marotaba bulishi lozim:
- kaloriya buyicha ovkatni tugri taksimlash: birinchi nonushta- 25%, ikkinchi nonushta 15%, tushlik 45%, kechki ovk,at 15%ni tashkil kilish lozim;
- oksil maxsulotlari (gusht. balik,, dukaklilar)ni asosan kunning birin chi yarmida, sutli. O'simliklarlan tayyorlangan ovkatlarni kunning ikkinchi yarmida iste'mol kilish lozim;
- kaloriyani g`isoblaganda ovkatning uzlashtirilish foizini inobatga olish lozim (usimlik maxsulotlari — 80% gacha, xayvon maxsulotlari — 90-96 % gacha);
- tushlik uch kismdan iborat: kukatlar, 1- va 2-issik, taom, 3-shirin liklar;
- kora non iste'mol kilish;
- ovk,at xazm bulishini yaxshilash uchun ovkatlanish vaktida osoyishtalik bulishi lozim;
- uta tuyib ovkatlanish mumkin emas, chunki tuklik xissi ovkatlanib bulgandan 15-20 minut utgach paydo buladi.

Shaxsiy gigiena omillari. Tananing tabiiy usishining poyafzal, kiyim tanlashga boglikligi avvaldan ma'lum. Ammo xrzirda kiyimlar, poyafzal lar, bezaklar, parvarish buyumlari tarkibida soglikka zarar etkazadigan sintetik tolalar mavjud.

Ichki a'zolarning soglom bulishi salmatlik garovidir. Bunda nafas olish gimnastikasi, profilaktik jixatdan gipoksiya va gipertoniya karshi mashguloqlar bilan shugullanish soglikni saklashda muxim rol uynaydi.

Manfaatlar, kasbning kobilyatga boglikligi psixologik va valeologik zanjirning keyingi burini bulib, u insonning xayotda uz urnini topishi demakdir.

O'zini muvofiq baxolashga asoslangan ushbu omillarning majmui gigienaning asosiy tarkibiy qismiga kiradi.

Jamiyat, jamoa, oilaga bulgan munosabat ijtimoiy ekologiya.

Inson tabiati biologik va ijtimoiy omillar bilan bevosita borlik bulib, u nafakat biologik, balki ijtimoiy rivojlanish maxsulidir. Uning jamiyatdan tashkarida shakllanishi, yashashi mumkin emas va inson doimo mulokotda bulishi lozim! Inson uchun eng katta jazo bu jamiyatdan ajralishdir (turma. yolgizlik, xaydalish). Xaydalish, jamiyatga keraksiz bulish bu noxush tuygudur. Jamiyatning asosini oila tashkil kiladi. Oila uning a'zolari sogligini ta'minlab turuvchi eng kuchli, bakuvvat omildir.

Oila — bu insonning ijtimoiy ekologiyasidir. X,ar bir oila uziga xos belgilari bilan ajralib turadi, ammo xamma oilalar uchun xaet konun-koidalari bir xil. Bir-birini tushunadigan, yaxshi munosabat, tinch-totuvlik xukm suradigan oila — soglom oila demakdir.

Inson kup vaktini jamiyatda utkazadi. Ularning kayfiyati, uzini kaday xis kilishi odamlarning bir-biriga bulgan munosabatiga boglik.

Xarakat va salomatlik

Xarakat — bu xar xil yoshdagi odamlar uchun fiziologik jarayon bulib, u organizmning usishi va rivojlanishida muxim rol uynaydi. Xarakat or ganizmdagi barcha a'zo va tizimlar faoliyatiga katta ta'sir kursatadi. Xrakat soglom turmush tarzining tarkibiy kismi bulib, nafakat sotsial, balki biologik tabiatga xam egadir. Tayanch-xarakat tizimi va ichki a'zolar mushaklar xarakatining mexanik shaklini ta'minlaydi, mushaklar borligini uzi asoslab beradi.

Yapon tadkikotchilarining aniklashicha, organizmning me'yoriy faol xrlati va sogligini sakdash uchun odam kuniga 10000 kadam yurishi lozim, bu urta xisobda 7—8 km.ni tashkil kiladi.

Uzok, yillar davomida jismoniy mexnatning 90%i va undan kupini inson uzi bajargan. XX asrdan boshlab esa buning aksi, ya'ni insonning xarakat faolliigi kamaya bordi. Ma'lum me'yordagi xarakatsizlik esa inson salomatligiga salbiy ta'sir kursata boshladi. Shu sababli tibbiyot xamshirasi xarakatning axamiyati tugrisida targibot ishlarini olib borishi lozim, ayniksa urta yoshdagi odamlar uchun xarakat muxim urin tutadi. Chunki bu davrda insonning amaliy tajribasi va bilimi ortadi. Shu bilan bir katorda bu yoshda (40—60 yosh) kushimcha imkoniyatlar va tashkoy muxit omillariga nisbatan organizmning karshilik kuchi susayadi. Tibbiyot xamshirasi uz targibot ishlarida kuyidagilarni tushuntirib borishi lozim:

Soglom turmush tarzi 70—75 yoshlarda xam konikarli mexnat

kilish kobilyatini sakalashga yordam beradi, buning uchun mushaklarni ishlatib turish, xarakat faolliigi kamchiligining urnini bosish uchun zarurdir.

Xozirda 40—60 yoshli odamlar uchun jismoniy tarbiya mashgulotlari usullari va ularni tashkil kilishning 7 ta yunalishi ishlab chikilgan:

- organizmning anik, talablarini koniktirish yunalishi;
- organizmning imkoniyatlariga mos yunalish;
- jismoniy tarbiyada kullaniladigan usullarning uziga xos sifati:
 - bir butunlik ta'siri:
 - faol dam olishni keng kullash;
 - «kundalik va umr davomida» yunalishi:
 - ta'sir k.ilish yigindisi.

Inson xayotida xarakatning axamiyati juda katta va xayotning asosiy belgisi xarakat desak tugri buladi. Shu bilan bir katorda inson sogligiga salbiy ta'sir etuvchi omil — gipodinamiyani unutmashimiz lozim.

Gipodinamiya (kam xarakatlik)— jismoniy faollikning su-

sayishi bulib, yurak — tomir nafas, nerv, endokrin, xazm, tayanch-xarakat tizimi kasalliklarining asosiy sababi xisoblanadi. U 50 yoshga etmagan minglab odamlarni vaktinchalik nogironlik va ulimga olib keladi. Ruxiy uzilish xodisalari, ogir nevrozlar, mexnat kobiliyati keskin pasayishining jismoniy jixatdan kuchsiz odamlarda kup uchrashi ilmiy isbotlangan.

Tibbiyot xodimlari jismoniy mashklar turlarini va ularni tavsiya etishni bilishlari kerak. Soglikka ta'siri buyicha yugurish birinchi urinda turadi. Yugurish yurak-kon tomir tizimiga yaxshi ta'sir kilib, upkaning xayotiy sigimini oshiradi, moddalar almashinuvini, mushak, nerv, endokrin tizimi faoliyatini yaxshilaydi. Natijada organizmning mexnat kobiliyati va tashki mug`itning nokulay ta'sirotlariga karshiligi oshadi.

Yoshi kattalarga yugurishni tavsiya kilishda tibbiyot xamshirasi uchta asosiy koidaga rioya kilishi:

- ma'lum me'yorsiz tez yugurishni tavsiya etmaslik;
- tolikkanda tez yugurmaslik;
- birinchi xavfli belgilarda mashkni tuxtatish kerakligini aytishi lozim.

Yugurish mashklaridan oldin yurishni kullash lozim. Yurish jismoniy mashklarning bir turi bulib, yurishda xarakatning ma'lum ulchovi muxim axamiyatga ega: umumiy masofa, kadam uzunligi va soni, dam olish davrining soni va muddati. Yurishdan yugurishga utish asta-sekinlik bilan amalga oshirilishi lozim. Charchash, tolikish me'yoriy fiziologik xolat bulib, bu dam olish kerakligidan daltolat beradi.

Chinikish va salomatlik

Chinikish — organizmning sovuk, issik, kuyosh radiatsiyasi va turli xil metereologik omillarning zararli ta'sirotlariga chidamliligini oshirishga karatilgan tadbirlar yigindisidir. Chinikishning soglikni mustaxkamlash, shamollash va boshka kasalliklarning oldini olishda kadimgi usullardan biri ekanligiga tibbiyot xamshirasi uz targibot ishlarida tuxtalib utishi lozim.

Uzgarib turuvchi iklim sharoitlari: issik, sovuk, kuruk yoki nam atmosfera bosimi ta'sirida inson ongi va irodasiga boglik bulmagan xolda organizmning ximoya mexanizmlari ishga kirishadi. Natijada kon tomirlar torayadi yoki kengayadi, moddalar almashinuvi buziladi.

Shunday kilib, organizm tashki muxit sharoitlariga moslashib boradi. Chinikish darajasi kancha kup bulsa, odam shuncha soglom buladi.

Tibbiyot xamshirasi soglom turmush tarzini targib kilar ekan, chinikishning kuyidgi koidalarini bilishi lozim:

- muntazamlilik;
- asta-sekinlik;
- uziga xos yondoshish;
- xar tomonlamalik;
- faollik tartibi;
- maxalliy va umumiy muolajalarni birgalikda kullash;
- uz-uzini kuzatib borish.

Chinikishda muntazamlilik yunalishlariga rioya kilish muxim urin tutadi. Uzok, tanaffus kilinganda orttirilgan ximoya ta'siri susayadi yoki butunlay yukrladi. Chinikishni oddiy usullardan boshlash va asta-sekinlik bilan yaxshi natijalarga erishish mumkin. Yosh bolalar va kattta yoshdagi odamlarning chinikishda asta-sekinlik koidalariga rioya k,ilishlari muxim axamiyatga ega.

Organizmni chiniktirishning: xavo vannalari, suv muolajalari, kuyosh vannalari kabi turlari mavjud.

Xissiyot, stress va salomatlik

Xissiyot — bu odamning ichki xayajonini, tevarak-atrofga bulgan munosabatini tavsiflovchi jarayon.

Ruxiy va somatik jarayonlarni boshkarishda xissiyotlar muxim ahamiyatga ega. Inson xissiyoti va sezgilari xet faoliyati yoki shaxs va jamiyatning uzaro munosabatida foydali ta'sir darajasini ifodalovchi odob-axlokning nozik ulchovi xisoblanadi.

Birlamchi xissiy kuzgalishda bosh miya kon-tomirlari, vegetativ va endokrin markazlar faoliyati ta'sirlanadi. Odam kattik xayajonlanganda yuzi okaradi yoki kizaradi, taxikardiya, bradikardiya, gipotoniya yoki gipertoniya, mushaklar gipotonusi yoki gipertonusi kuzatiladi. Ter, yog va boshka bezlar faoliyati uzgaradi. Kurkkan odamda kuz kattalashib, korachiglari kengayadi, arterial bosim kutariladi.

Tashki ta'sirotlar natijasida organizmda uzgarishlar sodir buladi. G. Sele bu xolatni «stress» deb nomlagan. Stressning asosiy boskichlari:

— xavotirlanish davri: arterial bosim, tana xaroratining pasayishi, xazm a'zolarida funktsional uzgarishlar va xokazolar;

— karshilik davri: arterial bosim, tana xaroratining kutarilishi;

— charchash davri.

Stress davrlari bu umumiy moslashish sindromining bir kurinishi bulib, uning asosida adrenogipofizar tizimida birlamchi uzgarishlar kuzatiladi. Xayajonlanish, kuchli xissiyot analizatorlar bilan boglik bulib, bular ichida kurish va eshitish asosiy dominant (boshkaruvchi) vazifasini uynaydi.

Stressning paydo bulishida turli xil omillar: yukori va past xarorat, tuknashuv vaziyatlari, turmush sharoitining keskin uzgarishlari, turli xil farmokologik vositalarning ta'siri bulishi mumkin. Salbiy ta'sirotlarni bartaraf kilish yullarini tibbiyot xamshirasi bemorlarga tushuntirishi lozim. Ammo xamma stresslar xam inson uchun zararli emas. «Yaxshi stress» bu eustress — organizmni yangi sharoitlarga moslashish uchun safarbar kiladi. «Yomon stress» — distress — nevrozlar rivojlanishiga sabab bulishi mumkin.

Stress turlari

1. O'tkir stress — birdan rivojlanadi.

2. Surunkali stress — kuchli va nisbatan kuchsiz bulib, organizmga uzok. vakt davomida ta'sir kiladi.

Ekologik omillar va salomatlik

Malakali tibbiyot xamshiralari ishining muxim yunalishlaridan biri bu yukumli kasallikdar profilaktikasidir. Yukumli kasalliklarning rivojlanishida atrof-muxit omillari muxim urin tutadi. Chang, tebranish, shovkin, kimyoviy moddalar, nurlanish, asabiy va jismoniy zurikish insonning mexnyat ktish jaraeniga ta'sir kilib, (kasbiy zararlanish) turli kasallik-larning paydo bulishiga sabab bulishi mumkin.

Atrof-muxitning ifloslanishi xam kulgina kasalliklarning kupayishiga sabab bulmokda:

— me'da va un ikki barmok, ichak yara kasalligi;

— ateroskleroz, yurak-kon tomir, gipertoniya kasalligi;

— nevrozlar, neyrotoksik distoniya.

Afsuski ushbu ruyxat xar yili yangi kasalliklar bilan tulib bormokda, buning sababi ishlab chikarish texnikasining rivoj-lanishi. kishlok xujaligini kimyolashtirish, mexnatni muxofa-za kilishga ajratilgan mablagning etishmasligidir.

Yukorida keltirilgan kasalliklar moxiyatiga karab kasbiy va ekologik bulishi mumkin.

1. Kasb kasalliklarining rivojlanishiga ma'lum bir kasb sabab buladi (shovkin, tebranish, nurlanish va boshkalar).

Kasb kasalliklari — zararli sharoitlarda mexnat qilganlar orasida kuprok, rivojlanadi. Masalan upkaning changdan kasallanishi, pnevmoskleroz, bronxit, nurlanish, utkir va surunkali zaxarlanish (ximik moddalardan) va boshkalar.

2. Ekologik kasalliklar atrof-muxitning zararli omillari ta'sirida rivojlanadi. Bu omillar insonga nafakat ishlab chikarihda, balki uyda, kuchada, dam olish joylarida xam ta'sir kilishi mumkin. Ular inson organizmiga mutagen, teratogen, kontserogen, toksik (embriotoksik), allergik, immunodepressiv ta'sir kiladi. Organizmga zararli ximik moddalar ovkat maxsulotlari, ichimlik suvlari va boshka yullar orkali tushishi mumkin.

Oila va salomatlik

Oila jamiyatning bir bulagi bulib, uzok yillar davomida xukukiy krnunlar va din asosida shakllanib kelgan. Jamiyatimizda nikox erkak va ayolning tula ixtiyoriiligiga, manfaatlari umumiy, mushtarak bulishiga asoslanadi. Uzbekistan Respublikasi Konstitutsiyasida oilaning davlat ximoyasida bulishi, nikox, ayol va erkakning uz ixtiyori bilan bildirilgan roziligiga asoslanishi kursatib utilgan. Konunda kishilarning bir necha nikoxda bulishlari, yakin karindosh-uruglar, akli zaif kishilar bilan nikox tuzishi ta'kiklanadi. Bu oilada soglom farzand dunyoga kelishida asosiy omil bulib xisoblanadi.

Oiladagi shart-sharoit, «ruxiy iklim» odam xayotiga kup jixatdan ta'sir kiladi. Chunki oiladan bizning xayotimiz boshlanadi, oila bizni dunyo bilan tanishtiradi, birinchi kunikmalar, barcha kuvonch va tashvishlarni kechirishga yordam beradi.

Oilada biz xar bir mnsion uchun muxim bulgan mexr-muxab-bat, tayanch-erdamni olamiz.

Oilaviy xaet er va xotinning bir-birlari va farzandlari turrisida gam-xurlik kiladigan va bolalarini tarbiyalaydigan maktabdir. Oiladagi soglom muxit, soglom oilaning shakllanishida muxim urin tutadi.

X u l o s a.

Biz jamiyatda sog'lom turmush tarzi uchun bo'lgan resurslarning bir xil taqsimlanmasligi va uning mamlakatlararo va bir mamlakat doirasida tibbiy- sanitariya yordami xizmatlaridan foydalanishda huquqlarning teng bo'lmaganligini ifoda etuvchi ijtimoiy adolatsiz likni keltirib chiqaradigan omillarni ko'rib chiqdik. BSST ning "Salomatlik hamma uchun" tashabbusi va Yevropa mintaqasi uchun vazifalari shu mintaqa hukumatlarining barchasi uchun bosh ijti- moiy maqsad sifatida maydonga kelgan bo'lib, sog'liqni saqlash masalalarida notenglikni kamaytirishga va ushbu mamlakatlar aholisi o'rtasida salomatlikning yaxshi darajasiga erishishga yo'nal tirilgandir.

Xatti-harakatni amalga oshirishda makro daraja anchagina samaradorligi haqida xulosa chiqarishga imkon beradigan salomat- lik masalalaridagi notenglikni kamaytirishga qaratilgan hatti-hara- katlarni tahlil qildik. Ushbu darajada qashshoqlikka qarshi kurash va aholini qo'llab quvvatlaydigan shart- sharoitlarni yaratib beruv- chi vakolatlarning qaytadan taqsimlanishiga olib keladigan tub tarkibiy va madaniy yangilanishlarni amalga oshirish zaruriydir. Keyingi darajada esa, salomatlikni muhofaza qilish uchun ajratila- digan resurslardan aholining foydalanishini kengaytirish va salo- matlikni mustahkamlashda sog'likni saqlash xizmatlarini qaytadan yo'naltirish, hamda boshlangich tibbiy- sanitariya yordami yonda- shuvini qabul qilish maqsadiga qaratilgan ijtimoiy siyosatni rivoj- lantirishni amalga oshirish zarurdir.

Ushbu darajada aholi guruhining hamda alohida shaxsning salomatligini mustahkamlashga qaratilgan sanitariya maoriya ishla- rini qo'llab-quvvatlash maqsadida yangiliklarni amalga oshirish zarurdir.

Biz qanday qilib aholiga hamshiralik yordamining konsepsiyasi, hamshiralik ishi bo'yicha "Salomatlik hamma uchun" ning Yevropa vazifalarini qo'llab-quvvatlaydigan Almati deklaratsiyasi va Vena deklaratsiyasida aks etgan ahvolni amaliy ro'yobga chiqarishga ko'maklashishini ko'rib chiqdik. Biz hamshiralar o'zlarining salohiyatli imkoniyatlarini hayotga tadbiiq etib, salomatlikni muhofaza qilish va saqlash, hamda xastalikni profilaktika qiladigan ishlarni amalga oshirishni tan oldikki, zero bu faoliyatning aholi salomatligiga ta'sir etadigan va nihoyat barcha darajalarda salomatlikni muhofaza etishda ishtirok etishga ta'sirini o'kazuvchi siyosatni belgilashda, resurslarni taqsimlashda mas'ul bo'lgan siyosiy dajadagi shaxslar tomonidan tan ilinishi lozimdir.

Mazkur munozarada uyushmaga hamshiralik yordamining geog-rafik holati diqqat-e'tiborda bo'lishiga qaramasdan uyushma rivojlanishiga asoslangan yondashuv konsepsiyasi o'zining amaliy faoliyatini takomillashtirishi va salomatlik muhofazasiga aholini jalb etishga ko'maklashish maqsadida har xil muassasalarda ko'p sonli hamshiralar tomonidan qabul qilinishi mumkin.

II. Hamshiralik ishi jarayonida bemorlarni bevosita tekshirish usullari

2.1. Fizikal tekshirish usullari (STATUS PRAESENS OBEKTIVUS)

Bemorlarni umumiy va mahalliy ko'zdan kechirish



Bemorning umumiy ko'zdan kechirish turli xil kasalliklar tashxisi uchun juda zarur. Bemor bilan suxbatlashish vaqtida siz bir qator o'zgarishlarni ko'zdan kechirishingiz zarur. Umumiy kuzatishlarga bemor bilan suxbat va uni kurigi kiradi. Ob`ektiv ma`lumotlarga bemorni umumiy kuzdan kechirish ya`ni teri koplamlari, shillik kavatlar, teri osti yog kletchatkasi, mushak, bugim va suyak sistemalari xolatini baxolash kiradi. Bemor xolatini baxolash bilan birga patologik uzgarishlar yoki depressiya borligini xam inobatga olishingiz kerak.

Bemorning yuz tuzilishi, uning mimikasi, suzlashishiga xam e`tibor karatmok lozim. Etnik kelib chikishiga karab bemorning yuz rangini xamda gavda tuzilishini kuzatishingiz darkor. Biror bir patologik xolat kuzatilganligi, gapirish madaniyati, nutki, talaffuziga e`tibor bering. Mazkur kurik orkali siz kupgina ma`lumotlarga ega bulasiz. Ko`rik jarayonida xona xaroratining tana xaroratiga yakin bulishi, tibbiyot xodimi kulay vaziyatni egallashi, shuning bilan birga bemor kiyimlari echilishi lozim. . SHunga ko`ra bemor ko`rigi vizual baxolanadi.

Bemorni umumiy ko`rik vaktida badanning biror bir kismi nazardan chetda qolmasligi uchun yaxshilab ko`rikdan o`tkazganingizga ishonch xosil qilishingiz kerak. Odam organizmining tuzilishi barcha tizimlar buyicha tekshiriladi.

O`anday tekshirish usuli foydalanilmasin siz quyidagilarni bilishingiz kerak: rang, xid, ulchov, kattaliklar, simmetriya va xarakat (yoki uning mavjudsizligi). Bemorning axvolini baxolashda uning xolatini kay darajada ekanligini aniklab olish shart, masalan, kuzlarning xolati,

kukrak kafasi va gavdaning tuzilishi kuzdan kechiriladi. Bulardan tashkari bemorga tugri va anik tashxis kuyish uchun muxim bulgan boshka belgilarni xam e`tibor karatish lozim. Demak bemorni kuyidagi reja asosida tekshiruvdan utkazamiz.

Bemorning es-xushini aniklash . Bemorning es-xushi saklangan yoki xiralashgan bulishi mumkin. Turli xil kurinishdagi xolatlarni kurish mumkin.

1. Stupor (stupor). Mazkur xolatda bemor atrofidagilarga befark , savollarga noanik, kechrok va kiyinchiliklar bilan javob beradi.

2. Sopor xolati (spoor). Bunday xolatda bemor uyku xolatida buladi.Uni uykudan uygotib suxbatlashish mumkin , keyinchalik bemor yana uz xolatiga kaytadi.

3. Koma xolati (coma) . Bunda bemorning barcha refleksleri yukoladi. Axvoli ogirlashadi. Kattik uyku xolatiga ketadi. Koma kuyidagi kasalliklarda (kandli diabet , buyrak kasalliklari , miya kon aylanishlarining izdan chikishi, utkir infektsion kasalliklar, jigar kasalliklari, miyaga kon kuyilishi , miya shikastlanishi , narkotik moddalari , arok, morfin, veronal va boshka narsalar bilan zaxarlanishi, malyariya, meningit , tutkanok va xokazo) da tez rivojlanadi. Komatoz xolatni juda xam ogir kasallik okibati sifatida kurish mumkin.

Yukorida keltirilgan kasalliklarda bemorning xaddan tashqari vajoxatliligi , es xushining noanikligi sababli atrofdagilarga zarar keltirish xolatlari kuzatiladi. Bu xolat ogir infektsiyali intoksikatsiya (vabo, arok, morfin, zaxar bilan zaxarlanishi) kasalliklarida uchraydi .

Bemorning xolati . Bemorning kuyidagi xolatini kuzatish mumkin ;

1. Faol xolat- mazkur xolatda bemor yotgan joyida uz xolatini uzgartirishi mumkin va erkin mustakil ravishda uzi yura oladi;

2. Passiv (sust) xolat- kachonki bemor joyida kimirlamay yotadi va tevarak atrofiga e`tiborsiz buladi va uzgalar yordamiga muxtoj buladi ;

3. Majburiy- bemorning axvolini engillashtiruvchi xolat. Majburiy xolat turli xil bulishi mumkin. Masalan yurak kon-tomir xastaligiga chalingan bemorlar ung tomonda yotishni va ortopnoe xolati (bemor utirgan xolatda oyoglari pastga tushirilgan) ni ma`kul kuradilar.

Majburiy xolatga - boshka kasalliklar (bronxial astma, bronxoektaz, plevrit, yalliglanish, peritonit, appenditsit va xokazo) bilan xastalangan bemorlar misol bula oladi. Bronxial astma xastaligiga chalingan bemorlar odatda uz joylarida yotmaydilar, aksincha stulda kullari bilan tizzani ushlab tong ottiradilar. Bunday xolatda nafasni yordamchi mushaklari nafas aktida ishtirok etadi va bemorning axvoli oz bulsada engillashadi.

Ba`zi bir kasalliklar (utkir peritonit, appenditsit) da korin kismida kattik ogriklar paydo bulsa , oyokni ikki katlab chalkancha yotiladi. Appenditsitda va paranefritda oyoklarni korin kismiga katlab yotiladi, shundagina ogrik sekinlashadi.

Oshkozon osti bezi raki , diafragmal plevrit, umurtka sili xastaliklarida bemor korincha yotishni ma`kul kuradi. Bunday xolat korindagi ogrik xissini sekinlashtiradi.

Oshkozon yara (yazva) kasalligida korin kismini kullar bilan bosib turish kerak, shunda ogrik asta- sekin pasayadi.

Meningitda esa bemor majburan yonboshlab yotib , ikki oyogini katlab , boshini orkaga tashlab yotadi. Kup xollarda mana shunday majburiy xolatlar shifokorga kasallikni aniklashga yordam beradi.

Konstitutsiya - funktsional va morfologik belgilar yig`indisi bo`lib, tug`ma yoki orttirilgan tabiatga ega. Odam konstitutsiyasi bo`yicha M.V. Chernorutskiy tomonidan taklif kilingan tasnif qabul qilingan. Unga ko`ra uch xil konstitutsiya tipi fark k,ilinadi: Normostenik, astenik va giperstenik konstitutsiyani bilish ichki kasalliklarni aniklanishda yordam beradi. Masalan: gipersteniklarda modda almashinuvi pasaygan bulib, kupincha ularda semirish, ut-tosh, buyrak-tosh, gipertoniya, ateroskleroz kasalliklari rivojlanadi. Asteniklarda esa modda almashinuvi kuchaygan bulib, ularda kupincha upka kasalliklari, ichki a`zolarning pastga siljishi (splanxnoptoz) kuzatiladi. Lekin kasalliklar ma`lum nokulay tashki omil ta`sirida rivojlanadi.

Konstitutsiyani bilish ichki kasalliklarni aniklashda yordam beradi. Masalan: gipersteniklarda modda almashinuvi pasaygan bulib, ko'pincha ularda semirish, ut-tosh, buyrak-tosh, gipertoniya, ateroskleroz kasalliklari rivojlanadi. Asteniklarda esa modda almashinuvi kuchaygan bulib, ularda kupincha upka kasalliklari, ichki a'zolar quyi tomonga siljishi (splanxnoptoz) kuzatiladi. Lekin kasalliklar ma'lum noqulay tashki omillar tasirida rivojlanadi.

Shuning uchun reja asosida sog'lomlashtirish-profilaktika chora-tadbirlarini kurish katta ahamiyatga ega (mexnatni, dam olishni, ovkatlanishni tugri tashkil kilish, badantarbiya va sport bilan shugullanish va x.k.)

Bemorning semizligi yoki ozginligi, teri osti yog katlami rivojlanishi kuzdan kechirilib va paypaslash orkali aiiklanadi. Teri osti yog kavati qorin soxasida, qovurga pastida me'yorda taxminan 2 sm ga teng.

Buy . Buyni ulchash uchun santimetrlarga bulingan buy ulchagichdan foydalanamiz.

Ulcham . Bemorni maxsus tibbiy tarozida vaznini ulchash lozim .Ertalab naxorda oddiy kiyimda va siydik pufagi tuldirilmagan xolda gavda vaznini ulchash maksadga muvofik buladi. Bemorni vaznini ulchashdan oldin tarozi sozligini tekshirib , yunalish toshchalarini 0 xolatiga keltirib ulchashni boshlanadi. Odatda bunday ulchamlar xaftada bir yoki ikki marta utkaziladi.

Yuz kiyofasi. Turli kasalliklarni aniklashda yuz kiyofasini kuzdan kechiriladi.. Yuzga karab kasallik ogirliigi (utkirligi) ni aniklash mumkin . Bularga utkir peritonit, uremiya va boshka utkir kasalliklarni misol kila olamiz. Bemor kattik shamollab kolsa , kuzlari utirib, yuzda shish va ter paydo buladi. Yuzning bu kurinishini birinchi Gippokrat aniklagan va facies Hupocratica – shishgan , dokaday okargan deb nom bergan.

Buyrak kasalligida (nefrit , nefroz) yuz va kovoklar shishadi,bunda yuz kiyofasi facies nefriticus deyiladi. Yurak xuruji, yurakning tugma orttirilgan nuksonlarida xam yuz turli xil uzgarishlarga duch kelishi mumkin. Lab, yonoklar, burun, kuloklar sezilarli darajada kukaradi (akrotsianoz) . Mitral klapan etishmovchiligi va stenezida xam yuzda uziga xos uzgarishlar kuzatiladi. Bunday xolat facies mitralis deb nom olgan . Aortal klapan etishmovchiligida yuz sal okaradi.

Chuzilgan septik endokardit xolatida esa yuz sarik rangda tus oladi - «cafe au lait» (sut va kaxva rangida).

Silda esa «habitus phtisicus»-oriklagan, rangsiz yuz, uzun-uzun kipriklar buladi.

Endokrin xastaliklari (Bazedov kasalligi, miksedema , akromegaliya va xokazo)da bemorning yuz kiyofasida bir necha uzgarishlar kuzatiladi. Ayniksa giperterioz kasalligida Bazedov yuzi (facies Basedovica) ya'ni kuzlar kattalashgan, chakchaygan, kurkuv xissi va kovoklarning dagallashishi namoyon buladi.

Qalkonsimon bez funktsional etishmovchiligi (miksedema) okibatida yuzlar shishgan , aylana shaklda va befarklik belgisi namoyon buladi.

Gipofiz bezining oldingi kismi eozinofil adenoma xastaligida yonok suyaklarini kizarishi va kattalashishi , burun, jag, kovok, lab, tilning keskin kattalashishi kuzatilishi mumkin.Burun chetlari burtib chikishi, keskin kizargan yuz , burun va lablar chetida toshma (herpes) toshishi , sariklik belgisi upka yalliglanishini anglatadi. Shuningdek toshmalar badanda va tana a'zolarida xam uchrashi mumkin, masalan turli xil infeksiyalarda: malyariya, kaytalangan tif, serebrospinal meningitda kuzatiladi. Gerpes virusi ishtirokida paydo buladi va nerv tarmoklari herpes zoster buylab tarkaladi.

Burun . Burun , yonok suyaklari , jaglarning keskin kattalashuvi akromegaliyaga xosdir. Burun suyagi old devorini ichkariga kirishi (egarsimon burun) , turli xil shikastlanishlarda kuzatiladi. Bundan tashkari tugma zaxm kasalligi natijasidir. Mazkur kasallikda burun suyaklarining nekrozi rivojlanadi. Doimo kizargan burun aroxxurlik belgisidir. Burun konashi esa yurak tomir xastaliklaridan dalolat beradi. Shuningdek Osler , gipertoniya, yurak kon-tomir tizimi xastaliklari va kon kasalliklari (leykoz, Verlgof kasalligi, trombotsitopatiyalar) , Singa, surunkali gepatit, septik kasalliklar , uremiya , va boshka xolatlarda uchrashishi mumkin . Miyaga kon kuyilishida

va uch tarmokli nerv tolalarining yalliglanishida burun burmasini bir tomonlama silliklashishi kuzatiladi.

Og'iz. Ogiz bushligi orkali til , tish va milklardagi uzgarishlarni urganish mumkin buladi. Milklarning shishishi va konashi singa , utkir leykoz va simob bilan zaxarlanganda yuzaga keladi. Kurgoshin bilan surunkali zaxarlanishda asosan milklarda koramtir chiziklarni kuzatish mumkin.

Turli xil infektsiyalar va ogiz bushligidagi badbuy xidlar stomatit xastaligidan darak beradi. Milklardagi tuk rangli chizik, ogiz bushligidagi tangasimon doglar Addison-Birmer kasalligining simptomi xisoblanadi.

Tilning kurishi xar xil infektsiyalarda , utkir peritonit va turli kasalliklarda uchrashi mumkin. Tilni kuzdan kechirish orkali bemorning umumiy axvolini baxolash mumkin. Tilning juda kurukligi katta – katta tilimlar (yoriklar) paydo bulishiga olib keladi. Shuningdek tilning konashi va tuk rangli bulishi uremiyaning ogir formasida yakkol nomoyon buladi. Ba'zi xollarda tilning ustki kismi tekislanib yumshaydi. Bu simptom Addison-Birmer kasalligiga xosdir. Tilning uchi ogrishi va kuyish belgilari paydo bulishi axiliya xastaligining alomatidir.

Ba'zida til qizgish rangda bo'ladi . Tilning bunday tus olishi V12 vitaminining etishmasligi sababidir. Utkir yukumli bolalar kasalligida til tuk kirmizi rangida buladi. Korin tifi kasalligida tilning ustki yuzasi to'k rangda, uchi esa qip – qizil rangda bo'ladi. Akromegaliyada til o'z ulchamlariga nisbatan kattalashadi. Jigar sirrozida til kip-kizil tusga kiradi (malina tili). Atrofik gastritda til surgichlari yassilanadi .

Sezgi a'zolari . Odam tashki muxitdagi turli xil ta'sirlarni xar xil sezgi a'zolari orkali kabul kiladi va tashki muxitga shular yordamida moslashadi.

Shuning uchun kuzlarni kuzdan kechirish muxim axamiyat kasb etadi. Yuz kiyofasining kurigi paytida kuruv organlarining xolati (kuz olmasi, kuzning yordamchi xosilalari) ga e'tibor karatish lozim. Bazedov kasalligining asosiy belgilaridan biri kuzning burtib chikishi, chakchayganligi (ikki tomonlama ekzoftalm) . Bir tomonli ekzoftalm - kuz olmasiga konning kuyilishi , turli xil shishlar , yalliglagish jarayonlari va usmalarda uchrashi mumkin.

Miksedema, peritonit, agoniya esa kuz gavxarining utirib kolishi kuzatiladi. Shox va tur pardasining sarik rangda bulishi gepatit, ut pufagi va yullari tosh kasalligi , usma kasalligi shuningdek oshkozon osti bezi xavfli va xavfsiz usma xastaliklaridan darak beradi. Kuz gavxariga e'tibor berganda albatta uning ulchami , xolati , yoruglikka bulgan javob reaksiyasini inobatga olish zarur. Morfin, opiy , turli xildagi giyoxvand moddalar bilan zaxarlanganda kuz gavxarining torayishini kuzatishimiz mumkin.

Ko'z sokkasini kiskarishi rivojlanayotgan paralich xolatida uchraydi., shuningdek organizmga pilokarpin , rezerpin tomizilganda xam kuz korachigi mushaklari kiskaradi.

Miyaga konning kuyilishi , komatoz xolati va atropin dorilari bilan zaxarlanganda kuz korachigi kengayadi.

Ko'z gavxarlarining bir xil bulishi katta diagnostik axamiyatga egadir. Kuz gavxarlarining xar xil bulishi markaziy nerv tizimining ish faoliyati buzilganligi xakida dalolat beradi.

Teri. Teri koplamini kuzdan kechirganda birinchi navbatda terining ustki kismiga va uning ostida joylashgan barcha katlamlariga e'tibor karatish lozim. Teri ustki kismining rangparligi kamkonlik kasalligida, utkir va surunkali kon yukotishlar (jaroxatlanish okibatida kup kon yukotish, turli xil yara kasalliklarida , ginekologik kon yukotish va xomilaning rivojlanmasligi), kon aylanish tizimi kasalligi (xloroz, Addison-Birmer kamkonligi, leykozlar , gemolitik kamkonlik, Verlgof kasalligi) da surunkali va ogir kechadigan infektsion kasalliklar, sepsislar, malyariya , endokarditlar, zaxarlanish va boshka kasalliklarda uchrashi mumkin. Shuningdek , terining rangparligi gemoglobinning normadan pasayishi okibatidan xam kelib chikadi.

Rangparlik ba'zan buyrak xastaliklariga chalingan bemorlarda , kurkuv, kusish, gipertoniya , bexushlik xolati, shuningdek kon aylanishining etishmovchiligi (aortani kuyi kismining sikilishi, aorta klapanlarining etishmovchiligi) xolatlarida kuzatiladi. Kollaps va peritonitda xam rangparlik kuzatiladi. Tusatdan boshlangan rangparlik bemorning kup kon

yukotganligidan dalolat beradi. Odatda mazkur bemorlarda teri ustki kismining rangparligi bosh aylanishi , bexushlik xolatlari , tez-tez kichik puls, AG`B pasayishi xolatlari paydo buladi.

Rangparlik turli xil kurinishlarga ega bulishi mumkin. Ayrim bemorlarda utkir gepatitning rivojlanishi okibatida kelib chikadi.

Yurak kon- tomir tizimining etishmovchiligi okibatida arteriya konlarini yurak bosimi bilan xarakatga keltirmasa , O2 bilan tuyinmasdan arteriya kapilyarlari upka arteriyalariga aylanmasdan yana yurakka boradi. Bu jarayon venoz konida gemoglobinning kayta tiklanishiga sabab buladi va lablar burchagida sianoz xolatlarning paydo bulishiga olib keladi. Mazkur xolat periferik sianoz deb nomlanadi.

Nafas olish organlarining kasalliklari (emfizema, pnevmoskleroz va boshka nafas organlarining yalliglanishlari) ga gazsimon zaxarli moddalar sabab bulishi mumkin. Utkir sianoz tugma yurak parogida , upka arteriyalari sklerozida , emboliyada , upka emfizemasida uchrashishi mumkin. Ba'zida tushning ustki kismi sarik rangda tus olishi konda bilirubinning oshib ketishidan darak beradi. Bu xolatlarni sariklik (icterus) deb nomlanadi. Giperbilirubinemiya simptomining davomiyligiga va rivojlanishiga karab teri rangi uzgaradi: ochik-limon rangidan – tuk sarik ranggacha kiradi .

Pigmentatsiyalarning joylashuvi bir xil kechmaydi. Avval ogiz bushligi (yumshok tanglay , tilchaosti , shillik kavati) buyaladi, keyinchalik esa yuz burmalari , burun va yuz atroflari , kaftlar, tovonlar buyaladi. Bu tus asta sekinlik bilan butun tanaga tarkaladi(subicterus).

Terining tuk rangli tus olishi uzok muddat davomida (argirosis), mo`shyak (mo`shyakli melanoz) ning iste'mol kilinishi tufayli buladi.

Ayollar kukrak soxasi terisining rangi uzgarishi , shuningdek korinda ok chizgishning paydo bulishi xomiladorlikdan darakdir. Kurikda depigmentatsiya ok tanachalar (vitiligo) , yoki kichik-kichik dogchalar (Leucoderma) kurinishida nomoyon buladi.

Terini kuzdan kechirish katta diagnostik axamiyatga ega. Unda rangli toshmalar bulishi, kon kuyilishi, yaralar, chandiklar, soch koplamasining buzilishi xamda tirnoklar patologiyasiga axamiyat beriladi. Bundan tashkari, paypaslash orkali terining kurukligi, namligi, chuziluvchanlik darajalarini aniklanadi. Uning rangi pigment mikdoriga, kalinligiga va kon bilan tulishiga boglik. Teri rangining kuyidagi uzgarishlari fark kilinadi: okarishi (buzarishi), kizarishi, kukarishi, sargayishi, er rangida bulishi.

Terining okarishi vaktinchalik funktsional (kuchli ogrik, xayajon, kurkish va x.k.tufayli) yoki doimiy bulishi mumkin (kamkonlik, buyrak kasalligi, aorta nuksoni va x.k.tufayli).

Qizarish xam fiziologik (uyalganda, gazablanganda, tashki xarorat ta'sirida) va patologik (Vakez kasalligi, gipertoniya, is gazi bilan, atropin, amilnitrit, afyun zaxarlanishlar vax.k.da) buladi.

Ko'karish doimo patologik xolat bulib. u gaz almashinuvi buzilishi bilan kechadigan upka kasalliklarida, yurak-kon tomirlari kasalliklarida (konning dimlanishi xisobiga),zaxarlanganda vujudga keladi. Kukarish kupincha dung joylar (burun uchi, kulok suprasi, labda) periferiya (barmoklarda, tirnoklar)da (akrotsianoz) kurinadi. Sargayish xar xil tusda kurinishi mumkin: och sariklikdan (subikterik), to'q , sariklikkacha. Sariklik kup davom etganda yashilrok tusga kiradi. Sariklik ko'zning okida va tanglayning shillik qavatida kuchlirok namoyon buladi. Qonda karotin pigmenti kupayib ketganda (tomat, sabzi kup nstemol kilinganda) yoki ayrim dorilarni ichganda kul kafti, oyok panjalari, teri sargayib ketadi. U xakikiy sariklikdan fark qnlib, unda kuzning ok kavati va tanglayning shillik kavati sargaymaydi, buyrak usti bezi etishmovchiligi terida bronza rangiga ux-shash doglar paydo bulishi tarzida yuzaga chikadi, pigment kamayishi yoki yukolishi natijasida teri da ok doglar (pes) paydo buladi. Ular xar xil kattalikka ega va kupincha simmetrik bulib. organizmda xech kanday funktsional buzilishlarga olib kelmaydi.

Toshmaning asosiy elementlari bulib dog(makula), tuguncha (papula), pufakcha (vesikula), kavarik (urtika), eritema (erythem), kon kuyilishi (petixiya) va x.k. xisoblanadi. Kator

yukumli kasalliklar (kizamik, kizilcha, suvchechak, ichterlama va x.k.) toshma bilan kechadi. Ichki kasalliklarda uchuk toshishi (krupoz pnevmoniya, gripp), allergiyalarda xar xil toshmalar bulishi mumkin. Teridagi chandiklar (chechakdan keyingi chandik, zaxmdagi chandik, Itsengo - Kushing sindromidagi chandiklar, operatsiyadan keyipgi chandiklar va x.k.) xam ma'lum diagnostik axamiyatga ega. Terining kurukligi yoki namligiga xam e'tibor beriladi. Terining kurukligi (organizm suvsizlanganda, ichburugda. qusishda, miksedemada, qandli diabetda, surunkali nefritda) kuzatiladi. Teri namligini orgnshi va terlash isitma bilan kechadigan yukumli kasalliklarga (gripp, qora oksok kasalligi, sil., sepsis) xamda revmatizm, Bazedov kasalligiga kuprok xos buladi.

Sochni kuzdan kechirishda uning o'sishiga, tabiatiga, xolatiga axamiyat beramiz. U ichki sekretiya bezlari kasalliklari diagnostikasida asosiy belgilardan biri bulib xisoblanadi.

Barmoklarning va tirnoklarning uziga xos uzgarishi (nogora chupisimon barmok, soat oynasisimon tirnok) uzok davom etgan yiringli kasalliklarda kuzatiladi. Bundan tashkari, ko'zdan kechirishda shishlarga axamiyat beriladi. Ular mahalliy yoki butun tana buylab (anasarka) tarqalgan bulishi mumkin. Shishlar paydo bulganda tuqima va a'zolarining xajmlari kattalashadi, ularning tashki kurinishi uzgaradi. Limfa tugunlarini kuzdan kechirishda ularning kattalashganligini kurish mumkin.

2.2 Hamshiralik ishida bemor xolatini baxolash asoslari

Har bir bemorning holatini baxolash hamshiralarning asosiy vazifasi bulib hisoblanadi. Har bir tibbiyot maskanida hamshiradan juda kup narsalar talab kilinadi: bemor xakida tulik ma'lumot, mazkur ma'lumotlar asosida bemorning keyingi davolanish jarayoni kuzatilib boriladi.

Bemorning fizikal va psixoijtimoiy muammolarini aniklash va ularni yigishning eng asosiy yunalishi bulib xisoblanadi. Bemor holatini baxolash asosan hamshiraning amaliy ko'nikmalariga bog'liqdir .

Suxbatlashish, bemorning umumiy xolatini , tekshirish , maslaxatlar , bemorning umumiy xolatini baxolash mezoniga kiradi.

Bemorni umumiy tekshirish vaktida klinik topilmalardan keng foydaliniladi. Shular jumlasiga , palpatsiya perkussiya va auskultatsiya tekshirish usullari kiradi. Bularning xammasi xamshira uchun ma'lumotlar bazasi bulib xisoblanadi. Keyinchalik esa ma'lumotlar yigindisi klinik tashxis va shifokor tavsiyalari uchun asos bulib koladi.

Bemorni davolashda xamshiradan fizikal baxolashning xar xil yunalishlari talab etiladi. Bemor xolatini ketma-ket va xar tomonlama baxolashni amalga oshirish uchun tizimlashtirilgan usul yordam beradi. Quyidagi bulimda fizikal baxolashni olib borilishining jadvali keltirilgan. Xamshira uzining ish tajribasi va amaliy kunikmalari asosida fizikal baxolash asoslarini yanada kengaytirilgan xolda puxta uzlashtirishi mumkin .

Umumiy ma'lumot yigish usullari

Ma'lumotlarni yigish uz ichiga kuyidagilarni kamrab oladi: suxbatlashish, umumiy kuzdan kechirish, bemorning fizikal xolati, tibbiy mutaxassislar tavsiyalari , adabiyotlar ruyxati , palpatsiya , auskultatsiya va perkussiya fizikal baxolashning asosini tashkil etadi. Shuningdek bemor xakidagi ma'lumotlar manbaiga : kasallik varakasi (tarixi),– bemorning xozirgi va avvalgi xolati xakidagi ma'lumot, yozma ma'lumot – tibbiy mutaxassislar tavsiyalari va tashxislari , muammolarni echish , davolash usullari va bemor xakida uning dustlari va oila a'zolariga berilgan ma'lumotlar kiradi.

Bemor xakida ma'lumot tuplashning anik bir usuli mavjud emas. Kaysi usuldan foydalanishdan kat'iy nazar xamshira tulik fizikal tekshirishni amalga oshirishi lozim.

Ma'lumotlar yigilishiga talab bir xil , lekin ularni bajarilish usullari xar xil bulishi mumkin . Usullarning bir – biridan farkanishi bemorni xolatiga boglik. Xamshira uzini yagona usulini

ishlab chikmokchi bulsa , u xolda u mavjud bulgan usullar bilan tanishishi, ularni uzaro takkoshlashishi va olingan olingan ma'lumotlarni tizimlashtirishni urganishi shart.

O'zaro suxbatlashish (so'rov) .

Suxbatlashish - bemor bilan suxbat ko'rish . Bu paytda hamshira bemorga tegishli muammolar xakida ma'lumot oladi va bu mutaxassisga kelajakda bemor bilan kanday munosabatda bulishga suzsiz yordam beradi. Bemor bilan birinchi uchrashuvda uzaro birlik, xamshiraga nisbatan ishonch paydo bulishi ular orasidagi munosabatni mustaxkamlanib borishiga poydevor yaratadi.. Xamshiraning suzlashuv odobi , muomalasi , e'tiborli bulishi , shirin suzlashuvi bemorga ishonch xosil kildirib uni rom etishi lozim. Bemorning uzi xakidagi ma'lumot – sub'ektiv ma'lumot bulib xisoblanadi.

Agar bemor fizik yoki psixoemotsional uzgarishlar tufayli suxbatlashish jarayonida katnasha olmasa , u xolda uning dustlari yoki oila a'zolarini jalb etish zarur.

Xamshira ilk savollar orkali bemorning xolati kay darajada ekanligini aniklab olishi mumkin. Mazkur surov orkali allergik yoki surunkali kasalliklar (uzluksiz davom etayotgan yoki vakti-vakti bilan kuzgaladigan xastaliklar) ni aniklanadi. Bir kator savollar mavjudki ularga berilgan javobga karab , bemorning joriy xolati va kasallik turi aniklanadi. Hamshira bemorga quyidagi savollar bilan murojaat qilishi mumkin:

- O'z suzingiz bilan sizni nima bezovta kilishini aytib bering;
- Shuning uchun xam siz bizga murojaat etdingizmi?;
- Bu muammo sizni avval xam bezovta kilganmi?
- Sizning axvolingizga nima ta'sir kila olishi mumkin?
- Qaysi xolatda axvolingiz yaxshilanadi?
- Oila a'zolaringiz bunga kanday karashadi?
- Oilangiz sogligingiz xakida gamxurlik kiladimi?
- Sizningcha biz , ya'ni tibbiyot xodimlari sizga nima bilan yordam berishimiz mumkin?

Hamshiralik ishida anamnez yigish – bemor bilan bulgan uzaro suxbatni xujjatlashtirish. Hujjatlashtirishning kaysi kurinishidan foydalanishdan kat'iy nazar siz bemordagi kasallik belgilari xakida ma'lumot tuplashingiz darkor. Hamshira kuyidagi keltirilgan savollar orkali bemorda kechadigan dardlarni baxolashi mumkin:

- Dard kechishi xakida : « kaeringiz ogriydi?»
- Dardning boshlanishi va davom etishi xakida: « Kachon dard paydo buldi?» , « Qachondan beri davom etib kelmokda?»
- Dardning kuchayishini yoki kamayishini aniklash: « 0 dan 5 ballgacha tizimda baxolasak, sizningcha dardingiz kanday jadallikda?»
- Tashki muxitning ta'siri : «Kaysi xollarda dard kuchayadi?, ogrikni pasaytirish uchun nimalar yordam beradi?»
- «Bu dard sizga kay darajada ta'sir etadi?, ya'ni u yoki bu ishni bajara olasizmi?»
- «Siz o'z dardingizni kanday baxolay olasiz?, bu dard xayot uchun xavflimi?»

Kerakli ma'lumotga ega bo'lish uchun , barcha savollarni berish shart emas. Ba'zan bir savolga bir necha javob olish mumkin . Suxbatlashish jarayoni bemorning xolatiga karab kechadi. Agar bemor ogir axvolda bulsa , bir yoki ikki kerakli (anik) savollarning uzi kifoya. Hamshirani bilan bulgan suxbatda davomida bemor uzini engil xis etmasa , bu dialog samarasiz bulib koladi. Shuni bilish lozimki , «xamshira xakikati» bu bemorga sogligiga ijobiy foyda keltiradigan bulishi lozim, aks xolda bu xakikat uzining axamiyatining yukotadi. Bemor bilan buladigan suxbat bu – konstruktiv ijodiy- xarakterga ega bulishi kerak . Bizning fikrimizcha ushbu suxbat bir-biriga uzviy boglik bulgan saxna asariga uxshaydi. Birinchi kismi bu sub'ektiv tomoni bulib, unda bosh rolni ijro etuvchi bemor bulib xisoblanadi. Ammo xamshira bu rol ijrosini boshkara olishi kerak, aks xolda bu suxbat monolokka aylanib , kutilgan natijani bermasligi mumkin. Ikkinchi kismi bu ob'ektiv tomoni bulib , unda xamshira asosiy rolni ijro etadi . U ushbu jarayon davomida fizikal

tekshirish tekshirish usullarini keng kullab , atroflicha ma'lumotga ega bulishga xarakat kilishi lozim. Shuni ta'kidlash lozimki, birinchi va ayniksa ikkinchi kislarning samaradorligi xamshiraning bevosita bilim doirasiga , uning kengligiga va chukurligiga boglik.

1.3 Palpatsiya (palpatio)

Bemorni so'rab-surishtirilgandan va ko'zdan kechirilgandan so'ng palpatslab tekshirildi. *Palpatsiya*- paypaslash ma'nosini anglatadi. Kupchilik xolatlarda palpatsiya bilan bir vaktida kuzdan kechirish birgalikda utkaziladi. Kul kaftlari , barmoklar va barmok uchleri yordamida xamshira tekshirilayotgan tanani kism yoki a'zoning , yumshokligini, elastikligini, kattiklanishini va xaroratini sezadi, xamda uni xolati va ulchamini aniklaydi. Bu usuldan limfa tugunlari, kalkonsimon bez, kukrak kafasi , yurak qon – tomir tizimi va ayniksa korin bushligi a'zolarini tekshirishda muxim axamiyatga ega. Ko'krak kafasini palpatsiyasida uni elastikligi , tovushning titrashi , kovurgalardagi ogrik (yoriklar, siniklar) va kovurgalararo oralik (nevrалgiyalar, miozitlar va b) lar tekshiriladi. Bu usul yurak-tomirlar tizimini tekshirishda (yurak chukki zarbi xususiyatini aniklashda, mushuk xirillashi simptomini mitral klapan nuksonlarida aniklashda) kullaniladi.

Qorin bushligi a'zolarini tekshirishda palpatsiya usuli muxim urin egallaydi. Bu usul Obraztsov V.P va Strajesko P.D tomonidan ishlab chikarilgan bulib, metodik chukur sirpanuvchi palpatsiya deb nomlanadi.

Palpatsiya periferik pulsni sonini va sifatini baxolash uchun kullaniladi.

Palpatsiyani baxolashda asosiy elementlar ;

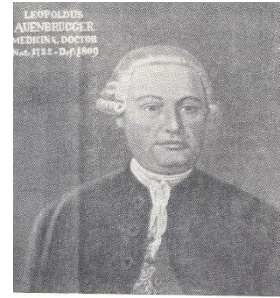
Yumshokligi regidligi

- Usmalar
- Xarorat
- Xolat
- O'lcham

1.4 Tukillatish (percussion)

Perkussiya (percussion) – tana yuzasiga tukillatish, perkussiya kilinayotgan soxadagi zich organlarni yoki tukimalarni aniklash, ularni xavo yoki suyuklik bilan tulganligini aniklash uchun kilinadi. Perkussiyada xosil kilinadigan tovushlar tukimalarning zichligiga karab fark kilinadi. Hamshira perkussiyaning natijalarini baxolashni bilishi kerak. Perkussiyada tebranish xarakatlari fakat S-7 sm chukurlikkacha kiradi, bu usul chukur joylashgan patologik jarayonlarni aniklash uchun yaramaydi.

Leopold Auenbrugger (1722-1809) perkussiya usulini asoschisi.



Tuqillatish - tana yuzasiga urganda chikadigan tovushni uzgarishiga asoslangan klinik tekshiruv usuli xisoblanadi. Bu usul L.Auenbrugger tomonidan (1761) taklif kilingan. Tananing xar xil qismlarini tukillatganda xar xil tovush eshitiladi. Tuqillatish tovushining xususiyati shu tuqillatgan organning zichligiga, chuziluvchanligiga, tarangligiga boglik. Tukillatishda tebranish xarakati paydo bulib, u bizning qulogimizga tovush sifatida eshitiladi. Zich joylashgan. uzida xavo tutmaydigan a'zolar mutlak bo'g'ik tovush beradi. Shuning uchun jigar. talok, buyrak, xavosiz upka, suyukliklarni to'qillatishda bir-biridan fark qilishi qiyin. Ko'krak kafasini va korin bushligini tukillatganda paydo bo'ladigan tovushlar ular tutgan xavo miqdoriga boglik. Xozirgi vaktida barmoqni barmokka urib tukillatish odat tusiga kirgan. Buni bilvosita tukillatish deyiladi. Barmokni-barmoqqa tukillatganda fakat kul panjasi ishlashi kerak. Tukillatish bir xil kuch bilan, tez va kiska, barmoqni perpendikulyar (tik) bulgan xolatda bajarilishi

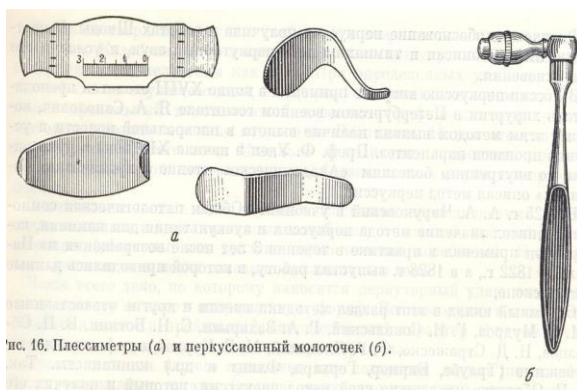


рис. 16. Плессиметры (а) и перкуссионный молоточек (б).

kerak.

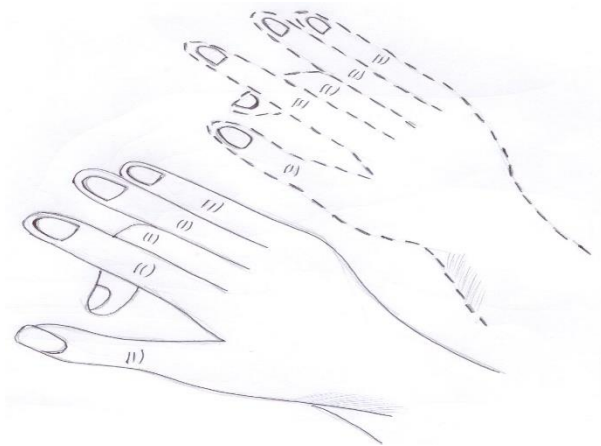
Turli Plessimetrlar (a) bolgacha (b).

Bevosita tukillatish kursatkich barmok bilan bajariladi. Tukillatishlardagi tovushlar farki orkali a'zoning chegaralari, kattaligi, joylashishi aniklanadi.

Topografik tukillatish orkali xar bir a'zoning joylashish shakli va kattaligi aniqlanadi. Kukrak kafasining simmerik soxalarini tukillatish orkali patologik uchok: kaerda joylashganligini aniklashimiz mumkin.

Tukillatishda kuyidagi maksadga muvofik xar xil kuch bilan uriladi: kuchi buyicha tukillatish tovushi kattik (tipik;) va sekin (bugik) bulishi mumkin, badandligi/ buyicha - baland va past, aks etishi buyicha - timpanik, notimpanik va metall tovushini aks ettiruvchi tovushlar farklanadi. Tovush balandligi tovush tebranishi tezligiga boglik. Masalan: upka tukimasida xavo ortib ketganda (emfizema) tukillatish tovushi past buladi (tebranish tezligi 70-80 sek). Me'yoriy tebranish

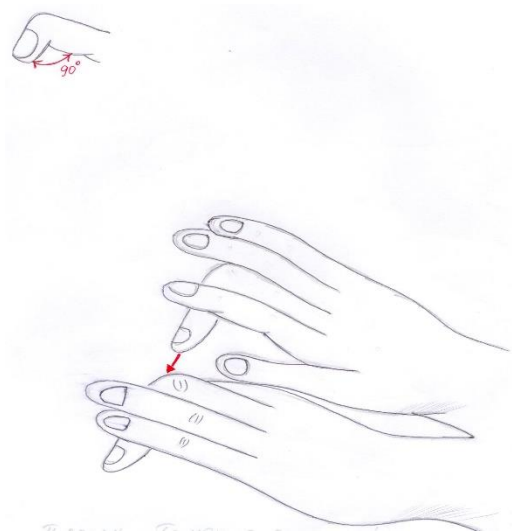
tezligi 100-130 sek ga teng. Upka tukimasi kattiklashganda u 400 gacha kupayadi.



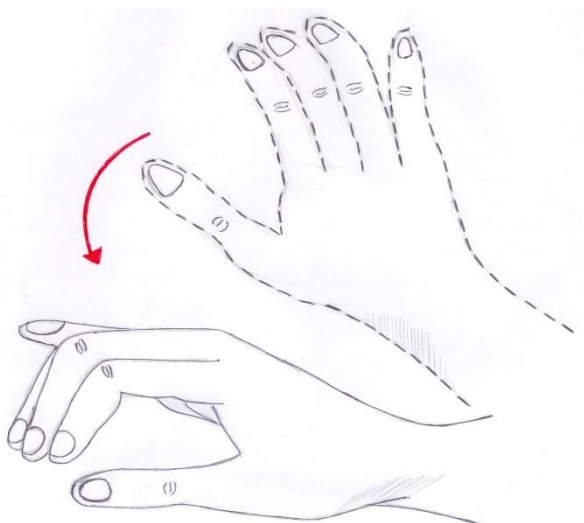
1. *Yanovskiy bo'yicha* perkussiya usuli

Tukillatishning asosiy tartiblari

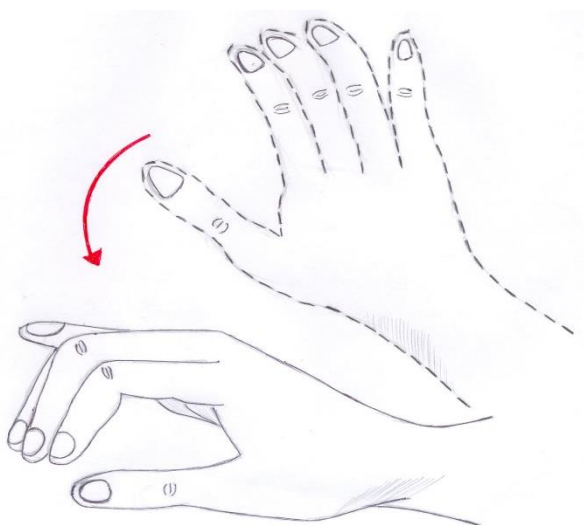
- 1) Tuqillatish vaktida bemorning vaziyati qulay bulishi kerak, u utirgan yoki turgan xolatda bulishi, fakat ogir bemorlar yotgan xolatda tukillatiladi.
- 2) Xona ilik va jimjit bulmogi maksadga muvofik.
- 3) Tekshiruvchi kulay vaziyatda bulgani yaxshi.
- 4) Uriladigan barmok tukillatish soxasiga zich kuyilishi xamda ilik bulishi zarur.
- 5) Tukillatishda kaft xarakati bilan ishlanishi, bir xil kuch ishlatilishi, barmoklar perpendikulyar (tik) bulishi, kiska-kiska urilishi kerak.
- 6) Topografik tuqillatishda baland tovushdan past tovuhga tomon boriladi va chegara chizigi barmok plessimetring (anik) tinik tovush tomonidan belgilanadi.
- 7) Kiyosiy tukillatish fakat simmetrik soxalarda olib boriladi.



2. *Plesh -Goldshayder bo'yicha* perkussiya usuli

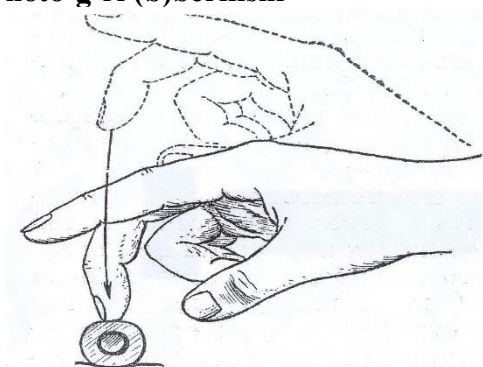


3.Auenbrugger *bo'yicha* perkussiya usuli



4.Obrazsov. *bo'yicha* perkussiya usuli

plessimetr-barmoqning to'g'ri(a)va noto'g'ri (b)joylashuvi. Perkutor zarbaning to'g'ri (a)va noto'g'ri (b)berilishi



Tukillatish - tana yuzasiga urganda chikadigan tovushni uzgarishiga asoslangan klinik tekshiruv usuli xisoblanadi. Bu usul L.Auenbrugger tomonidan (1761) taklif kilingan. Tananing xar xil kismlarini tukillatganda xar xil tovush eshitiladi. Tukillatish tovushining xususiyati shu tukillatgan organning zichangiga, chuziluvchanligiga, tarangligiga boglik. Tukillatishda tebranish xarakati paydo bulib, u bizning kulogimizga tovush sifatida eshitiladi. Zich joylashgan. uzida xavo tutmaydigan a'zolar mutlak bugik tovush beradi. Shuning uchun jigar. talok, buyrak, xavosiz upka, suyukliklarni tukillatishda bir-biridan fark kilish kiyin. Kukrak kafasini va korin bo'shligini tukillatganda paydo buladigan tovushlar ular tutgan xavo mikdoriga boglik. Xozirgi vaktida barmokni barmokka urib tukillatish odat tusiga kirgan. Buni bilvosita tukillatish deyiladi. Barmokni-barmokka tukillatganda fakat kul panjasi ishlashi kerak. Tukillatish bir xil kuch bilan, tez va kiska, barmok perpendikulyar (tik) bulgan xolatda bajarilishi kerak.

Bevosita tukillatish kursatkich barmok bilan bajariladi. Tukillatishlardagi tovushlar farki orkali a'zoning chegaralari, kattaligi, joylashishi aniklanadi.

Topografik tukillatish orkali xar bir a'zoning joylashish shakli va kattaligi aniqlanadi. Kukrak kafasining simmetrik soxalarini tukillatish orkali patologik uchok: kaerda joylashganligini aniklashimiz mumkin.

Tukillatishda kuyidagi maksadga muvofik, unda xar xil kuch bilan uriladi: kuchi buyicha tukillatish tovushi kattik (tipik;) va sekin (bugik) bulishi mumkin, badandligi buyicha - baland va past, aks etishi buyicha - timpanik, notimpanik va metall tovushini aks ettiruvchi tovushlar farklanadi. Tovush balandligi tovush tebranishi tezligiga boglik. Masalan: upka tukimasida xavo ortib ketganda (emfizema) tukillatish tovushi past buladi (tebranish tezligi 70-80 sek). Me'yoriy tebranish tezligi 100-130 sek ga teng. Upka tukimasi kattiklashganda u 400 gacha kupayadi.

Timpanik tovush nogora chalgandagi tovushni eslatadi. Me'yorda oshkozon va ichaklar nogora tovushini beradi.

1.5 Auskultatsiya (auskultasio)

Auskultatsiya – organizmda xosil buladigan tovushlarni (fonendoskop yordamida) kasalliklarni aniklash maksadida eshitib kurish usuli xisoblanadi. Auskultatsiyada normal tovushlarning variatsiyasini tanish lozim. Amaliy tajribani ortib borishi bilan normadan takaridagi siljishlarni farklashni urganiladi. Fakat kunikmalarni bilish va tajribaga ega bulish orkali patologik tovushlarni baxolash mumkin.

Bu usul organlarning ishlab turgan vaktida xosil buladigan tovushlarni eshitib kurishdan iborat . Shunga karab organning norma lyoki kasal xolatda ekanligi tugrisida fikr yuritsa buladi . Auskultatsiya tekshirish usulining amaliyotga keng joriy etilishi frantsuz vrachi Laenneknomi bilan boglik. Bevosita va bilvosita auskultatsiya tafovut kilinadi. Bilvosita auskultatsiya kasal tananing i yoki bu kismiga tugridan – tugri kulokni kuyib eshitish , bivosita auskultatsiya esa maxsus tibbiyot asboblari (fonendoskop yoki stetoskop)yordamida eshitib kurish.

Fonendoskoplar odatda diafragma bilan ta'minlanadi. Agarda fonendoskop teriga engil tegib tursa, past tonni ustunligi bulgan tonlar yaxshi eshitiladi. Agar diafragma eshitiladigan joyga zich yopishtirilib eshitilsa, yukori tonning ustunligi bulgan tovush aniklanadi.

Auskultatsiya tekshirish usulini utkazish maxalida tashki muxitdagi shovkinning darajasi nazorat kilinishi kerak, ya'ni xona tinch xolatda bulishi kerak. Bemorni eshitib kurayotganda undan gapirmaslikni iltimos kilish kerak.

III. Nafas a'zolari tizimi xastaliklari bor bemorlarni tekshirish .

3.1. Nafas a'zolari tizimi xastaliklarida bemorni so'rab-surishtirish (interrogatio) Shikoyatlari .

Nafas a'zolari tizimi kasalliklarida bemorlar ko'krak qafasida og'riq , quruq yo'tal yoki yo'tal bilan balg'amning ajralishi , umumiy xolzizlik , xaroratning kutarilishi kuzatilishi mumkin .

Og'rik (dolor)ning ko'krak qafasida paydo bo'lishi ko'pchilik hollarda plevranning zararlanishlarida (quruq plevrit, eksudatli plevritning boshlang'ich davrida , pleural bitishmalarda , plevra endoteliomasida) shuningdek o'pka kasalliklarida (o'pkaning krupoz yalliglanishida , o'pka infarktida, o'pka usmalarida va .b.) uchraydi.

Eksudatli plevritda kukrak qafasidagi og'riqlar faqat kasallikning boshlang'ich davrida paydo bo'ladi, eksudat suyuqlikning to'planishi oqibatida plevra varaqlari bir-biridan uzoqlashadi, bunda og'rik yuqoladi va hansirash paydo bo'ladi.

Herpes zosterda og'riqlar juda kuchli jadallikda bo'ladi, qovurg'alararo nevrалgiya va qovurgalar soxasida terida pufakchali toshmalar ko'rinishida uchraydi.

Periostitda qovurgalar yorilishi yoki sinishida jaroxat joyini paypaslaganda og'rik aniqlanadi.

Yo'tal (tussis) reflektor – himoya akti bo'lib , nafas yo'llariga yallig'lanish jarayoni (ovqat bo'lagi yoki boshqa yot jismlar) ta'siri natijasida sekret (balg'am, shilimshik, qon) ni to'planishi tufayli yuzaga keladi .

Yutul mexanizmi- bemor chuqur nafas olganidan keyin , ovoz yorig'ining yopiq vaqtida kuchli nafas chiqaradi, xudi shu paytda yo'tal akti sodir bo'lib nafas yo'lini balg'amdan tozalanishiga olib keladi.

Quruq plevritli bemorlarda yo'tal reflektor yo'l bilan sodir bo'ladi. Bunda yo'tal chuqur nafas olgan paytda bo'ladi. Yo'tal quruq yoki balg'am ajralishi bilan , bemorlarni doimo yoki o'ktin-o'ktin, ba'zida xurujli ko'rinishda paydo buladi.

Quruq yo'tal laringit , traxeit, pnevmoskleroz, bronxial astma , quruq plevrit va bronxitda, brox shilliq qavatlarida shish bo'lganda va uni ichiga quyuyq qiyin kuchuvchi balg'am bo'lganda kuzatiladi. Yo'tal bilan balg'am ajralishi surunkali bronxitda , bronxlarda suyuq konsistentsiyali sekret bo'lganda uchraydi , shuningdek o'pka shamollashi , sil , o'pka abtsessi, bronxoektaz kasalliklarida bir sutkada 200ml gacha balgam 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'liga ovqat bo'laklari yoki yot jism tushganda kuzatiladi.

Tovushsiz yutul – asosan ovoz boylamlari sili va zaxm tufayli zararlanishlarda yoki n.recurrens asab tolalarini sikilib kolishlari (spazmi) da kuzatiladi.

Qon tupurish (haemoptoe) . Balgamda qonning ajralishi aloxida tupurilganda yoki o'pkadan qon ketishi ko'rinishida bo'ladi. Qon tupurish ko'pincha o'pka sili , ba'zan bronxoektaz , o'pka abtsessi , gangrenasi , saraton kasalliklarida , ayrim xolda grippdan keyingi nafas yo'llari yalliglanishlarida kuzatiladi.

Shuni unutmaslik lozimki qon tupurish yurak xastaliklari (mitral stenoz va miokard infarkti) tufayli ba'zan o'pkada dimlanish bo'lganda yoki o'pka infarktida kuzatiladi. Qon tupurish o'pkadan bo'lganligiga ishonch xosil qilish uchun balg'amga qonni boshka a'zoldan qushilishini ya'ni milkdan qon ketishlarda , burun shillik qavatlaridan , teleangiekteziyalardan qonni kelib qushilganligini inkor qilish zarur , buning uchun og'iz va burun bo'shlig'i kuzdan kechirilishi lozim.

Ba'zan o'pkadan qon ketishlarni oshkozondan ketishdan farklash qiyin bo'lishi mumkin. Oshkozondan qon ketishda qon to'k rangda oziq maxsulotlari bilan ajralib, kislotali reaksiyali bo'ladi, kofe quqkasi ko'rinishida bo'ladi. O'pka xastaliklarida esa qonning och qizil rangida bo'lishi, ko'pikli, ishkoriy muxitli va yo'tal bilan birgalikda uchraydi.

Hansirash (dyspnoe) nafas a'zolari kasalliklarida asosiy belgilardan biri xisoblanadi. Hansirash o'pka alveolarida ventilyatsiyaning buzilishi oqibatida yuzaga keladi. O'pkada gazlar almashinuvi va kislarodga tuyinishining pasayishiga olib keladi. Qonda karbonat kislotaning oshishi va modda almashinuvi to'liq oksidlanmagan maxsulotlarning ko'payishi nafas markazini qo'zg'alishi va hansirashning paydo bo'lishiga olib keladi.

Hansirashning 3 xil turi tafovut qilinadi :

- Inspirator hansirash, biror mexanik tusiq nafas olish paytida xavoni o'tkazilishini qiyinlashtirganda kuzatiladi. Hansirashning bu turi nafas yo'liga yot modda tushganda tovush boylami keskin shishida, xalqumning torayishida va o'sma tufayli siqilishida, buqoq yoki aorta anevrizmasi tufayli siqilganida, ko'p xollarda yurak xastaliklarida kuzatiladi. Bunday xolatlarda nafas olish shovkinli (stridoroz nafas) bo'ladi.

- Ekspirator xansirash bronxial astma xuruji paytida bronxlarning birdaniga qiskarishi tufayli bronxiolitda hamda, o'pka emfizemasida kuzatiladi.

- Aralash hansirashda qiyinlashgan nafas, nafas olinishi va chikarilishida kuzatiladi. Bu nafas turi o'pkaning nafas yuzasini kamayishida o'pkaning shamollashida, plevrada suyuklik tuplanishida, pnevmotoraksda obturatsion atelektazida, diafragmaning yukori turishida kuzatiladi.

Keskin ifodalangan hansirash tusatdan paydo bo'ladi va bug'ilish deb ataladi. Bu pnevmotoraksda, o'pka arteriyasi emboliyasida, o'pka shishida va ovoz boylamining o'tkir shishida yuzaga keladi. Xurujlar bilan kechadigan bug'ulish astma deb ataladi.

Tana xaroratini ko'tarilishi o'pkaning turli kasalliklarida kuzatiladi. Masalan o'pkaning krupoz yalliglanishlarida xarorat 39-40 OS gacha , plevritda va bronxopnevmoniyada xaroratning sekin – asta ko'tarilishi kuzatiladi.

O'pkaning yiringli kasalliklarida (abstsess, gangrena , bronxoektaz) shuningdek yiringli plevritda qaltirash, ko'p ter ajralishi , asosan ertalab va kechkurun xaroratni katta tebranishda ko'tarilishi kaytalama xarakterga ega buladi.

Sil kasalligida tana xarorati xar xil bo'ladi- subfebril, quzish davrida 38 °C gacha va undan yuqoriga ko'tariladi, ogir xollarda tana xarorati gektik xarakterga ega bo'ladi.

3.2 Nafas tizimi kasalliklarida bemorni umumiy ko'zdan kechirish.

Umumiy ko'zdan kechirishda bemorning umumiy axvoli (og'ir, urtacha , qonikarli), es xushiga (aniq, xiralashgan) va holatiga (faol, nofaol) baxo beriladi. Teri qoplamlari sianotik , oqargan , giperemiyalangan , xaroratli va toshmali bo'lishi mumkin.

Sianoz shillik qavatlarda va yuz teri qoplamlarida bir qator kasalliklarda uchraydi(q'pka yalliglanishi, o'pka emfizemasi , pnevmoskleroz, o'pka sili va yiringlashishi va b.). Shuningdek o'pka-yurak etishmovchiligi belgilari bo'lgan bemorlarda kuzatiladi.

Xususan yaqqol ifodalangan yuz sianoz birlamchi (aerza xastaligida) va o'pka arteriyasi ikkilamchi sklerozida uchraydi.

O'tkir ifodalanuvchi sianoz upka arteriyasi emboliyasida , pnevmotoraksda kuzatiladi.

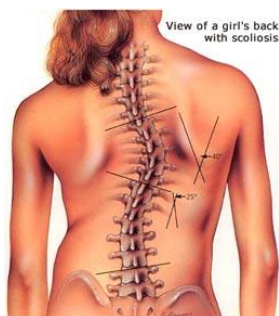
Sanab o'tilgan kasalliklarda sianoz xolatining uchrashi asosan o'pkada gaz almashinuvi buzilishi natijasida yuzaga keladi. Buni oqibatida o'pkada qonni O₂ ga tuyinishi etarli darajada bo'lmaydi.

Eksudativ plevrit 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 sianoz va giperemiya holatlari birgalikda uchraydi va biroz shoxpardaning sargayishi, lab shilliq qavatlarida, burun atrofi teri qatlami, oz mikdorda elka va ko'krakning orqa qismida toshmalar kuzatiladi.

Nafas tizimi xastaliklarida bemorlar majburiy holatni egallaydi. Eksudatli plevritda, broxoektazda va pnevmaniya da 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 tirkab, qo'shimcha nafas mushaklarini ishga solib qiyinlashgan nafasni biroz engillashtiradi. Umurtqaning yon tomoniga 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 kifoskolioz deb nomlanadi. Ko'krak kafasining bu shakli upka va ko'ks



a'zolarini vaziyatini uzgarishiga va shu bilan nafas va kon aylanishining faoliyati buzilishiga olib keladi.

Umurtkaning oldinga kiyshayishi lordoz deyiladi. Kukrak kafasining shaklini aniklagandan tashkari dikkatni kukrak kafasining bir tomonlama burtib chikishiga yoki aksincha botib ketishiga, chukur nafas olganda orkada kolishiga karatiladi, bu ma'lum diagnostik axamiyat kasb etadi. Kukrak kafasining yarim tomoni ulchaminining kattalashishi plevra bushligida xavo yoki suyuklik tuplanganda, eksudatli plevritda, pnevmatoroksdan, piopnevmtoroksdan, gemotoroksdan, gidrotoroksdan kuzatiladi.

Kovurgalararo oraliklar bunda kengayadi yoki silliklashadi. Bunda chukur nafas olganda kukrak kafasining zararlangan tomoni nafas aktida soglom tomonga nisbatan orkaga koladi.

Kukrak kafasining botib ketishi upkaning bujmayishi jarayonlarida, biriktiruvchi tukimaning usishi natijasida (upka sili, pnevmoskleroz va boshka kasalliklarda) orttirilgan eksudativ plevrit okibatida plevral bitishmalarning xosil bulishida, ayniksa yiringli plevritda va nixoyat obturatsion atelektazda ayniksa, bronxogen usmasi tufayli xosil bulgan xolatlarida kuzatiladi. Bunda kukrak kafasi botib ketadi, kovurgalararo oralik tor bulib koladi. Umurtka kasallangan tomonga karab kiyshayadi. Chukur nafas olganda botik kasallangan tomon soglom tomonga nisbatan nafas aktida keskin orkada koladi. Kukrak kafasini tekshirishda nafas tipiga, soniga, chukurligiga va ritmiga axamiyat berish kerak.

Nafas tipi. Nafas tipi kuyidagicha tafovut kilinadi:

- Kukrak
- Korin
- Aralash

Agarda nafas akti xarakterlari asosan kovurgalararo mushaklarning kiskarishi xisobiga bajarilsa kukrak yoki kovurga nafas tipi deyiladi . Bu nafas tipi asosan ayollarda uchraydi. Buni erkaklarda (normada korin tipida) paydo bulishi , diafragma faoliyatining cheklanganligidan dalolat beradi. Ayollarda korin yoki diafragmal tipdagi nafas upka tukimasi zararlanganidan yoki plevrada bitishmalar jarayoni rivojlangandan darak beradi.

Aralash tipdagi nafas turida kukrak kafasining pastki kismi va korinning yukori kismi ishtirok etadi . Bu kari yoshdagi kishilarda shuningdek kukrak kafasining taranglashishida va upka tukimasi elastikligining oshishi (upka emfizemasi , pnevmoskleroz) da kuzatiladi .

Nafas soni. Normada nafas xarakterlari soni 1 dakikada 16-20 martani tashkil kiladi. Uning sonini bemorga sezdirmasdan sanaladi. Bunda bemorning kulidan pulsni aniklashdagi kabi tutiladi, epigastral soxaga kuyiladi . Kulning kutarilishi xarakterlarni xar nafas olinganda 1 dakika davomida aniklanadi. Nafas soni tezlashgan yoki siyraklashgan bulishi mumkin.

Nafasning tezlashishi soglom kishilarda jismoniy zurikishdan keyin asabiy kuzgalishlarda odatda kiska muddatda kuzatiladi. Nafasning patologik tezlashishi isitmali xolatlarda va upkaning xar xil kasalliklari (upka yalliglanishi, upka sili , turli xil usmalar, upka emfizemasi va boshkalar) da kuzatiladi.

Nafasning tezlashishi. Bu xolatlarada upkada gaz almashinuvining buzilishi va konda karbonatlarning tuplanishi okibatida nafas markazining kuzgalishi bilan yuzaga keladi.

Plevraning zararlanishi (ekssudatli plevrit, gemotoraks, pnevmotoraks) kasalliklari xam nafasning tezlashishi bilan kechadi, bunda upkaning kisilishi okibatida nafas yuzasining kamayishiga olib keladi. Nafasning tez-tez va yuzaki bulishi miozitlarda , kuruk plevritda, kovurgalar shikastlanishida, nevralgiyada buladi.

Nafasning sekinlashuvi asosan nafas markazi faoliyatining pasayishida kuzatiladi. Bu miya usmalarida , miyaga kon kuyilishida , meningitda , ogir yukumli kasalliklarda , uremiyada va boshka xastaliklarda uchrashi mumkin.

Surunkali yiringli kasalliklarda (bronxoektaz, surunkali upka abstsessi) da xos belgilardan «nogoro tayokcha shaklidagi barmoklar» bulib , bunda kul va oyok barmoklarining uchki kismining ulchami kattalashadi. Bunda tirnoklar yuzasi kavarik shaklda buladi va «soat oynasi» kurinishida buladi.

Kukrak qafasini ko'zdan kechirish

Ko'krak qafasini ko'zdan kechirib uning formasi nafas aktida ikkala tomon kukrak kafasining simmetrik ishtirok etishiga va nafas tipiga e'tibor karatiladi.

Kukrak kafasining formasi. Konstitutsional tiplarga mos xolda kukrak kafasining 3 xil formasi tafovut kilinadi.

- Normostenik
- Astenik
- Giperstenik

Normostenik kukrak kafasi . Bunda kukrak kafasi yaxshi rivojlangan bulib uzida kukrakning old, orka va kundalang ulchamlari proporsional buladi. Umrov osti va usti bushliklari unchalik shakllanmagan buladi. Epigastral burchak tugri buladi, taxminan 90 OS ni tashkil kiladi .

Astenik formadagi kukrak kafasi . Bunda kukrak kafasini old-orka ulchami kundalang ulchamiga nisbatan kamaygan buladi va shuning uchun yassi kurinishda buladi. Umrov osti va usti bushliklari botgan buladi. Kuraklar kukrakdan kutarilgan buladi. X kovurganing cheti erkin , palpatsiyada engil aniklanadi. Epigastral burchak 90 S dan kichik buladi.

Giperstenik formadagi kukrak kafasi . Old orka ulchami kundalang ulchamiga nisbatan katta buladi. Shuning uchun kukrakning kundalang kesimi aylanaga yakin buladi. Kovurgalararo oralik tor , umrov usti va osti bushligi kuchsiz ifodalangan buladi. Epigastral burchak 90 S dan katta buladi.

Kukrak kafasining patologik formasi kukrak bushligi a'zolarining xar xil patologiyalarida yoki skeletning deformatsiyasida rivojlanadi. Emfizematoz kukrak kafasi uning kundalang va old orka ulchamlarining kengayishi bilan xarakterlanadi. U bochkasimon shaklni egallaydi, kovurgalar gorizontol joylashadi. Kovurgalararo oralik kengayadi. Umrov osti va usti chukurliklari silliklashadi. Buyin kalta, epigastral burchak utmas, kukrak kafasining bunday shakli upkaning uzok muddat chukur nafas olib turgandek xolat kuzatiladi.

Bunday xolat upka emfizemasida yoki bronxial astmaning ogir xurujlari shu bilan birga alveolalarda xavoning kup tuplanishi bilan kechadi.

Paralitik kukrak kafasi. Emfizematoz kukrak kafasiga teskari xususiyatlarga ega buladi. U uzaygan, chuzinchok va old- orka ulcham kundalang ulchamiga nisbatan kichik buladi. Umrovlar keskin shakllangan, umrov usti va osti bushliklari chukkan buladi. Kovurgalar kiya pastga yunalgan buladi. Epigastral burchak utkir buladi. Kukrak kafasining bunday xususiyati sil kasalligiga chalingan, upkaning yoki plevraning surunkali kasalliklari bilan xastalangan bemorlarda uchraydi. Yukorida keltirilgan kasalliklar biriktiruvchi tukimaning usishiga va uning bujmayishiga, plevral bitishmalarning rivojlanishiga sabab bulib, kukrak kafasi shaklining uzgarishiga olib keladi. Bunga boshka sabablar skelet rivojlanishining tugma anomaliyalari, bolalikda orttirilgan raxit tufayli yoki surunkali kasalliklar tufayli umurtkaning uzgarishlari kiradi.

Voronkasimon kukrak kafasi - tushning pastki kismining voronkasimon chukurlashishi bilan kurinadi. Bu tushning tugma anomal rivojlanishi bilan boglanadi. Ayrim xollarda bolalikda bu soxaga uzok muddatda doimiy kursatiladigan bosim tufayli xosil buladi. Shuning uchun uning paydo bulishida kasbga oid omillar bilan boglik xolda erta yoshda boshlanadi. Raxitik kukrak kafasi tushning oldinga chikishi bilan xarakterlanadi. «Tovuk kukragi» nomini olish bilan bir vaktida bolalikda orttirilgan raxit bilan kovurgalar birikadigan kismining kalinlashuvi «raxitik kurinish» nomini oladi.

Qayiqsimon ko'krak qafasi va uning tuzilishi. Tushning yukori kismining kayiksimon bosilganligi sababli kuzatiladi. Buning xosil bulishi orka miya kasalliklari (siringomieliya) bilan boglik buladi. Kukrak kafasining shakliga umurtka pagonasining kiyshayishi ta'sir kilishi mumkin. Umurtkaning tomonlarga kiyshayishi skolioz deb nomlanadi, u ukuvchilarda gavdaning yukori kismini notugri tutganligi tufayli kelib chikadi.

Nafasni sekinlashishi xalkumning shillik kavatlarini shishida va kisilishida traxeyani usma tufayli bosilishi tufayli yuzaga keladi. Bunday xollarda xavo utishining kiyinlashuvi natijasida nafas shovkinli buladi. Bu stridoroz nafas deyiladi. Ayrim xastaliklarda (diabetik koma) nafas soni siyrak bir oz chukurlashgan buladi. Bunday nafas Kussmaul nafasi deyiladi. Bu koma xolatidagi bemorlarda atsidozning rivojlanishi nafas markazining kuzgalishiga boglik.

Nafas ritmining buzilishi. Soglom kishilarda nafas akti ritmik buladi. Ogir kasalliklarda nafas markazi soxasida kon aylanishining buzilishi yoki bosh miyaning zararlanishida nafas ritmining buzilishi kuzatiladi. Agar nafas ritmini buzilishi anik ketma-ketlikda takrorlansa bunday nafas davriy nafas deyiladi. Ikki xil davriy nafas tafovut kilinadi;

- Cheyn-Stoks
- Biott
- Grokko
- Kussmaul

Cheyn-Stoks nafasi ikkita xususiyati bilan xarakterlanadi. Birinchisi nafas va xarakatlar davriy xosil bulib ular orasida tuxtalish buladi. Ikkinchisi bu nafas xarakatlarini sekin-asta ortishi, keyinchalik pasayib borib va oxiri batamom tuxtashi. Nafas xarakatlari orasidagi tuxtalish bir necha soniyadan dakikalargacha etadi. Bu nafas bemorlarda miyada kon aylanishi buzilganda ateroskleroz, gipertoniya xastaliklarida, miyada kon kuyilishida, miya usmalarida, meningitda, ogir zaxarlanishlarda va narkotik (morfin) dorilardan zaxarlanishlarda va boshka

kupgina kasalliklarda uchraydi. Ayrim xollarda kekxa kishilarda uyku paytida yuzaga keladi. Bu nafasning patogenezi asosida nafas markazining kislorod bilan ta'minlanishini yomonlashishiga olib keladi. Bu uning kuzgaluvchanligini pasayishiga olib keladi. Cheyn-Stoks nafasi yomon okibatdan darak beruvchi belgi bulib kon aylanishining ogir buzilganligidan dalolat beradi. Biotta nafasi tugri nafas xarakatlari vaktinchalik tuxtalishi bilan almashinadi. Bu bir necha soniyadan dakikagacha davom etadi. Bu nafasning xosil bulish mexanizmi Cheyn –Stoks nafasnikiga uxshash buladi. Bu meningit va bosh miyaning boshka kasalliklarida uchraydi. Ba'zida dissotsiatsiyalangan Grokka-Vrugonni nafasi kuzatiladi. Bu nafas markazining koordinatsion xususiyati natijasida ruy beradi. Aloxida guruxdagi nafas mushaklarining birgalikdagi ishini garmoniyasi buzilishi bilan xarakterlanadi. Masalan: kovurgalararo mushaklar va diafragmani kiskarishini koordinatsiyasi buziladi . Bunda kukrak kafasini yukori va urta kismi nafas olish fazasida tursa pastki kismi nafas chikarish xarakatlarini bajarayotgandek buladi. Nafasning bunday buzilishlari bosh miya abstsesslarida ayrim xolatlarida , bazal meningitlarda, ba'zida agonal davrida uchraydi.

Nafasni patologik ritmini dissotsiatsiyalangan turi bilan birgalikda uchrashini okibati xavfli xisoblanadi.

- Upka kasalliklariga chalingan bemorlarni kuzdan kechirish.
- Bemor terisini rangi
- nafas olish soni , ritmi , chukurligi va kiyinlashganligi
- nafas aktida kushimcha mushaklarning kushilishi.



- kovurgalararo oralikning tortilishi.
- burun kanotlarining kutarilishi.
- deformatsiya, kukrak kafasi asimmetriyasi .

Ko'zdan kechirish: normadan ogishni aniklash.

- Deformatsiyalar yoki asimmetriya
- Kukrak kafasini voronkasimon deformatsiyasi
- Bochkasimon kukrak kafasi
- Tortilishi
- Jiddiy upka obstruktiv kasalligi.
- Surunkali upka obstruktiv kasalligi.
- Astma



3.3 Hamshiralikda fizikal baxolash nazariyasi

Bemorlarni parvarish kilishda xamshiradan fizikal baxolashning xar xil aspektlarini xar kuni bajarishni talab etiladi. Baxolashni ketma-ketlikda bajarish xar tomonlama tizimlashgan

usulda olib boriladi . Bu usul yordamida bemorning xolatini baxolash engil kechadi. Ushbu bulimda fizikal baxolashning utkazilishining asosiy sxemalari keltiriladi. Amaliy tajriba va keyinchalik uni urgatish kunikmalarni uzgartirib kengaytirishga uni utkazishda , extiyojni kondirishga yordam beradi. Kuzdan kechirish, palpatsiya , perkussiya va auskultatsiya kunikmalarini bajara olish xamshiralikda fizikal baxolashni bajarishga imkon beradi. Ayrim xolatlarda xamshiradan xar tomonlama fizikal baxolash talab kilinsa , boshkasida esa uni bir yoki ikkita turini bemorni parvarishida anik bir vaktida bajarish talab kilinadi.

Ko'krak kafasini fizikal baxolashda individuallik muxim buladi : kukrak kafasini va korinni kuzdan kechirish. Shuningdek kon aylanish tizimini baxolashning xar xil aspektlarini bilish talab kilinadi. Bu organlar va tizimni fizikal baxolash aloxida yoki xar tomonlama bemorni kasallikning turiga karab utkaziladi.

Ko'krak kafasi yurak va upkani tekshirish. Buyin va korin orasidagi tana kismiga kukrak kafasi deyiladi. Yurak , upka va sut bezlari kukrak kafasida joylashadi. Shuning uchun bu a'zolar bir vaktida tekshiriladi. Yurak faoliyatini tekshirishda, auskultatsiya usulidan foydalanish nisbatan diognostik axamiyatga ega xisoblanadi, upkani tekshirishda kuzdan kechirish va auskultatsiyani , sut bezini tekshirishda kuzdan kechirish va palpatsiya tekshirish usullari kuprok samarali deb xisoblanadi. Agar kursatma bulsa yurak, upka va sut bezlari xar xil vaktida tekshirilishi mumkin.

O'pkani fizikal baxolash. Nafas tizimini baxolashda kuzdan kechirish va auskultatsiya tekshirishning bir bulagi buladi. Kuzdan kechirganda nafasning kiyinlashishi belgilariga nafas aktida kushimcha mushaklarning ishtirokiga , burun kataklarining kengayishiga, dikkatni karatish lozim. Kukrak kafasining oldingi – orka va kundalang diametri ulchamlarini baxolang Normada kukrak kafasining kundalang diametri old-orka ulchamidan ikki marta katta buladi.

Old-orka diametrining kattalashuvi upkaning surunkali xastaliklarida uchraydi. Uning kattalashuvi keksa bemorlarda yoki kushikchilarda norma sanalishi mumkin. Kukrak kafasining xarakatini simmetrikligiga baxo bering. Upka auskultatsiyasiga normal va patologik, kushimcha nafas shovkinlarini farklashga xarakat kiling. Bilingki xar bir ishni ustalik bilan bajarishga erishish uchun kup marta bajarish lozim. Auskultatsiya xam old, xam orka tomondan bajarilishi kerak . Sistematik tarzda bir tomonni ikkinchisiga takkoshlash lozim. Pastki bulaklarni katta bulmagan soxada kukrak kafasini old tomonidan eshitiladi. Yukori kismni esa kukrak kafasining orka tomonidan kichik yuzasi ustidan eshitiladi. Nafas shovkinlari xavoni xarakatlanishi natijasida traxeya , bronx va alveolalarda xosil buladi. Normada nafas chikarish fazasi ikki marta nafas olishdan uzunrok buladi. Auskultatsiyada nafas chikarishning tulik fazasi eshitiladi. Shuning uchun nafas olishga nisbatan kiska tuyuladi. Bronxial obstruktsiya xolatida surunkali upka kasalliklarida , yoki yuzaki nafas olishda (operatsiyadan keyingi ogrikni xis kiladigan bemorlarda kuzatilishi mumkin) nafas shovkinlari susayadi yoki butunlay yukoladi. Upka tukimasi zichlashgan xolatlarda , masalan pnevmoniyada nafas shovkinlari baland bulishi mumkin (kuchayadi). Xar xil patologik (kushimcha) shovkinlarni eshitish mumkin, patologik xolatlarda bu normal nafas shovkinlarini ustiga tushadi. Bunga krepitatsiya , xirillashlar , stridoroz nafas va plevraning ishkalanish shovkini kiradi.

Krepitatsiya xavoni suyuklik (sekret) orkali nafas yuliga utishidan xosil buladi , nafas olish fazasida eshitiladi.

Krepitatsiya mayin bulishi mumkin (yukori tonli tovush) yoki dagal (balandrok tovush) dek eshitiladi. Krepitatsiyani eshitishda bemordan yutalishni suraladi va yana bemorni eshitib kuriladi . Odatda tinch yotgan bemorlarda upkaning asosida krepitatsiyani eshitish mumkin. Yutalish suralganda u utib ketadi. Xirillashlar xavoni kisilgan yoki kisman sekret, shishi, usma bilan obstruktsiyalangan (yopilgan) nafas yulidan utishi tufayli xosil buladi. Xirillashlar odatda baland tovushni past tonidan iborat buladi. Ularning sifati kupincha bemor yutalganida uzgaradi. Ular xam nafas olishda xam chikarish fazasida eshitiladi.

Stridorozli nafas , xirillashlar singari kisman obstruksiyalangan nafas yuli orkali xavoni utishidan paydo buladi, biroq bunda yukori tonli tovush ustunlik kiladi. Chunki bu nafas yulining mayda kismlarida xosil buladi. Stridorozli nafas xushtaksimon tonga ega buladi. Shunga karamasdan nafasning istalgan fazasida eshitiladi.

Plevraning ishkalanish shovkini yalliglanib, dagallashgan plevra varaklarining bir-biriga ishkalanishidan xosil buladi. Tovush dagal, gijillaydigan, ikkita najdakli kogozi bir-biriga ishkalanganda chikadigan tovushga uxshaydi. Plevraning ishkalanish shovkini nafas olish va chikarish fazasida eshitiladi. Agar bu tovush yurakning kiskarish soniga , ritmiga mos kelib nafasga mos kelmasa bu perikardni ishkalanish shovkini bulib xisoblanadi.

O'pkani fizikal baxolashning muolajasi .

Nafas yulini fizikal baxolash xar tomonlama fizikal baxolashning bir kismi bulib, upka raki xamda surunkali upka kasalligiga chalingan bemorni tekshirish uchun muxim.

O'pkani eshitib kurish uchun stetoskopni bemorni diafragmasiga zich tutiladi.

Bemorga utirish uchun yordam beriladi. Agar buning iloji bulmasa , bemorni bir yonboshdan ikkinchisiga utkaziladi, upkani xamma soxalarini kulay xolatda eshitiladi. Keyin bemorni ogzini ochib sekin nafas olishini va chikarishini suraladi. Auskultatsiya kukrak kafasining old va orka tomonlarida, bir tomoni boshkasiga ketma-ket takkoslab bajariladi.

Bemorni ust kiyimlarini echiladi

O'pkani kuyidagicha baxolanadi;

- kukrak kafasini sistematik perkussiya kilinadi , bir tomonini ikkinchisi bilan takkoslanadi.
- bemorni ogzini ochib sekin nafas olishini suraladi
 - fonendoskop diafragmasi yordamida kukrak kafasining old tomonidan upka chukkisidan boshlab bir tomonini ikkinchisiga takkoslanadi. Keyin fonendoskopni diafragmaning pastiga siljtiladi.
 - keyin kukrak kafasini orka tomondan eshitiladi, yukori bulakdan boshlab pastkisiga utiladi.
 - xar xil kushimcha shovkinlar eshitilganda bemordan yutalish suraladi va yana eshitiladi,u yukolishi mumkin.

Tekshirish natijalarini ramiylashtiriladi , sut bezlarini kuzdan kechirishga kirishiladi

Nafas olishni sanash texnikasi

1. Nafasni sanash uchun bemor krovatga yotgan yoki stulda utirgan xolda bulishi kerak
2. Bemorning kukrak kismida kalin kiyimlar bulmasligi lozim.
3. Bemorning yonida joylashib, uning fikrini gap bilan chalgitiladi.
4. Shu bilan birgalikda kulingizni uning tomir urish sonini aniklamokchi bulganday ushlanadi.
5. O'zingizda sekundamerni belgilanadi.
6. Ko'zingiz bilan bemorning kukrak kafasini xar bir kutarilib , tushish xarakatini sanaladi
Nafas xarakatlari 1 dakika davomida sanaladi va F-003 xujjatidagi F-004 xujjatlariga ruyxatga olinadi.

Kerakli anjomlar : sekundomer, F003,F-004 tibbiy xujjatlari .

3.4 Kukrak kafasini paypaslash texnikasi. (palpatio)

Kukrak kafasini paypaslash usulini bajarishda miozitlarda, kovurgalararo nevralfiyalarda , kovurgalar yorilishi va sinishi, ogrikli lokalizatsiyasida, ogrik rezistentligini aniklash muxim, ba'zida upka emfizemasida , kuruk plevritda plevra varagining ishkalanishida aniklanadi. Kukrak kafasida tovush titrashining utkazilishi tekshiriladi.

Tovush titrashini aniklash (fremitus pectoralis) kukrak kafasining soxalariga kul kaftini kuyib aniklanadi, bunda bemordan «R» xarfi bor suzlarni (traktor, arra) talaffuz kilish suraladi. Tovush boylamlarining tebranishi traxeya, bronxlarning devori orkali kukrak kafasiga uzatiladi.

Tovush titrashini kukrak kafasi simmetrik soxalarga kul barmoklarini uchki tomonini parallel kuyib tekshiriladi. Normada tovush titrashi kukrak kafasi orkali ikkala tomonda bir xil kuchsiz utkaziladi. Upka yoki plevranning patologik jarayonlarida tovush titrashining kuchayishi, susayishi, yukolishi mumkin. Tovush titrashining susayishi plevra bushligida suyuklik yoki xavo tulishi (eksudativ plevrit, gidrotoraks, gemotoraks, pnevmotoraks, piopnevmotoraks, upka empiyasi) okibatida paydo buladi. Shuningdek tovush titrashining pasayishi obturatsion atelektazda, bronxni usma bilan bekilib kolishida (upkani bronxogen usmasi) da yoki bronx yuliga yot jism tushganda kuzatiladi. Tovush titrashining ikkala tomonda pasayishi upka emfizemasida, yog bosishida, kukrak kafasini shishida va shunga uxshash xastaliklarda kuzatiladi.

Tovush titrashining kuchayishi upka tukimasining zichlashishida, tovush yaxshi utkazilishi (upka yalliglanishida, upka infarktida, silda, kompression atelektazda) yoki upkada bushlik bulganda, u bronx bilan tutashganda (bushlik, upka abstsessi, katta bronxoektazlarda). Bushlik atrofida reaktiv yalliglanish jarayoni upka tukimasini zichlashishiga olib kelishi okibatida, bushlikning uzi rezonans konuniga kura tovush titrashini yaxshi utkazilishi uchun sharoit yaratadi.

Kuruk plevritda bevosita kul orkali plevranning ishkalanish shovkinini sezish mumkin.

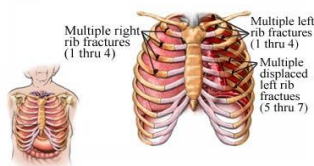
Upkani palpatsiyasi

I. Ogrik soxani aniklash

1. Kostoxondrit
2. Kovurga sinishi
3. Krepitatsiya

II. Rezistentligi va elastikligini baxolash

Tovush titrashini aniklash usuli kam xollarda kullaniladi.



3.5 O'pka perkussiyasi

Bemorning vaziyati perkussiya kilinayotgan paytda vertikal xolatda bulishi kerak: turgan yoki utirgan. Bemor turgan vaziyatida kulini pastga tushiradi, utirgan xolatida kulini tizzasiga kuyadi. Yukori elka mushaklari bushashgan xolatda bulishi kerak, chunki mushaklarni biroz taranglanishi xam perkutor tovushni uzgarishiga sabab buladi.

Kuchsizlangan bemorlarni perkussiyani bajarilayotgan paytda ularni ushlab turish kerak. Utirish ruxsat kilinmaydigan ogir axvoldagi bemorlarda (miokard infakti, upkadan kon ketishi, miyaga kon kuyilishi va boshkalar) perkussiya yotkizilgan xolda amalga oshiriladi, bunda kukrak kafasining fakat old yuzasidan, aksillyar soxadan bajariladi. Perkussiya bemorni tinch, tekis nafas olishida bajariladi.

Xamshiraning xolati kulay bulishi lozim. Perkussiya kilinayotganda xamshira bemorning ung tomonidan turishi lozim.

Kiyosiy va topografik perkussiya kullanilishi. Kiyosiy perkussiya simmetrik soxalarni kiyoslash yuli bilan upka va plevra bushligidagi uzgarishlarni aniklashga imkon beradi. Topografik perkussiya esa upkani chegaralarini va upka kirralarini ekskursiyasini aniklashga imkon beradi. Upkaning kiyosiy perkussiyasi ma'lum tartibda amalga oshiriladi. Kukrak kafasining simmetrik soxalariga bir xil kuch bilan perkutor zarb beriladi. Odatda perkutor zarb

urtacha kuch bilan berilishi lozim, bunda simmetrik soxalarda anik upkani perkutor tovushi aniklanadi.

Old tomondan perkussiya kilish tartibi.

Perkussiyani upkani chukkisidan boshlab kilinadi, bunda plessimetr-barmok umrovga parallel, uning ust kismidan kuyilib, bir xil kuch bilan yukori yoki pastki tomonga perkussiya kilinadi. Avval umrov buylab, keyinchalik umrovning pastki kismida barmok plessimetr kuyilib, urta umrov chizigi buylab perkussiya kilinadi. Perkussiya sharoitlariga amal kilib olingan perkutor tovushlar takkoslanadi. Old tomondan kiyosiy perkussiya IV kovurgagacha kilinadi, chunki chap tomonda bundan pastda yurak joylashadi. Keyinchalik urta kultik osti chizigi buyicha ikkala tomonda utkaziladi. Shundan sung orka tomondan upka perkussiyasi kilinadi.

Perkussiyani kurak ustidan boshlanib, keyinchalik kuraklar orasi va kurak osti soxalar kilinadi. Bunda plessimetr-barmokni 39 b – rasmdagidek joylashtiriladi.



O'pkani old va orka tomondan perkussiya kilingandan sung, kultik osti soxa kilinadi. Bunda plessimetr-barmok kovurgalarga parallel kuyilib, simmetrik soxalarga bir xil kuch bilan perkutor zarb berilib kukrak kafasining tomonlari takkoslanadi. Normada simmetrik joylarga perkutor tovush bir xil eshtiladi.

Perkutor tovushning tumtoklanishi va kiskarishi upka kasalliklarida uchraydi, bunda upka xavochnligini pasayganligi, plevra kasalliklarida plevra varagingning kalinlashuvi va bushliklarga suyuklik tuplanishida kuzatiladi.

O'pkaning xavochnligini kamayishi upka yalliglanishida, upka silida, upka infarktida, bronx yulini yopilishiga olib keluvchi bronxogen usmasini obturatsion atelektazda yoki bronx yuliga yot jismni tushishi, upkada tarkok chandikli uzgarishlarda uchraydi.

Agarda upka tukimasini zichlashish uchoklari katta bulmasa va kukrak kafasini chukur kismida joylashsa, unda perkussiya tekshirish usuli yordamida aniklash kiyin, chunki perkutor tovush bunda uzgarmasdan kolishi mumkin. Agarda infiltrativ uchoklar katta bulsa va uzaro birlashsa. Unda perkutor tovush tumtoklashadi.

Perkutor tovushnig tumtoklashuvi plevra varaklarining kalinlashuvida va plevral bushlikda suyuklik tuplanganda xosil buladi. Agar unda suyuklik mikdori kupaysa (ekssudativ plevrit, gidrotoraks, gematoraks) perkutor tovush absolyut tumtok tovush yoki son tumtokligi deyiladi.

O'pkani kiyosiy perkussiya kilganda, agar upkada bushlik (kaverna, upka abstsessi) bulsa yoki plevral bushlikda xavo tulgan bulsa (pnevmotoraks) timpanik perkutor tovushni aniklash mumkin. Ta'kidlash lozimki, upkada bushlik borligidan darak beruvchi belgilar uning ulchamiga, joylashish urniga va bushlikni ichidagi suyuklikni mikdoriga boglik. Agar bushlik kichik ulchamli bulib, kukrak kafasi yuzasida chukur joylashgan bulsa, unda buni perkussiya yordamida aniklab bulmaydi. Agar bushlik kukrak kafasida yuzaga joylashsa, katta ulchamli bulsa va bronx bilan tutashsa, unda perkussiya tekshirish usulida timpanik tovush aniklanadi.

Perkutor tovushning tumtoklashib timpanik oxangda bulishi kompression atelektazda yoki upka yalliglanishining boshlangich boskichida upka tukimasi elastikligini kamayganligida kuzatiladi.

Kuticha perkutor tovush upka emfizemasida , upka elastikligining kamayishi okibatida upkaning kengayishida , alveolalarning xavochoanligi ortganda aniklanadi.

O'pka perkussiyasi texnikasi

Perkutor tekshirish usulining bajarilishi:

Perkutor tovushning aniklash uchun urganish va uni uzgarishlarini tanish uchun soglom odamlarda bajarish kerak. Perkussiyani utkazish texnikasi kuyidagicha :

bemorni perkussiyaga tayyorlash

chap kulning urta barmogini tekshiriladigan soxaga zich yopishtiriladi , kaft va kolgan barmoklar bemorning badaniga tegmasligi kerak .

urta barmokni uchi bilan plessimetr barmokni oxirgi buginiga ikki marta perkutor zarb beriladi . tukillatish anik va kiska bulishi kerak Tukillatishdan sung tebranishni kamaytirish uchun barmoklar darxol olinadi.

Tovush dikkat bilan eshitiladi va uning xarakterini aniklanadi



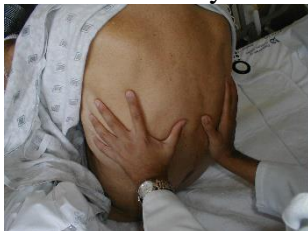
Diafragmaning ekskursiyasi.

Ko'rak chizigi buylab pastki tomonga kurakdan to tumtoklikkacha perkussiya kilib boriladi va belgilanadi. (ikala tomondan) .

Chuqur nafas chikarishni va uni ushlab turishni aytiladi..

1- belgilan soxadan yukori tomon perkussiya qilib boring va tumtoqliq o'zgargan joyni belgilanadi.

Normal ekskursiya 3-5 sm ni tashkil etadi.



Perkutor tovushning turlari

Rezonasli tovush – normal chukur tovush bulib, upka perkussiyasida eshitiladi. Bu tovushni upkani perkussiyasida kukrak kafasini old tomonini ung tomondan III kovurga oraligidan aniklash mumkin. Bu baland bulmagan kichik tonli tovush xisoblanadi. Timpanik bush organni yoki xavo saklaydigan bushlikni ustida xosil buladi. U baland, yukori tonli buladi. Nogorani zarb bilan urilganidan chikadigan tovushga uxshaydi. Bu tovush oshkozon perkussiyasida, ayniksa gazlangan ichimlik ichilgandan keyin tekshirilganda yaxshi aniklanadi. Tumtok tovush (yoki tumtoklik) – yukori tonli kiska tovush, zich a'zolarida, jigar yoki talok ustida aniklanadi. U shuningdek upka tukimasini zichlashishi (M: pnevmoniya) da aniklanadi.

Absolyut tumtoklik – yukori tonlarni ustunligi bilan rezonanssiz va vibratsiyasiz bulgan kiska tovush xisoblanadi. Bunday tovush kukrak kafasida yoki korin bushligida suyuklik bulganda aniklanadi. Ushbu tovush songa zarb berilganda aniklanadi (son tumtokligi tovushi).

3.6. O'pka auskultatsiyasi

Nafas a'zolari tugrisidagi xamma auskultativ ma'lumotlar asosiy va kushimcha nafas shovkinlariga bulinadi. Asosiy nafas shovkinlariga vezikulyar, bronxial va boshka nafas

tiplari kiradi. Kushimcha nafas shovkinlariga xirillashlar, krepitatsiya, plevranning ishkalanish shovkini kiradi.

O'pkanani eshitish stetoskop, fonendoskop (vositali auskultatsiya) yoki bevosita kulok (bevosita auskultatsiya) bilan eshitiladi. Auskultatsiyaning turlari va koidasi xakida kullanmaning umumiy kismida ma'lumotlar keltirilgan.

Eshitish paytida bemorni vaziyati xuddi perkussiya tekshirish usuli xolatidagidek buladi. Orka tomondan eshitish uchun bemorning kullari old tomonda yigilgan xolda kukrakka kuyilishi kerak. Shunda kuraklar orasi ochilib, eshilitish soxasi kengayadi. Agar ogir axvoldagi bemorlarni axvoli uzgarmaydigan bulsa, ularni yonbosh tomonga ugirib eshitiladi, agar buning imkoni bulmasa fonendoskopni bemorning tagiga kuyib eshitiladi. Kamkuvvat bemorlarni tik yoki utirgan vaziyatda eshitganda bosh aylanishi kuzatiladi. Xamshiraning vaziyati eshitib kurish uchun kulay bulishi lozim (bemorning vaziyatini xisobga olgan xolda). Upkadagi patologik jarayonlarni aniklash uchun kiyosiy perkussiya usulini samarali utkazish lozim, ya'ni kukrak kafasining simmetrik joylari eshilib kuriladi va anik tartibdagi eshitish joylariga amal kilinadi.

Eshitish tartibi. Upkani eshitishni old tomondan, upkaning chukkisidan, tovushlar ikkala tomondan takkoslanadi, keyin uskunani 44 – rasmdagidek pastki kismga kuyiladi.



Keyinchalik kultik osti va kurak usti, osti, orasi soxalari kiyosiy auskultatsiya kilinadi.

Nafas olganda xosil buladigan tovushlarni eshitishda ularning xarakteriga, kuchiga, urniga, nafas fazasiga munosabatiga, ya'ni tovushlar nafas olish yoki chikarish paytida eshilitishiga axamiyat beriladi. Olingan ma'lumotlar katta amaliy axamiyatga ega bulib xisoblanadi.

Boshka tibbiyot mutaxassisleri bilan maslaxatlashish

Bemor xakida boshka tibbiyot xodimlaridan navbatchilik ish paytida axborot olish usuli bulib, yozuvlarni va kartalarni kuzdan kechirish yoki kasallik tarixini urganish, shuningdek ogzaki axborot olish xisoblanadi. Bemorni kartochkasi yoki kasallik tarixi bilan tashxislash lozim, unda kuzdan kechirish xakida ma'lumotlarni, laborator va diagnostik tekshirish natijalarini, xar xil xamshiralik yozuvini va maslaxatchi mutaxassislar yozuvini, oldingi davolangandagi ma'lumotlarni urganish muxim sanaladi. Xamma vakt xam bemor bilan bir marta mulokot kilib uni axvolini baxolash kiyin, xamshira bemorni axvolini baxolashida ilgari olingan ma'lumotlarga xamda boshka mavjud bulgan tibbiy ma'lumotlar asosida baxolaydi.

Bemor xakida axborot yigishda uni tibbiy yozuvlarni kuzdan kechirishdan tashkari parvarish jarayonida ishtirok etadigan tibbiyot xodimlari jamoasi boshka tibbiyot xodimlar bilan maslaxatlashishlari lozim buladi. Vaziyatdan keyin kelib chikib xamshira dietolog-vrach, fizioterapevt yoki boshka mutaxassislar bilan birgalikda bemorga tegishli ma'lumotlarni urganadilar.

3.7. LABORATORIYA TEKSHIRUVLARI

QONNI TEKSHIRISH.

Qon olish. Meditsina xamshirasi laboratoriya tahlil uchun kon olish va materialni laboratoriyaga yuborish uchun zarur xujjatlarni tugri rasmiylashtirishni bilishi kerak. Bosmaxonada bosib chikarilgan maxsus blankada bemorning familiyasi, ismi va otasining ismi, palataning raqami, bulimning nomi, material yuborilayotgan oy, kun xamda tekshirishdan kutilgan maksad kursatib kuyiladi. Kon kanday maksadlarda tekshirib kurilayotganiga karab uni 0,5 dan 4,5 ml gacha, ba'zan bundan kura kuprok olish kerak buladi.

Bir oz mikdorda kon olishning xammadan oddiy va oson usuli konni barmokdan olishdir. Barmokdan kon uni analiz kilib kurish, kon ivish vaktini, kon ketish vaktini aniklash, trombotsitlar sonini sanab chikish va boshka ba'zi tekshirishlarni bajarish uchun olinadi.

Kon olish vaktida infeksiyon gepatit virusini yuktirib kuyish xavfi buladi. Bu kasallik kuzgatuvchisi antiseptik moddalar ta'siri bilan xalok bulmaydi. Kon olish uchun xozir sterillanmaydigan asboblarni, jumladan Frank ignasini kullanishdan voz kechishgan. Terini unga kaynatib sterillanadigan Jenner ignasini sanchib teshiladi. Xar bir bemorga aloxida asbob tutiladi. Kon olinadigan joy spirt yoki efirga xullangan steril paxta bilan artiladi. Artib olinganidan keyinigna sanchilishi kerak bulgan joyga kul tekkizish, shuningdek ignaning sanchiladigan kismiga kul urish yaramaydi, chap kul bilan bemorning barmogini oxirgi bo'gimida tutib ushlab turiladi (kupincha chap kulning IV barmogidan kon olinadi). Ung kul bilan peroni kerakli chukurlikka (2—3 mm ga) sanchiladi. Konning birinchi tomchisini steril paxta bilan artib olinadida, kon olish uchun pipetkani tugrilab, nishob kilib tutib turiladi. Kon yaxshi chikmaydigan bulsa, barmok bo'gimi oxista bosib kuriladi. Barmokka kattik bosiladigan bulsa, jaroxatdan pipetkaga kondan tashkari limfa xam tushib koladiki, bu—analiz natijasini buzib kursatishi mumkin. Shunga yul kuymaslnk uchun bemordan etarli mikdorda kon olib bulmayotgan maxalda kon olish oldidan barmokni bir necha minut davomida sal ukalash yoki kon yaxshirok okib keladigan bulishi uchun kul panjasini grelka bilan isitish maksadga muvofikdir. Ba'zan kulok suprasi bulagidan (quloq solinchogidan) kon olish maksadga muvofik buladi, periferik qon aylanishining ogir uzgarishlarida, shok, kollaps vaktlarida, kul kuyganda va boshka maxallarda shu usul kullaniladi. Kulok solinchogidan kon olish texnikasi barmokdan kon olish texnikasidan fark kilmaydi.

Ba'zi tekshirishlar (eritrotsitlar va leykotsitlarni sanash) uchun maxsus aralastirgichlardan foydalaniladi yoki pipetkaga maxsus rezinka nay kiygazilib, nakonechnigi ogizga olinadida pipetkaga kerakli mikdorda kon surib chikariladi kon uning ivib kolishiga yul kuymaydigan eritmali probirkaga tushiriladi (puflab).

Konni olib bulgandan keyin igna sanchilgan joyga dezinfektsiyalovchi eritma suriladi va ustidan bir parcha steril paxta bosib, kon chikishi tuxtatiladi.

Kon morfologiyasini laboratoriyada tekshirib kurish kasallikning diagnozi va okibatini aniklash uchun katta axamiyatga ega bulib, xozir kasalxonada davolanayotgan xar bir kasalda va ambulatoriyada davolanadigan kupchilik kasallarda albatta utkaziladi. Konni morfologik tekshirish gemoglobin mikdorini aniklash, kizil kon tanachalari—eritrotsitlarni sanash, rang kursatgichini aniklash, ok kon tanachalari — leykotsitlar sonini sanab chikish, leykotsitar formulani xisoblab kurish, ya'ni leykotsitlar ayrim formalarining protsent mikdorini, ECHT (eritrotsitlarning chukish tezligi)ni aniklashni uz ichiga oladi.

Gemoglobin mikdorini aniklash. Yukorida aytib utilganidek, konning birinchi tomchisi paxta bilan artib tashlanadi, ikkinchisi esa rezinka nayda Sali kapillyariga olinib, belgisigacha etkaziladi (surib olinadi). Zarur bulganidan kura kuprok mikdorda kon «surib olmaslik» xamda kon bilan birga xavo pufakchalarini kirgizib kuymaslik uchun bunda extiyot bulish kerak. Olingan kon satxi belgiga etgan zaxoti rezinka nayni barmoklar bilan kisib, kapillyar uchi paxtaga artib olinadi, kon satxi yana bir bor tekshirib kuriladi va kapillyar xlorid kislota eritmasi bilan 10-darajasigacha tuldirib kuyilgan sali probirkasiga tushiriladi, lekin tushirilganda xam uchi kislotaga

sal botib turadigan kilib tutiladi va konni probirkaga oxista puflab tushirishga kirishiladi. Sunggi kon tomchisi xlorid kislotaga puflab tushirilmasdan, balki kislotaga satxi ustidagi probirka devoriga puflab tushiriladi, keyin probirka qiyshaytirilib qon tomchisi yuvib olinadi. Kizil rangli suyuklik tez orada, kuz ungida gemoglobini mikdoriga qarab xar xil darajada tuk buladigan jigarrang tusga kira boshlaydi. Sali kapillyari probirkadan suyuklik tortib olish yuli bilan yana bir marta tuldirladi, buning natijasida probirka devorlaridagi qon xam yuvilib tushishiga erishiladi, keyin esa vaktini belgilab kuyib, probirka shtativga quyiladi. Gemoglobini kolorimetrik metod bilan, ya'ni standart gemoglobini eritmasi rangini xlorid kislotada xosil bulgan gematin xlorid rangiga solishtirib kurish yuli bilan aniklanadi.

Gemoglobini aniklash uchun ishlatiladigan asbob —gemometr—uchta uyasi buladigan shtativdir; ikki yon tomonidagi uyalari standart eritmali probirkalar bilan band, urtasidagi uyasiga esa tekshirilayotgan gematin xloridi eritmasi solingan, darajalarga bulingan probirka kuyilib, ularning rangi bir-biriga solishtiriladi.

Tekshirilayotgan probirkadagi rang standart probirka rangidan kura ochrok bulib turgan bulsa, barmokdan yana shuncha mikdor qon olinadi, hisob qilishda esa chikkan natijani ikkiga bulinadi. Tekshirilayotgan suyuklik standart eritmada kura tukrok bulsa, u vaktida 10 minutdan keyin kolorimetriyaga kirishiladi. Buning uchun gemometr chap kulga olinib, kuz damida ushlab turiladi, ung qul bilan esa tekshirilayotgan eritmaga pipetka bilan tomchilab, distillangan suv qushiladi va shisha tayokcha bilan aralashtiriladi. Tekshirilayotgan probirka suyuklikning rangi bilan yon tomonidagi standartlar rangi bir xil bulib qolmaguncha suv qushilaveradi. Darajalarga bulingan (standart rangi bilan bir xil bulgan) probirkadagi suyuklik satxi tekshirilayotgan kondagi gemoglobini mikdori kursatib beradi. Gemoglobini mikdori aniklashda 5% atrofida xato bulishiga yul quyiladi.

Xozirgi vaktidagi gemometrlarning 2 ta shkalasi bor. Bulardan biri kondagi gemoglobini mikdori 1 l dagi grammlar xisobida kursatadi (normada 130—160 g buladi), ikkinchisi gemoglobinning usha mikdori shartli birliklar bilan ifoda kiladi (160,6 g gemoglobini 100 birlikka tugri keladi). Normada gemoglobini mikdori ayollarda erkaklardagiga qaraganda birmuncha kamrok buladi.

Eritrotsitlarni sanash uchun kon olish. Turtinchi barmokning oxirgi falangasidagi boyagi jaroxatning uzidan yana bir tomchi konni eritrotsitlarga tutiladigan aralashtirgich — melanjerga olinadi, u darajalarga bulingan kapillyar pipetka bulib, ichiga kizil rangli shisha sharcha solib kuyilgan kengaymasi (rezervuari) bor. Raso 0,5 belgisigacha, bemorda anemiya bulganida, 1 belgisigacha kon olinadi. Sungra qon chiqib ketmasligi uchun extiyot bulib, melanjerga 101 belgisigacha 0,85—1% li natriy xlorid eritmasi surib olinadi. Qon melanjerning 0,5 belgisigacha olingach, konni suyultiruvchi eritma bilan uning xajmini 101 belgisigacha etkaziladigan bulsa, u vaktida kon 200 baravar suyulgan buladi, bordiyu kon 1 belgisigacha olingan bulsa, u 100 baravar suyulgan buladi.

Kapillyarni gorizontol xolatda ikki barmok orasiga olib ushlanadi va 2—3 daqiqa davomida silkitiladi, keyin esa suyultirilgan kon tomchisi sanok kamerasiga tushiriladi.

Suyuklikning birinchi 2 — 3 tomchisini sanash uncha yaramaydi. ularni tukib tashlanadi.

Leykotsitlarni sanash uchun qon olish. Oldingi tekshirishlar uchun igna sanchilgan barmoqning o'zidan melanjerga — shu maqsad uchun aloxida moslashtirilgan aralashtirgichga bir tomchi qon olinadi, bu melanjerning ampulasida oq sharcha va ampulasining tepasida «II» degan belgisi bo'ladi.

Leykotsitlarni suyultirish uchun Eritrotsitlarni eritib yuboradigan 3% li sirka kislotaga eritmasidan foydalaniladi. Leykotsitlar yaxshiroq ko'rinadigan bo'lishi uchun kislotaga gentsianvioletning suvdagi 1%li eritmasidan 2—3 tomchi qushib quyiladi, bu eritma leykotsitlarning yadrosini bo'yaydi. Melanjerga 0,5 belgisigacha qon olinadi, keyin esa 11 belgisigacha sirka kislotaga eritmasi tortib olinadi, ya'ni qon 20 baravar suyultiriladi. Leykotsitlar mikdori kupayib ketgan bulsa, konni kizil kon uchun tutiladigan melanjerga 0,5 belgisigacha kilib olinadi (200 baravar suyultiriladi) va silkitiladi. Birinchi 2 — 3 tomchisi to'kib tashlanadi.

Sanoq kamerasi turrisida tushuncha. Sanok kameralarining bir kancha turlari bor. Ilgari Goryaev sanok kamerasi xammadan kura kuprok rasm bulgan. U kalin shisha plastinka bulib, urtasiga kvadrat kurinishda maxsus tur uyib tushirilgan. Mana shu yuza uz navbatida katta kvadratlar degan 225 katakka bulingan. Katta kvadrat 16 ta kichik kvadratga bulingan. Kichik kvadratlar tomonlari 20 mm² ni tashkil etadi. uning yuzasi esa 400 mm² ga teng. Tur shisha yuzasidan 10 mm past joylashgan. Shunday kilib, kamera yuziga koplagic oynani maxkam takab kuyiladigan bulsa, uning tagida balandligi 10 mm keladigan kamgak (tirkish) koladi. Aslini aytganda, tur bilan cheklanib turadigan ana shu kamgak bushliri sanok kamerasi bulib xisoblanadi. Kichik kvadrat yuzasi 400 mm² ga, kamera chukurligiesha 10 mm ga baravar bulganligidan, kichik kvadrat xajmi 4000 mm³ ga teng buladi. Bitta kichik kvadratdagi kon tanachalari sonini bilib olingandan keyin 1 mkl da ularning soni kancha bulishini xisoblab chikish oson.

Sanashga kirishishdan oldin yuvilib, kuritilgan kameraga jilo-langan koplari oynani kuyib, uni kamera shishasi yuziga yaxshilab «ishkalab yopishtiriladi» (rangorang xalkachalar paydo bulguncha). Tur yuzasi bilan koplari oyna urtasida xosil bulgan kamgakka melanjerdan bir tomchi sukjlik tushiriladi. Shu tarifa tuldirilgan kamerani mikroskopning buyum stolchasiga kuyilib, kon shaklli elementlari chukib tushishi uchun 2 — 3 minut koldiriladi, keyin esa ularni sanashga kirishiladi. Shaklli elementlar mikroskopning kondensorini sal tushirib kuyib, diafragmasini biroz bekitilgan xolda kichik ob'ektivi ostida sanaladi.

Amalda eritrotsitlar ancha oson yul bilan sanab chikiladi: 5ta katta kvadratdagi eritrotsitlar soni sanab kuriladi va olingan son 10000 ga kupaytiriladi. Gemoglobin mikd, ori va eritrotsitlar sonini aniklash bir kancha kasalliklar: anemiya, xavfli usma, leykoz, eritremya va boshka kasalliklar bor-yukligini bilib olishga yordam beradi.

Leykotsitlarni sanash.

Leykotsitlar kichik kvadratlariga bulinmagan (bush) 100 ta oddiy katta kvadratlarida sanaladi. Topilgan son 1600ga bulinib 100ta katta kvadratda 1600 ta kichik kvadrat buladi), 4000ga va 20 ga (melanjerdagi kon necha baravar suyultirilganini ifodalovchi songa) kupaytiriladi. Amalda kuyda-gicha xisob kilinadi: 100 ta katta kvadratda sanab chikilgan leykotsitlar soni 2 ga bulinadi va bulinma 100 ga kupaytiriladi.

Non surtmasini tayyorlash. Surtmalar yorsizlantirilgan toza buyum oynalarida tayyorlanadi, bu oynalar zapasi spirtli shisha ichiga solib saklanadi. Oyna toza latta bilan kuruk kilib artiladi, lekin uning yuziga barmoklar tekkizilmaydi. Xuddi shunday extiyotlik bilan oynaning cheti barmokdagi kon tomchisiga takaladi, bunda oyna yuzasi barmok terisiga tegmasligiga karab turish kerak. Shundan keyin oyna chap kulning bosh va kursatkich barmoklari bilan shunday ushlanadiki, toki kon tomchisi kursatgich barmok yonida turadigan bulsin. Sungra jilolangan koplari oyna tor cheti bilan kon tom-chisining chap tomonidan buyum oynasiga 45° burchak ostida kuyiladi va astasekin tomchiga yakinlashtiriladi. Kon tomchisi koplagic oyna kirrasi buylab tarkalganidan keyin bu oynani chakkon va bir tekis xarakat bilan bosh barmok tomonga suriladi. Yaxshi surtma yupka, tekis va yuzasi mayin bulishi kerak. Surtmani ikkita tayyorlash tavsiya etiladi.

Havoda kurigan surtmani metil spirtli vannachaga 3 minut solib kuyiladi, keyin botmay turgan chetidan pintset bilan ushlab chikarib olinadi va filtr krozga tik kilib kuyiladi. Metil spirtida fiksatsiya kilish urniga teng kismdagi spirt bilan efir aralash-masida xam fiksatsiya kilish mumkin (45 — 60 minut). Bankadagi fiksatsiyalovchi suyuklik juda uzok xizmat kiladi.

Surtma kurib bulgandan keyin unga maxsus kalam bilan bemorning familiyasi yozib kuyiladi. Trombotsitlarni sanab kurish uchun surtma olinayotgan bulsa, bu xolda teri unga bir tomchi magniy sul-fat eritmasi tushirilganidan keyin igna sanchib teshiladi. Surtmalar shu eritma bilan aralashgan kondan tayyorlanadi.

Kalin tomchi tayyorlash. Kalin tomchi tayyorlash uchun 2 — 3 ta yirik kon tomchisini buyum oynasiga yirib, ikkinchi bir buyum oy-nasi bilan ularni 1 sm² atrofida kattalikdagi dor kurinishida surkaladi va kuritiladi, keyin fiksatsiya kilmasdan turib, Romonovski—Gimz

eritmasi (buyoklar aralashmasi) bilan 35—40 minut atrofida buyaladi. Buyok koldiri suv bilap oxnsta yuvib tashlanadi va oynalar tik xolatga kuyilib, kuritiladi, shundan keyin preparatni mikroskop ostiga kuyib, kuzdan kechirish mumkin.

Kalin tomchi asosan konda bezgak plazmodiyalarini, shuningdek kaytalama tif spiroxetalarini topih uchun kullaniladi. Uni kasallik klinik manzarasi kandy bulishidan kat'i nazar olaverish mumkin, chunki parazitlar kasallik xuruj kilmay turgan paytlarda xam periferik konda bulishi mumkin. Parazitlar kupincha eritrotsitlar ichida xalka kurinishida buladi, lekin bezgak plazmodiyalarining boshka rivojlanish boskichlarini xam kurish mumkin. Kalin tomchida ayrim parazit turlarini tanib olish kiyin buladi, shunga kura parazitlarni xuddi kon morfologiyasini aniklash uchun tayyorlagandek kilib tayyorlangan surtmadan kidirib kurgan ma'kul.

Rang kursatgichini aniklash. Rang kursatgichi deb gemoglobin mikdo-rining eritrotsitlar soniga bulgan nisbatiga aytiladi, ya'ni u xar bir eritro-tsitdagi gemoglobin mikdorining kursatgichi bulib xisoblanadi. Rang kursatgichini xisoblab chikish uchun topilgan gemoglobinmi (dori oilan 100% gemoglobin urtasida va topilgan eritrotsitlar soni bilan ularning normal soni, ya'ni 5 000 000 urtasida proportsiya tuziladi.

Rang kursatgichini aniklash uchun topilgan gemoglobin mikdorini eritrotsitlar sonining 2 ga kupaytirilgan dastlabki 2 rakamiga bulish xam mumkin. Eritrotsitlar soni 1 000 000 dan kam balsa, 2 ta rakam olinmay, balki fakat 1 ta birinchi rakam olinadi. Rang kursatgichi bir kancha kon kasalliklarini va jumladan, pernitsioz anemiyani aniklab olishda axami-yatga ega, pernitsioz anemiyada eng muxim simptomlarning biri rang kursatgichining 1 va bundan kura kuprokkacha kupayib kolishidir.

Eritrotsitlar chukish tezligini (soeni) Panchenkov usuli buyicha aniklash.

Kandy bulmasin biror usul bilan ivib kolmaydigan xolga keltirilgan kon idishga solnb, turrizib kuyilsa, 2 katlamga ajralib koladi. Ustki katlamida plazma, pastki katlamida eritrotsitlar buladi. Eritrotsitlar idish tubiga chukib tushadigan vakt eritrotsitlar chukish tezligi (skorost osedaniya eritrotsitov—SOE)ni xarakterlab beradi. SOE Panchenkov apparatida aniklanadi. Bu apparat 4—5 pipetkani maxsus kisk, ichlar yordamida maxkamlab kuyiladigan shtativdan iborat. Xar bir pipetka 0 dan 100 gacha darajalarga bulingan. 50 darajasida «R», 100 darajasida esa «K» degan belgisi bor.

SOE kuyidagicha aniklanadi. Toza kuruk pipetka 5% li natriy sitrat eritmasi bilan bir necha marta chayiladi, keyin «R» belgisigacha 5% li natriy sitrat eritmasi tortib olinadi va bu eritma puflab, soat oynasiga tushiriladi. Keyin barmokdan ikki kayta kon olinib, uni natriy sitrat eritmasi turgan soat oynasiga puflab tushiriladi. Suyukliklar asta-sekin, lekin yaxshilab aralastiriladi va xosil bulgan aralashma boyagi pipetkaning uziga 100 darajasigacha kilib tortib olinadi. Pipetkani tipnatik xolatda shtativga urnatilib, koldiriladi. Oradan rosa bir soat utganidan keyin chukkan eritrotsitlar ustunchasining satxi kayd kilinadi. sorlom odamlarda SOE soatiga 4 mm dan to 12 mm.gacha boradi.

Kon ivuvchanligini aniklashning soddalashtirilgan metodlari.

Ogir kasalliklarning biri kon ivuvchanligipasayib kolgani tufayli bir talay kon ketib turishidir. Shoshilinch yordam kursa-tishga chakirik bulganida yoki navbatchilik vaktida kupincha ana shunday xodisaga duch kelib turiladi, bunda batafsil laboratoriya tekshirishi utkazish kiyin buladi yoki mumkin xam bulmaydi. Shunday xollarda navbatchi meditsina xodimi kon ivish vaktini aniklaydi. Kon ivish vakti deyilganda kon ivituvchi sistemasining aktivlik kursatgichi tushuniladi, bu kursatgich konning yot yuzaga tekkan vaktidan boshlab to kon laxtasi paydo bulguncha oradan uta-digan vaktga teng buladi. Konni yukorida aytib utilgan extiyot cho-ralariga amal kilingan xolda olinadi.

Steril igna sanchilganida chikkan birinchi kon tomchisi artib olingani-dan keyin tutib turilgan ilik buyum oynasiga 8—10 tomchi kon tushirib yiriladi va bunda fibrin iplari paydo bula boshlaydigan kon ivishi boshlanadngan paytdan to fibrin laxta bulib, tula chukib tushadigan — kon batamom ivib koladigan paytgacha oradan utadigan vakt kayd kilinadi (xar 30 sekundda shu

kondan ingichka shisha tayokcha igna yurgizib, uni oxista kutarib kuruladi). Mana shu— konning ivish vakti buladi, bu vakt normada 5—6 minutni tashkil etadi.

Kon ivuvchanligi va laxtasi retraktsiyalanishini eng oddiy usul bilan tekshirish uchun venadan, kuruk igna bilan 5—6 ml kon olib uni kuruk probirkaga solib kuyish mumkin, bunda shpritsdan foy-dalanish tavsiya etilmaydi. Konda 10 minut ichida laxta paydo buladi, laxta retraktsiya-lanishi (xajmining kichrayib kolishi) bir sutkadan keyin bulib utadi (tinik kon zardobi ajralib koladi). Mana bunday usul xam kon ivuvchanligini tezkorlik bilan aniklash metodlariga kiradi: probirkaga 1 ml kon olinib, ivigunicha kuyib kuyiladi va kancha vaktida iviganligi (kanchadan keyin probirkani tunkarish mumkin bulishi) kayd kilinadi. Bu metod buyicha normal kon ivish vakti 5—10 minut (bu metod Li — Uaytning ekspress-metodi degan nom bilan ma'lumdir).

Geparin kulanilayotganda uning dozasini oshirib, kon ketib kolishiga sabab bulmaslik uchun p r o t a m i n sulfat bilan utkaziladigan sinamadan foydalaniladi. Ivimay turgan 1 ml kongga 0,2 ml protamin sulfat kushiladi. Geparin dozasi oshib ketgan bulsa, kon darrov ivib koladi.

Kondagi I omil (fibrinogen) ning kritik kontsentratsini aniklash uchun Fedorova usuli buyicha utkaziladigan trombintestdan foydalaniladi. Uning metodikasi mana bunday: ampulada buladigan stan-dart kuruk trombintest 1 ml izotonik natriy xlorid eritmasida eritiladi va shu eritmaning 0,2 ml ga to 1 ml bulgunicha tekshirilayotgan kon kushiladi. Normal kon 7—12 sekunddan keyin ivib koladi. Konning bir minut davomida ivimay turaverishi I omil kontsentratsiyasining 1 g dan kam ekanligini, ya'ni uz-uzidan kon ketib odamning xayotini xavf ostida koldira oladigan kontsen-tratsiyada ekanligini kursatadi.

Bir kancha bioximiyaviy tekshirishlar uchun ancha kup mikdor kon kerak buladi. Bunday xollarda v e n a d a n kon olinadi. Konning turli tarkibiy kislari yangi olingan kon, shuningdek plazmasi va zardobidan anik-lanadi. Plazma konning shaklli elementlar, ya'ni leykotsitlar, eritrotsitlar, trombotsitlardan maxrum bulgan suyuk kismi bulib, tarkibida xar xil tuzlar (elektrolitlar), oksillar, fermentlar, uglevodlar, yorlar, moddalar almashinuvining oralik maxsulotlari, vitaminlar, gormonlar, konda erigan gazlar va boshkalar bor.

Tomirlardan chikkan kon plazmasidagi I omil (fibrinogen) fibringa aylanib koladigan bulgani munosabati bilan tez ivib ko-ladi. Kuyuk kon laxtasi xosil bulib, u shaklli elementlarni tutib turadi, ayni vaktida sarrish tusda buladigan tinik suyuklik ajralib chikadi, kon zardobi deb shuni aytiladi. Ana shuni nazarda tutib tekshirish kon plazmasi bilan olib borilayotgan, masalan I omil mikdori tekshirib kurilayotgan bulsa, konni ivib kolishdan saklash kerakligini esda tutish lozim. Buning uchun toza kuruk probirkaga bir tomchi geparin yoki oksalat eritmasi tomiziladi. Kon sentrifugalanib, plazmasi oxista tortib olinadi.

Zardob olish uchun konni probirkaga kuyilib, probirkaning orzi paxta tampon bilan bekitiladi va laxta xosil bulib, probirka devoridan ajralib tushmagunicha unga tukillatib urib turiladi. Zardob batamom ajralib chikishi uchun probirkani uy temperaturasida 1—2 soat shtativga kuyib kuyiladi. Zardob ajralib tushganidan keyin uni tekshirish uchun kuruk toza pipetka bilan olinadi. Xolodilnikka kuyib kuyilgan zardob 2—3 sutka sakla-nishi mumkin. Zardobni 60° S atrofida temperaturadagi suv xam-momida 30 minut davomida ilitib olingandan keyin (inaktiv-lashtirilgan zardob) yoki ilitmasdan turib (aktiv zardob) tekshiriladi. Umumiy oksilni, oksil fraktsiyalari, bilirubin, elektrolitlar, mochevinani aniklash singari bioximiyaviy analizlar uchun yoki serologik reaksiyalarni (Vasserman reaksiyasi va boshkalarni) kuyib kurish uchun kupincha venadan kon olinadi.

Venoz konni olish uchun avtoklavda sterillangan 5—20-grammli shpritslar, ignalar, pintset va probirkalar bulishi kerak. Markazlashtirilgan usulda sterillangan paketlardagi shpritslar bilan ignalardan xam foyda-laniladi. Shpritslar kupincha distillangan suvda 30—40 minut kaynatish yuli bilan sterillanadi. Shpritslarga kanday karab turish kerakligi yukorida tasvirlab utilgan. Shpritslarni sterillanganidan keyingina spirt yoki dezinfektsiyalovchi eritmada saklash mumkin.

Antiseptik eritmalar bilan sovuk usulda sterillash degan narsani kullinish va shprintsni uzgartirmasdan turib, alishtiriladigan ignalardan foydalanish mumkin emas.

Punktsiya kilishga muljallanayotgan joyning terisi obrabotka kilinadi: yorini ketkizish uchun efir yoki benzin bilan yuvilib, spirtga xullangan steril paxta yoki doka tampon bilan artiladi yoki unga yod nastoykasi suriladi. Qo'llar odatda maxsus xirurgik obrabotkadan utkazilmaydi, lekin shprints bilan ignalar esa gteril pkyatsst bilan ilinadi. Ignani shprints kanyulasiga ham pintset yordamida kiygaziladi. Punktsiya vaktida ignani sterillanmagan biror narsaga, jumladan kulga xam tegib ketmasligiga dikkat bilan karab boriladi. Punktsiya kilishga muljallanayotgan joyning yukoriro-giga rezinka jgut solinadi.

Tekshirish maksadiga karab kon olish texnikasi xar xil bulishi mumkin. Konni ignadan uz-uzicha okib chikayotgan maxalida yoki shprints bilan ignadan tortib olish yuli bilan olish mumkin. Zardob tarkibiy kismlarini tekshirish uchun kon kuruk igna va kuruk shprints bilan laboratoriyadan keltirilgan kuruk probirkaga olinadi. Ignada suv bulishi eritrotsitlarning erib ketishiga olib keli-qshi va tekshirish natijalariga ta'sir kilishi mumkin. Shprintsdan kon probirka devori buylab, kupiklar paydo bulishiga xamda shakl-li elementlar zararlanishiga yul kuymay, asta-sekin kuyib olina-di, chunki shaklli elementlar zararlanadigan bulsa, gemoliz ruy beradi.

Venopunktsiya kilinayotganda maxsus koidalarga amal kilish ke-rakligini esda tutish zarur. Venaga igna sanchilganidan keyin ig-nadan okib chikayotgan konni yigish uchun probirka ignaga turrilab yakin kilib ushlab turiladi. Shprints yordamida kon olinayotgan bulsa, shprintsni ung kulning bosh barmori bilan urta barmori orasiga olib tutib kursatgich barmok bilan kanyulasini bosib turiladi. Igna venaga tushganidan keyin porshenni extiyotlik bilan asta yurgizib, zarur mikdorda kon tortib olinadi. Punktsiya va kon olish vaktida ignaning venadan chikib ketmasligiga dikkat bilan karab borish kerak. Etarli mikdorda konni olib bulgandan keyin jgut echib olinadi, tezgina ignani chikarib olib, igna sanchilgan joyga spirtli paxta bosiladi. Kulni tirsak bukimidan bukir, yukorirok kutariladi (bemorning kukragiga kuyib kuyiladi).

Olinadigan konning mikdori kanday va nechta tek-shirishni utkazib kurish muljallanayotganiga borlik. xar bir tekshirish uchun urta xisobda 0,5—2 ml zardob va bundan 3 baravar kuprok mikdorda kon zarur bula-di, chunki zardob kon xajmining 3 kismini tashkil etadi. Bir nechta tekshirish uchun 7—10 ml kon olinadi. Omil I ni, konning fibrinolitik aktivligini tekshirish, formol sinamasini utkazish va mochevinani aniklash uchun konni aloxida-aloxida probirkalarga olish kerak; omil II (protrombin), geparinga tolerant-lik va rekaltsifikatsiya vaktini aniklash uchun 0,3 ml natriy sitrat bilan birga 3 ml dan, oksillar va oksil fryaktsiyalarini nefelometr (maxsus asbob) bilan aniklashda sitrat bilan birgalikda 3 ml; omil I, fibrinolitik aktivlik va koagulogrammani aniklash uchun 0,5 ml sitrat bilan birga 4,5 ml kon olnadi (probirka muzga kuyib kuyiladi); formol sinamasiga 0,3 ml sitrat bilan 3 ml, kon mochevinasini aniklashga 0,5 ml. sitrat bilan 4,5 ml kon kerak buladi.

Probirkani yaxshisi, sentrifugaga kuyiladigan xi-lini olish kerak, shunda kon laxtasi xosil bulishi kechikadigan bulsa, konning shaklli elementlaripi sentrafugalab olish mumkin buladi. Tekshirish uchun yangi kon talab etiladigan maxallarda kon olishdan avval probirkaga xar 5 ml kongga 0,01 yoki 0,1 ml xisobidan 10% li natriy yoki kaliy oksalat eritmasi yo 0,3 ml natriy sitrat eritmasi kushiladi. Kon olganda uni oksalat bilan 1—2 minut davomida oxista kupik xosil bulishiga yul kuymay aralashtirish kerak (oksa-latli kon). Sitrat kushilgan konni chaykatmasdan, balki probirka orzini barmok bilan bekitib turib, probirkani barmokka tunka-rish yuli bilan aralashtiriladi. Ba'zi tekshirishlar vaktida, masalan, gematokrit sonini aniklash uchun utkazilayotgan tekshirish vaktida kon ivib kolmasligi uchun geparin ishlatiladi —25 ml kongga 1 ml xisobidan 1—2% li geparin eritmasi olinadi. Konni geparin bilan aralashtirish uchun probirkani 1—2 minut davomida chaykatiladi.

Bemorlarni punksiyaga tayorlash

Punktsiya bu tashxis va davo maksadida biron bir bushlikni, azo va tukimalarni teshik igna (yoki troakar) bilan teshishdir. Xamshira kilinadigan punktsiya usulini bilishi, xar bir vaziyatda kerakli asboblarni, boglov va dori vositalarini tayyorlashi xamda uni bajarish vaktida shifokorga yordam berishi kerak.

Plevra punktsiyasi. Plevra bushligida suyuklik yigilib kolganda uni tashxis kuyish maksadida punktsiya kilish zarur buladi. Punktsiyani shifokor bajaradi. Bunda xamshiraning vazifasi asboblarni, bemorni tayyorlash va muolajani bajarish vaktida shifokorga yordam berishdan iborat.

Kerakli ashyolar: 20 ml li shprints, 7—10 sm li igna, 2—5 g li shprints (ogriksizlantirish uchun), 0,5 % li novokain eritmasi, probirka, spirt, yodning spirtagn eritmasi, kolloid va kleynkali flakon, steril paxta sharchalari, steril chuplar, pintset.

Muolaja algoritmi:

1. Plevra punktsiyasini shifokor bajaradi.
2. Xamshira barcha asboblarni, bemorni tayyorlaydi va muolajani bajarish vaktida shifokorga yordam beradi.
3. Muolaja odatda boglov xonasida bajariladi.
4. Bemor stulga teskari utkaziladi, kullari tirsak soxasida bukiladi va tekshiriladigan tomondan karshi tomonga egilish suraladi.
5. Shifokor bemorni kuzdan kechirib va rentgenoskopiyaga asoslanib, teshiladigan joyini tanlaydi.
6. Operatsiya maydoni zararsizlantiriladi, sungra teri, teri ostiga, kovurga plevrasiya novokain yuborish yuli bilan ogriksizlantiriladi.
7. Ogriksizlantirishdan sung teshishga kirishiladi.
8. Xamshira butun muolaja davomida bemorni kuzatishi lozim.
9. Muolajadan sung kerakli parvarishni amalga oshiradi.

Bemorni abdominal punktsiyaga tayyorlash

Abdominal punktsiya — korin bushligini davo va tashxis maksadida tekshirishdir. Punktsiyani boglov yoki muolaja xonasida utkaziladi. Muolajadan 1 kun oldin bemorga tozalov xuknasi kilinadi, bevosita muolajadan oldin bemor kovugini bushatadi.

Kerakli ashyolar: troakar, rezina naycha, kiskich, shprints, yod eritmasi, probirka, steril bint, salfetka, leykoplastir, paxta sochik, togora, novokain eritmasi.

Muolaja algoritmi:

1. Bemorga muolaja xakida axborot beriladi.
2. Xamshira barcha kerakli asboblar va boglov materiallarini tayyorlaydi.
3. 20—30 dakika oldin bemorga teri ostiga promedol kilinadi sung beli atrofi, oyoklarini yopadigan kleynka tushaladi.
4. Suyuklikni yigish uchun oyoklari orasiga togora kuyiladi.
5. Punktsiyani shifokor bajaradi, xamshira bemorni elkasidan ushlab, uning axvolini kuzatadi (teri rangini, tomir urishini, es-xushini va boshka xolatlarni).
6. Muolajadan sung bemor zambilda xonaga olib boriladi.

3.8.Nafas tizimi xastalıkları bor bemorlarni instrumental tekshirish usullari

Rentgenologik tekshirish

Rentgenologik tekshirish rentgenoskopiya (ob'ekt tasvirini ekranda xosil kilish) va rentgenografiya (tekshirilayotgan ob'ekt tasvirini yorurlik sezadigan materialga tushirib, rasmini olish)ni uz ichiga oladi. Rentgen apparati rentgen trubkasi, shtativ, kuchlanish transformatori va yukori voltli transformatoridan iborat bulladi. Shishadan tayyorlanadigan va ballon shaklida

buladigan rentgen trubkasiga ikkita elektrod: katod va anod kavsharlangan. Katodda volfram spiral bor, u transformator yordamida 2500°C ga kadar kizdiriladi. Kizdirish natijasida katoddan ehektronlar uchib chikadi, bular katod bilak anod urtasidagi kuchlanish katta bulgan-ligidan xarakati kuchayib, juda katta tezlik oladi. Elektronlar anod moddasiga urilib, keskin tormozlanadi, shuning natijasida kiska tulkinli elektromagnit nur — rentgen nurlari xosil buladi. Rentgen apparati vrachni shu nurlar ta'siridan saklash uchun ximoya-lovchi sistema bilan ta'minlangan.

Rentgen tomonidan 1896 yilda kashf etilgan shu nurlarning uchta xossasi bor: ular kuzga kurinadigan nurlar mutlako uta olmaydigan jismlar orkali utib ketaveradi va ularga kisman yutilib koladi; ba'zi moddalarning porlashiga (shu'la sochishi, flyuorestsentsiyaga) sabab buladi; fotografik plenka va plastinkalaridagi kumush bro-midini parchalaydi. Bu nurlarning shu xossalari rentgenoskopiya bilan rentgenografiyaga asos buladi. Tananing nurga solib kuri-lishi kerak bulgan kismalari nur manbai bilan ekran orasida turi-shk kerak. Ekran shu'lananuvchi (flyuorestsentsiyalanadigan) modda bilan koplangan kartondir.

Odam organizmidagi turli organlar va sietemalarni rentgenologik yul bilan tekshirish rentgen nurlarining xar xil zichlikdagi muxitlar orkali xar xil darajada utish xossasiga asoslangan. Kanday bulmasin biror organ-ning zichligi nechogli yukori bulsa, rengenoskopiya maxalida ekranga tushadigan yoki rentgenografiya maxalida rentgenogrammaga tushadigan soyasi shuncha kuyukrok buladi.

Odamning tukima va organlari xar xil zichlikda bulib, rentgen nurla-rini xar xil darajada yutadi. Zich jismlar, tanalar xammadan kura katta, yumshok tushima va xavo xammadan kam zichlikka ega buladi. Shu munosabat bilan suyaklar purga solinganda ekranga ancha kora bulib tushsa, tomirlar dastasi, jigar kuyuk soya beradi.

Xavo rentgen nurlarini juda kam yutadi. Shuning uchun ichida xavo buladigan organlar nurga solinganida yorur joylar xosil bu-ladi. Ularning nechorli yorur bulishi xavo mikdoriga borlik: xavo kanchalik kup bulsa, usha joy shunchalik yorur buladi. Suyuklik xam rentgen nurlarini kup yutadi: suyuklikdan tushadngan soya kuyukligi uning mikdoriga turri proporsionaldir.

Odam tanasining kaysi bulimlarida kushni organlar xar xil zichlikda bulib, shu tufayli bu organlarni oson ajratib olishga imkon ochadigan tabiiy kontrastlik yuzaga keladigan bulsa, usha bulimlarni rentgenologik yul bilan tekshirish xammadan kura kuprok ma'lumot beradi. Kukrak kafasi rentgenoskopiya kilin-ganida ana shunday tabiiy rentgenologik kontrast kuriladi, bunda zich buladigan yurak va yirik tomirlar tukimasi ichida xavosi bor, ya'ni zichligi kam buladigan upka bilan uralib turadi, shuningdek skelet rentgenoskopiya kilinganida xam shunday xodisa kuzatiladi, tarkibida mineral tuzlar buladigan zich skelet suyaklari zichligi kamrok buladigan muskullar bilan uralib turadi. Shunday kilib, yurak bilan upkani turridan turri ekranda yoki rentgenogrammada tekshiraverish mumkin. Zichligi jixatidan atrofidagi organ va tukimalardan fark kilmaydigan organ va sietemalarni rentgeno-logik tekshirishga kelganda ish kiyinrok buladi. Bu gap korin bushliri organlari bilan kizilungachni, kalla ichini tekshirishga taaluklidir. Bunday .xollarda sun'iy kontrastlash usulidan foydalaniladi.

Rentgenokonstrast moddalar rentgen nurlari kashf kilinga-nidan keyin kup utmay taklif etilgan. Bu usul - bilan avval xazm organlari tekshiriladigan buldi, keyin boshka organ va sietemalar xam tekshirila boshladi. Rentgenodiagnostikada ishlatiladigan rentgeno-konstrast moddalar ikki gruppaga bulinadi.

1. Nisbiy zichligi yukori buladigan rentgenokonstrast moddalar, bular rentgen nurlarini tutib kolib, tekshirilayotgan organning uning atrofidagi tukimalardan ancha kuyukrok buladigan soyasini tushiradi. Xozirgi vakt da asosan yod va bariy birikmalari kulla-, -niladi.

2. Nisbiy zichligi tekshirilayotgan organdan kam buladigan va rentgen nurlarini oson utkazib yuboradigan rentgenokonstrast moddalar, bu moddalarning rentgen nurlarini shu tarifa oson utkazib yuborishi ular» ning fonidagi boyagi organni kurishga im-kon beradi.

Bularga kislorod, geliy, azot (II)-oksid, karbonat angidrid gazi kiradi. Amalda kisloroddan xammadan kura kuprok foydalaniladi.

Kontrastlash usullari rentgenokonstrast moddaning kay tarika yuborilishiga karab 3 gruppaga bulinadi: 1) rentgenokonstrast mod-da odam tanasining ta-biiy teshiklaridan yuboriladi; 2) rentgeno-konstrast modda kon okimiga yuboriladi; 3) rentgenokonstrast modda turridan turri tukimalarga, organlarga va tutash bushliklarga yuboriladi. Kontrastlash usuli xazm organlarini (kizilungach, me'da, ingichka va yuron nchakni) tekshirish uchun kullaniladi, buning uchun bariy sulfatning suvdagi emulsiyasidan foydalaniladi, bemorga shu emulsiya ichiriladi yoki klizma kilib yuboriladi. Traxeya bilan bronxlar (bronxografiya), kovuk, (tsisto-grafiya), kuks oraliri (mediastinografiya), burim bushliklari (artrografiya), burun oldi bushliklari (ku-shimcha bushliklar) xam shu usul bilan tekshiriladi.

Organizmdagi kuppina kushni organlar bir xil zich-likka ega buladi. Odatdagi rentgenoskopiyada bularning soyalari bir-biriga kushilib ketadi, bu tekshirishning foydasini kamaytirib yuboradi. Lekin shunday xollarda xam tekshirilayotgan organga rentgeno-konstrast modda yuborish yuli bilan shu organ bilan atrofidagi organ xamda tukimalar urtasida rentgen ekrani yoki rentgeno-grammada keskin tafovut xosni k,ilish mumkin. Ichi bush, kovak buladigan organlarga — me'da, ichak, korin bushliriga ba'zan xavo yuboriladi, bu — xavoli organ bilan kushni joylar urtasida kon-trast xosil kilishga imkon beradi.

Organlar kupincha xar xil satxlarda kavat-kavat bulib joy oladi yoki bir-biriga zich takalib turadi. Bunday xollarda nur berilla-digan bulsa, barcha organ-larning kulankasi tushaveradi. Mana shu kulanka bir-biriga zich takalib turgan organlar soyalarinipg kushilib ketishi natijasidir. Masalan, upka nurga solib kurilganda pastki bulimlari uchlaridan kura yorurrok. bulnb kuzga tashlanadi, lekin bunda yorishishning sababi ikkala xolda xam bitta, ya'ni xavodir. Upka uchlarishjg kamrok yorishib kurinishi xavo mnkdoriga borlik bulmasdan, balki elka muskullarining nalingina kavat bulib turishiga xam borlikdir.

Soyalarning ustma-ust tushishiga yul kuymaslik uchun rentgenologii tekshirish kiyshik yoki yonlama proektsialar (yunalishlar) da olib boriladi. Kiyshik proektsiyada tekshirishda nurga solinayotgan joyning katta-kichikligini, shuningdek undagi patologik uzga-rishlarni aniklab olsa buladi. Bu shunga asoslanganki, tasvirlanayotgan organ kattaligi undan ekrangacha bulgan masofaga borlik, nurga solinayotgan ob'ekt ekrandan nechogli uzokda turadigan bulsa, organ soyasi shuncha katta bulib tushadi. Nurga solinayotgan organlarning olgan joylarini aniklash uchun xam turli proektsiyalarda tekshirish usullari kullaniladi.

Rentgenografiya tekshirilayotgan ob'ektning yorurlik sezuvchi materialga (kumush bromidn bilan koplangan plenkaga) tushi-rilgantasvirini olishdan iborat Rentgen nurlari kumush bro-midini parchalaydi. Tananing kaday bulmasin biror kismini rentgenografiya kilish uchun rentgen nuri manbai bilan kurndigan nurlardan ximoyalangan fotomaterial urtasiga surati olinadigan ob'ekt kuyiladi; surati olinayotgan ob'ektning turli muxitlari (xavosi, tukimalari) orkali utib, xar xil darajada susaygan rentgen nurlari kumush bromidiga xar xil ta'sir utkazadi, shuyaga kura fotomaterialda bu birikma xar xil tarzda parchalanadi. Surat olingandan keyin fotoplenka yoki plastinka ochirilib, fiksatsiya kilinadi. Rentgenogrammada zich tukimalar srug, yumshok tukimalar bilak lavo esa kora bulib kurinadi. Rentgenogramma arzimas patolognk uzgarishlarning ancha batafsil tasvirni olish kerak bulgan maxallarda kilinadi. Bunday uzga-rishlar nurga solib kurish vaktida vrach nazaridan chetda kolishi, lekin rentgenogrammada aks etadigan bulishi mumkik. Turli vaktlarda olingan reyatgenogrammalar protsessning dinamikasini urganishga imkon beradi.

Rentgen nurlari fazoda sochnladi, shunga kura nurga solinayotgan joy tasvirining razmerlari tekshirilayotgan ob'ektning chin razmerlaridan katta buladi. Tasvir razmerlarini tekshirilayotgan organning tabniy kattaligiga yaknlashtirish uchun rentgenologik tekshirish paytida organi ekranga yoki plastinkaga yakinrok kilib kuyish zarur. Shunday silingapda soya kontrasti xam anikrok bulib chikadi. Tekshirilaztgan organning katta-kichikligi turrisida ancha anik ma'lumotlar

olyash maksadyada o r t o d i a g r a f i ya kullanyladi. Tasvir olksh uchun nurkiag sochilib tarkalmaydigan, markaziy dastasidan foydalapish kerak. Shu maksadda tekshirilayotgan organ shaklini tushirib olishga imkok beradigan moslama maxsus ekranlardan foydalaniladi.

Flyuorografiya kiska muddatda ommaviy rentgenologik tekshirish olib borishga imkon beradi. Flyuorografiya yordamida olingan rentgenografiya flyuorografiya deb ataladi. Upkada zimdan utayotgan sil protsessini aniklash uchun flyuorografiya keng kullanyladi. Flyuorografiya moxiyat e'tibori bilan shundan iboratki, upkaning ekrandagi rentgen tasviri «FED» apparati bilan rasmga olinadi, keyin esa bu raem filmoskopga kuyilib, tekshirib urganiladi. Bir soat mobaynida 100 ta atrofida surat olish mumkin. Upkaning sil bilan kasallangani topilganida «aniklashtirib beradigan» rentgenogrammalar olinadi.

Xarakat kilib turadigan organlar — yurak, me'da, yirik tomirlar, kovurralar, diafragma funktsiyasi» sungi ynlarda rentgenokimografiya yordamida urganilmokda.

Ko'krak qafasi organlarini rentgenologik yo'l bilan tekshirish

Rentgenoskopiya ko'pchilik hollarda ko'krak qafasi organlarini rentgenologik yul bilan tekshirishning dastlabki boskichi bulib xisob-lanadi. Diagnostni aniklashtirish uchun rentgenografiyadan foydalaniladi.

Nurga solib kurishning asosiy va xammadan kura kuprokraem bulgan metodi bevosita rentgenoskopiya (ortoskopiya)dir. Ortoskopiya deganda tik xolatda turgan bemorni nurga solib kurishni tushunish raem bulgan. Bemor xar xil yunalishda nurga solib kuruladi, ya'ni xar xil proektsiyadan — turri, yonlama va knyshik. proektsiyalardan foydalaniladi. Zarur bulsa, bemorlar yuz tuban, chalkancha, yonboshlab yota oladigan maxallarda ularni yotik, gorizental xolatga kuyib tekshirib kuruladi.

Kukrak kafasi nurga solib karalغانida upka normada yorur may-donlar kurinishida buladi, bularda tomirlar, bronxlarning soyalaridan iborat turlar kuzga tashlanadi. Yorug upka maydonlarini kovurralardan tushadigan kora soyalar kesib utgan buladi. Normal upkaning rentgen tasvirida upkaning chetki tomonlari (periferiyasi) upka ildizidan kura yorugrok, uchlari esa ulardagi xavo katlami yupka xamda kul kamari (elka kamari) ustki kismi muskullarining soyasi ustiga tushib turadigan bulganidan, korarok bulib kurinadi. Odam chukur nafas olganida upkaning pastki bulimlari, ulardagi xavo katlami kalinlashuvi xisobiga yanada yorurrok bulib koladi. Bronxlarning kesmalari kora xoshiyali yorur tugarakchalar kuri-nishida buladi. Upkani rentgenologik yul bilan urganish ba'zi kasalliklarda upka maydonlari tinikligining uzgarib kolishiga asoslangan. Upkada xavo mikdori kupayib kolgan maxallarda upka maydoni tinikligi ortadi. Yorur bulib turadigan joylar emfizema, pnevmosklerozda keng, tarkok bulsa, kaverna, abstsessda cheklakgan buladi. Upkadan xavo sikib chikarilgan va usma, suyuklik bilan almashinib kolgan xollarda upka nakshi tinikligi tarkok yoki chekli ravishda kamayadi yoki yorur buladigan maydonlar korayib kurinadi. Bronx orkali atrofda xavoga tutashib turadigan abstsesslar va sil kavernalari bor maxallarda upkada suyuklik xosil buladi:bu abstsess va kavernalar xoshiyali kora kosachalarga uxshab kuzga tashlanadi, shu kosachalar ichida suyuklik mikdoriga karab xar xil balandlikda buladigan gorizental satx va buning ustida xavo pufagiga turri keladigan yorur joy buladi.

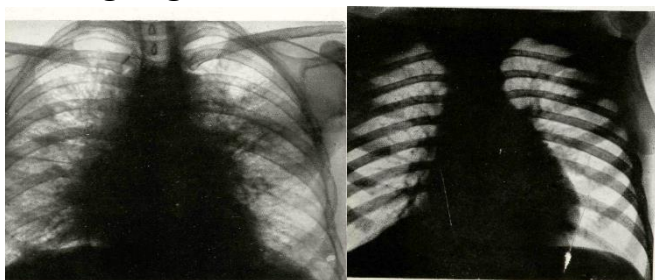
Rentgenografiya kukrak kafasi organlarining axvoliga taallukli bir kancha muxim tafsilotlarni aniklab olishga imkon ochadi, chunki rentgenografiya rentgenoskopiya Karaganda axvolni kuprok oydinlashtirib bera oladi. Rentgenoskopiya mayda uchokli soyalar, upka nakshining ba'zi uzgarishlari va boshkalarni kuz ilgamay kolishi yaumkin. Kukrak kafasi organlarining tula

rentgenologik tekshiruvi rentgenoskopiyani xam, rentgenografiyani xam uz ichiga oladi. Kukrak kafasi rentgenogrammalari turri, yonlanma va kiyshik proektsiyalarda olinadi .

Kukrak kafasi rentgenoskopiyasi bilan rentgenografiyasi upkadagi zichlashib kolgan joylarni (masalan, upka raki yoki silida, zotiljam va boshkalar vaktida) topib olishga, emfizemaday pkaning ortikcha xovo bulib kolganini, ichida xavo bor tuzilmalarni (abstsess, kavernani), upkada biriktiruvchi tukima tortmalari paydo bulgani (pnevmoskleroz), plevra bushligida suyuklik yoki gaz borligini aniklab olishga imkon beradi.

Nafas organlarini rentgenologik yul bilan tekshirish bron-xografiya yordamida olib boriladi, bronxografiya bronxial da-raxtni uning yuliga rentgenokonstrast modda yuborilganidan keyin tekshirishdir. Bronxografiya metodi kuyidagidan iborat. Xalkum anesteziya kilinganidan keyin tekshirilayotgan bronxga kateter orkali rentgenokonstrast modda — yodolipol yuboriladi,

Upka rentgenogrammasi.



keyin esa upka surati olinadi. Bronxografiya bronxoektazlar, usma boryukliginn aniqlab beradi. Brolxo ektazlarda rentgenokonstrast modda bushlikni tuldiribu suratda ularning tasvirini kursatib beradi. Bronx yulshsh bekitnb turgan usma bulsa, bronx tasvnri tuda bulib chikmaydi. Bronx «amputatsiyasi» yoki «chultori» deb shunday xollarni aytiladi. Bronxografnyada yuborilgai rentgenokonstrast o`odda 1—2 kundan keynn surilib ketadi, yutal bilan tashkariga chikarib yuboriladi..

Tomografiya rentgepodagnostikada sungi pillarda juda katta axamiy-atni kasb etdi. Tomografiyada rentgenogrammada butui ob'ektnkng tasviri xosil bulmay,. balki ma'lum bir kavati, shunda xam vrachni kiziqтира-yotgan chukurlikdagi kavatning tasviri xosil buladi. Tomografiya, rentgenstrafiyaning garchi xususiy bir xoli bulsada undai ancha fark kiladi.

Rentgen trubkasi bilan ob'ekt urtasidagi masofani uzgartirib va xar xil satxlardan bir nechta rentgenogramma olib, ketma-ket tushirilgan bir kancha tasvirlar xosnl nilish mumkinki, bularda ob'ekt uzunasiga yoki kundalangiga karab guyo ayrim bulaklarga kesib kuyilgandek bulib chikadi. Tomografiya uchup xozir-bir yula 4—5 ta plenka joylashgan kassetalar kullaniladi, bu—bir nechta kavatlar tasvirini bir yula tushirib olishga imkon beradi.

Tomografiya asosan upkani tekshirishda kullaniladi. Interstitsial fibroz uzgarishlar tagida yoki plevradagi katta-katta tuzilmalar orkasida yashirinib turgan upka raki, kuks oraligi usmasi, kaverna, abstsess,. sil, silikoz bronxoektazlar uning yordamida topib olinadi. Tomografiya kuzga kurinmaydigan bushliklar topografiyasini anik bilib olishga imkon beradi. Uning yordamida kasallangan joylargina emas, balki ularning kanday chukurlikda joylashgani xam aniklanadi.

Bemorlarni bronxografiyaga tayyorlash

Bronxografiya — traxeya va bronxlarning ichki yuzasini kontrast modda bilan tuldirib, rentgenologik tekshirish usulidir.

Bronxografiyaga kursatmalar: turli bronx va upka kasalliklarida patologik jarayonning joylashuvini aniklash, bronxoskopiyada kurishning imkoniyati bulmagan bronxlar yuzasini tekshirish, upkada utkaziladigan jarroxlik muolajasi xajmini aniklash va boshkalar.

Bemorni tayyorlashda quyidagilarga amal kilinadi:

1. Bemor organizmining tarkibida yod tutgan vositalarga javob reaksiyasini aniklash uchun oldindan sinama kuyiladi (bemorga 2—3 kun davomida 1 osh koshikdan kaliy yodidning 3% ti eritmasidan beriladi).
2. Bemorga tekshiruvning maksadi va moxiyatini tushuntiriladi.
3. Yiringli balgam bulganda 3—4 kun tekshiruvdan oldin bronxlarni tozalanadi.
4. Tekshiruvdan 30—60 dakika oldin teri ostiga fenobarbital (0,1 g), atropin sulfat (0,1 %li—1ml), pipolfen (0,025 g) yuborish buyuriladi.

Kerakli anjomlar

Bronxoskop , steril stol, spirt, salfetka , sovun, in`eksion ignalar , kateter, paxta ushlagich, kiskichlap, 0,1%li tremaikain, dikain, 10% li novokain.

Tekshirishning maksadiga karab narkoz yoki maxalliy ogriksizlantirishdan foydalaniladi. Maxalliy ogriksizlantirishga 2% li dikain, 3—5%li novokain eritmalaridan foydalaniladi.

Bronxlarni kontrast modda bilan tuldurish maksadida egiluvchan zondlardan, boshkariladigan kateterlardan foydalaniladi. Tekshiruvni shifokor utkazadi.

3.9. Nafas a'zolari tizimi xastaliklari.

Bronxiial astma.

Bronxial astma – nafas yo'lining surunkali yallig'lanishli kasalligi bo'lib, qaytar bronxial obstruksiya va bronxlar giperreaktivligining ortishi bilan xarakterlanadi. Kasallikning yalliglanishli tabiati har xil omillarning ta'siriga bogliq b'lib, bronx devorining morfologik o'zgarishlari eozinofilli infiltratsiya, kiprikli hilpillovchi epiteliyning disfunktsiyasi va destruksiyasi, qadaqsimon hujayralar va shilli qavatlarning gipertrofiyasi k'yrinishida kuzatiladi. Yallig'lanish jarayonida semiz hujayralar, limfotsitlar, makrofaglar ishtirok etadi. Ta'kidlangan y'zgarishlar mikrotsirkulyatsiyani buzilishiga bronx devori skleroziga va oqibatda bronxospozmni shilliq qavatlarni shishini shakllanishiga shilimshiqni sifati va miqdorini o'zgarishiga olib keladi. Nafas qisishning xuruji o'tkir jadallikda rivojlanadi. O'pka ventilyatsiyasi buziladi. Nafas aktida nafas mushaklarini yuqori elka, ko'krak, qorin mushaklari ishtirok etadi. Nafas chiqarish davomli bo'lib, hansirash ekspirator tipda uchraydi.

Asmatik status.

Tashxis simptomlarga asoslanib qo'yladi.

Ayrim bemorlarda bo'g'ilish xurujidan ilgarigi belgilar-bosh og'rig'i va vazomotor rinit, ko'krak qafasini siqilishi, qichish va boshqalar kuzatiladi. Bronxial astma xurujidan ilgari iztirobli yo'tal bo'ladi. Xurujning boshlanishida bemorni o'zi yo'talni paydo bo'lishi bilan nafasni qiyinlashganligini, nafas chiqarishni qiyinlashib, chq'zilganligini sezadi. Sekin asta bo'g'ilish hissi paydo bo'ladi. Nafas xirillashli, shovqinli bo'ladi. Bemorni yonidan turib ko'krak qafasidagi shovqinlarni distantsion xirillashlarni eshitiladi. Bemor yuqori yelka kamarini maxkamlab, nafas mushaklari ishini yengillatish uchun maxsus vaziyatni egallaydi. Bunda o'mrov usti va osti chuqurchalari botadi, bo'yin qiasqarib chuqur botganday qiyofaga kiradi.

Nafas soni o'zgarmasligi mumkin, ba'zida bradi-, taxipnoe bilan almashinadi. Xuruj yo'talning avjlanishi paytida hamda boshida quyuuq, keyinchalik suyuq balg'am ajralishi bilan tugaydi. Ba'zida balg'am bronxial suyuqlik hoida yo'tal bilan chiqarib tashlanadi.

Xuruj paytida bemorlarni tekshirilganda o'pka emfizemasi belgilarini – ko'krak qafasini kengayganligini, perkussiyada quti tovushini o'pka chegaralari pasayganligini, o'pka ekskursiyasi pasayishini aniqlanadi. Auskultatsiyada vezikulyar nafasning pasayganligini, quruq hushtaksimon, g'ijjillaydigan xarillashlarni nafas chiqarish fazasida eshitiladi.

Bronxial astma xuruji ayrim hollarda astmatik statusga o'tadi yoki bronxial astmaning og'ir darajasida ko'rinadi.

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

Astmatik statusning patogenetik mexanizmida V-adrenergik retseptorlarning funktsional blokadasini, kortikosteroidlarni bekor qilinganda yuzaga keladigan sindrom yoki nafas yo'llarining virusli bakterial zararlanishi yotadi.

Astmatik statusning 3 ta bosqichi farqlanadi: 1 bosqich – bronxial astma xurujining cho'zilishi. Buning farqli xususiyati shuki, bunda beriladigan ksantin guruhidagi vositalarni va simpatomimetiklarni ingalyatsiyasini bronxlarni bo'shashtiruvchi ta'siri pasayib boradi. O'pkani auskultatsiyasida quruq hushtaksimon xirillashlar eshitiladi, buning jadalligi yo'talganda va nafas chiqarganda kuchayadi.

2- bosqichda o'pkaning ayrim qismlarida xirillashlar va nafas shovqinlari yo'qoladi (gung, gapirmaydigan o'pka) bu bronx yo'lining quyuq sekret bilan bekiilib qolishi tufayli sodir bo'ladi. Auskultatsiyada ayrim uchastkalarda ventilyatsiya yaxshi, ayrimlarida yomonlashadi, oqibatda 3 bosqich gipoksik va giperkapnik koma 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 ma'lumotlarga 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.) mavjudligiga va xurujlarni klinik kechishini xosligiga.

Tashxis qo'yishda anamnestic ma'lumotlardan: oilaviy anamnezda moyillik borligiga asoslaniladi. Differentsial tashxis. Yurak astmasidan farqlash kerak. Yurak astmasida bemorni gorizontol holatga o'tkazilganda hansirash keskin kuchayadi, hamma vaqt taxipnoe bilan kechadi. O'pkani tekshirilganda emfizema topilmaydi. Ko'pincha o'pkada pastki bo'laklarda nam xirillashlar eshitiladi, keyinchalik hamma yuzasida paydo bo'ladi. Shuningdek, yurak astmasida bronxlarni devorini va interstitsial to'qimani shishi tufayli quruq xirillashlar eshitiladi. Biroq uni xarakteri o'rta va past tovushli bo'ladi.

Yurakni auskultatsiyasida nuqson melodiyasi, aritmiyani eshitish mumkin. Aralash astma bronxial astma qari kishilarda yurak qon tomir kasalliklari bilan birgalikda rivojlanganda tashxis qo'yishda qiyinchiliklarni tug'diradi.

O'pkaning bir qator surunkali kasalliklari (diffuz pnevmoskleroz, o'pka emfizemasi, bronxoektaz kasalligi, pnevmokonioz, xususan silikoz, o'pka raki)da hansirash zo'rayib boradi. Ekspirator xarakterga ega bo'ladi, bemorni tinch holatda bezovta qiladi, bunday bemorlarni nafasi paytida hushtaksimon xirillashlar aniqlanadi.

Chuqur o'zgarishlari bo'lgan jarayonlarda ularni diffuz pnevmoskleroz bilan asoratlanganida hansirash astmatik xarakterli b'ladi, iztirobli yo'tal bilan qiyin balg'am ajraladi. Astmatik xurujlarni farqlashda anamnez ma'lumotlarni, davolash samaradorligini, balg'am ajralishining bug'ilishini jadalligiga ta'sirini hisobga olish lozim.

Balg'am ajralishi yurak astmasida bemorga engillik bermaydi, u faqat bronxial astmada bemorga biroz engillik beradi. Bug'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 bug'ilish xuruji va sianoz kuchli yo'tal bilan birga keladi.

Katta bronxlarni bosilishi oqibatida stridoroz nafas paydo bo'ladi. Tashxisni ko'ks oralig'i a'zolarini bosilishini belgilariga yuqori kovak vena sindromi bo'yin va ko'krak venalarining

kengayishi, yuz va bo'yin shishi va sianozga asoslanib qo'yiladi. O'pka venalarining bosilishi sindromi (o'pka gipertenziyasi belgilari)ni namoyon bo'lishiga asoslaniladi.

Adashgan nervni bosilishida bradikardiya, ekstrasistoliya, hiqichoq tutishi, qusish, qaytuvchi nervni bosilishida tovushni bug'ilishi, diafragmal nervni bosilishida diafragmani falaji kuzatiladi.

Davolash:

Davolashda bemor uchun qulay sharoit yaratish, uning atrofida tinchlik osoyishtalikni saqlash, issiq holdagi qaynatilgan suvni ichirish muhim. Engil 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, antastman, teoferin beriladi, biroq salitsilatlarini qabul qilolmaydigan bemorlarda bu ikkala vositani berib bo'lmaydi. Shuningdek, uzaytirilgan noofillinlar – teobid, teopek, eufilong, teodur 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 ta'sir qiluvchi ingalyatsion glyukokortikosteroidlar – beklometazon dipropionat, bekotid, bekodisk, budesonid, ingakort, beklomet, pulmikort, fliksotid muhim o'rin egallaydi.

Qator holatlarda teri ichiga ("limon po'stlog'i" singari) adrenalini 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 (bronxeyada) 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 eritmasida suyultirilib yoki 90-120 mg prednizolonni 200 ml natriy xloridni izotonik eritmasida 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 engillashganiga qadar beriladi. Ko'p miqdorda 1-2 IG`sutka miqdorida suyuqlikni diurezni nazorat qilgan holda beriladi. Bu sodir bo'ladigan degidratatsiya bilan bog'liq bo'ladi, balg'amni qovushqoqligiga ta'sir qiladi. Namlangan kislorod, vibromassaj buyuriladi.

Astmatik ctatusni 2- bosqichida gormonal 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.

Suyuqlikni qo'yishni davom ettiriladi, diurez nazorat qilinadi, oksigenoterapiya o'tkaziladi. Astmatik statusni davolashda adrenalini va boshqa simpatomimetiklarni yuborish ta'qiqlanadi, bu "rikosheta" samarasini chaqiradi, bunda bronxospazmni birdaniga kuchayishi V-adrenoretseptorlarni funksional blokadasi bilan bog'liq bo'ladi.

O'tkazilgan davo choralarni samarasi bo'lmaganda, bemorni intensiv terapiya yoki reanimatsiya bo'limiga nafas funksiyasi va yurak qon tomir faoliyatini monitor nazorat qilish uchun hamda o'pkani qo'shimcha ventilyatsiya qilish, bronxoskopik lavaj qilish uchun o'tkazadilar.

Astmatik statusni 3-bosqichida – gipoksik komada reanimatsiya yoki intensiv terapiya bo'limi sharoitida o'pkani sun'iy ventilyatsiya qilish o'tkaziladi. Gormonal vositalarni, bronxolitiklarni yuborish davom ettiriladi, nafas etishmovchiligi, kislotatashqor muvozanatini buzilishi bartaraf qilinadi.

Bemorni umumiy ahvolini yaxshilashini mezonlari bo'lib bo'g' ilish sezgisini pasayishi, balg'amni ajralishini osonlashishi, bemorni xotirjam bo'lishi hisoblanadi. O'pkada quruq xirillashlarni kamayishi, «gapirmaydigan o'pka» bosqichida xirillashlarning paydo bo'lishi bemorni ahvolini yaxshilanganligidan darak beradi.

Bemorni astmatik statusdan chiqargandan so'ng glyukokortikosteroid terapiya boshqa davolash vositalari bilan reja asosida beriladi. Prednizolonni sutkalik dozasi yaqin kunlarda 20-30 mg, triamtsinolon, polkortolon, kenokort, urbazon - 16-20 mg, deksametazon 12-16 mg, 500 ml geparinli (10000 TB geparin) 5% li glyukoza, eufillin 5-6 mgG`kg daqiqa ichida, keyin 0,6 mgG`kgG`soat (chekuvchilarda 0,9 mgG`kgG`soat) dozada ahvoli yaxshilanguniga qadar 2 (gG`sutka)dan ortiq bo'lmagan dozada beriladi.

Prednizolon 1-2 mgG`kg venaga yuboriladi, har 60-90 daqiqada xuruj bartaraf qilingunga qadar takrorlanadi. Hidrokarbonat natriyni 2,5% -100 ml eritmasi 30% kislorod eritmasi 30% kislorod 2-4 IG`daqiqa niqob yoki burun kateteri yordamida beriladi.

Yaqqol ruhiy emotsional qo'zg'alish holatlarida va dorili davolash samarasiz bo'lganda azot oksidi narkoz vositasi qo'llaniladi.

Bemorni shifoxonaga yotqizish: intensiv terapiya bo'limiga bemorni zambilda o'tirgan holda qabulxona bo'limini chetlab o'pkani sun'iy ventilyatsiya qilish uchun yotqiziladi. Ambulator sharoitda davolashdan samara bo'lmasa, darhol statsionarga yotqiziladi. Bemorni tashishda o'tirgan vaziyatda bo'lishi kerak.

O'pkaning yalliglanish infiltrati sindromi.

O'pka abstsesslari va gangrenasi upkaning infeksiyon destruktiviyasi degan umumiy nom bilan birlashtiriladigan kasalliklar guruxiga kiradi va patogen mikroorganizmlar ta'siri natijasida upka parenxemasining jonsizlanishi va parchalanishi bilan xarakterlanadigan patologik jarayon xisoblanadi.

Upka abstsessi – upka tukimalarining yiringli erishidan iborat bulib, yakka yoki kup sonli bushliklar xosil kiladi. Ular chegaralangan (gangrenadan farkli ravishda) buladi va kupincha yalliglanishli infiltratsiya (biriktiruvchi tukima kapsulasi) bilan uralgan.

Upka gangrenasi – upka tukimasining jonsizlanishi, chirib parchalanishi bulib, badbuy balgam ajralishi bilan utadi. Unda upka tukimasining parchalanishi anik ajralib turadigan chegaralarga ega buladi.

Etiologiyasi. Upka yiringlanishi rivojlanishida kuyidagilar muxim axamiyatga ega: bakterial flora:

- streptokokklar, pnevmokokklar, stafilokokklar, Fridlender diplokokklari, ichak tayokchasi, inflyuentsta tuyokchasi va b. (abstsesslarda);

- anaerob flora: spirallar, anaerob streptokokklar, (upka ganrenasida);

mikroorganizm xolati: reaktivlik, moyillikni keltirib chikaradigan omillar:

- bronx-upka sistemasi kasalliklari, xronik infeksiya uchoklari borligi;

- sovkotish, charchash, nokulay mexnat va turmush sharoitlari va b.;

- mayda bronxlarning tikilib kolishi, atelektazlar paydo bulishi, upka tukimasida kon aylanishi va oziklanishning buzilishi.

Patogenezi. Upka yiringlashi jarayonining rivojlanishi bronxlar drenaj funktsiyasining, xamda kon bilan ta'minlanishining buzilishi va upka tukimasining nekrozi, infeksiyalar kushilishi, makroorganizm reaktivligining pasayishi bilan boglik.

Upkada infeksiyalar turli yullar orkali tushadi. Asosan upkani yiringlanish jarayoni zotiljamdan, shuningdek bronxoektazlardan keyin rivojlanadi, bu esa barcha upka yiringlashlarining 68 % ini tashkil etadi. Bu ikkilamchi upka abstsessi deb nomlanib, infeksiyalar bronxial yul orkali tarkaladi. Birlamchi upka abstsessi odatda kukrak kafasi jaroxatlarida, yot jism aspiratsiyasida, yukori nafas yuli operatsiyalarida, tonzilektomiyadan keyin kelib chikadi.

Abstsess gematogen yoki limfogen yul orkali rivojlanishi xam mumkin, bu kachonkim organizmning olis yiringli uchogidan infeksiyalar upkaga tushishi ruy bersa kuzatiladi.

Upka yiringlanish jarayoni rivojlanishining turli yullari farklanadi:

- Postpnevmatik
- Gematogen – embolik
- Aspiratsion
- Travmatik

O'pka abstsessi va gangrenasining klassifikatsiyasi.

Patogenezi	Klinik anatomik ta'rifi	Kechish xarakteri	Asoratlari
Postpnevmonik Gematogen– embolik	Periferik: massiv empiema bilan asoratlangan, chegaralangan empiema bilan asoratlangan, asoratlanmagan	Utkir Xronik	Upkadan kon okishi Taranglashgan klapan pnevmotoraksi
Aspiratsion Travmatik			
Xronik pnevmoniya okibatida	Markaziy: yakka-yakka, kup sonli Gagrena: empiemasiz, empiema bilan		Piopnevmotoraks Septikopiemiya Ikkilamchi bronxoektozlar Amiloidoz

Klinikasi. O'pka abstsessining klinikasida 2 ta davr tafovut kilinadi: 1) abstsess yorilguncha bulgan davr, 2) abstsess yorilgandan keyingi davr.

Birinchi davr, abstsess shakllanishi urtacha 10 – 12 kun davom etadi. Kasallik boshlanishida bemorlar umumiy darmonsizlikka, xolsizlikka, kaltirashga, kam balgamli yutalga, kukrak kafasidagi ogrikka shikoyat kiladilar. Boshlangich isitma birmuncha yukori, keyinchalik kaytalanma xarakterda buladi. Xatto uncha katta bulmagan abstsesslarda xam xansirash, yuz va oyok-kullarda engil sianoz kuzatiladi.

Ko'krak kafasini palpator tekshirganda kasal kismning kovurgalararo soxasida ogrik aniklaniladi. Bu simptom kovurgalar plevrasi va kovurgalararo asab-tomir tutamlarining jarayonga

tortilishi bilan bogliq. Periferik joylashishida tovush titrashi kuchaygan, chuqur joylashishida esa uzgarmagan. Kukrak kafasining kasal yarmi nafas aktida orkada koladi.

Perkussiyada kasallangan soxada perkutor tovushning tumtoklanishini aniklash mumkin.

Auskultatsiyada nafasning kattikligi, yoki bronxial tUSDaligi mayda pufakchali nam va kuruk xirillashlar aniklanadi.

O'pka abstsessi diagnostikasida kon kursatkichi muxim ob'ektiv mezon xisoblanadi. Neytrofilli leykotsitozning chapga siljishi (15000 – 20000 mm³da) va EChTning birmuncha kuchayishi xarakterli. Siydikda kup bulmagan oksil topilishi mumkin (0,33% gacha).

Rentgenogrammada chetlari noanik karongilashish uchoklari aniklaniladi.

Ikkinchi davr yiringli jarayonning bronxlarga yorib utishidan boshlanadi. Aksariyat abstsess yorilishidan oldin birinchi davrning asosiy klinik belgilari kuchayadi – birmuncha yukori xarorat, yutal va ogrik sezgilari kuchayadi, natijada bemorlarning umumiy axvoli keskin yomonlashadi. Abstsessning bronxga yorilishi yutal kuchayishi bilan utadi – bu yorilishning asosiy alomati. Sutkalik balgam mikdori 200 grammdan 1-2 litrgacha buladi. Balgam turgan joyida 3 kismga ajraladi: ustki – kupiksion seroz suyuklik, urta – tarkibida erirotsitlar, leykotsitlar, turli xil bakteriyalar bulgan suyuk kismi, pastki – yiringli kismi. Ob'ektiv tekshirganda bemor majburiy vaziyatda buladi. Asosan jarayonga plevra tortilganda zararlangan tomonda perkutor tovushning tumtoklashishi, katta va yuzaki abstsesslarda esa timpanit aniklanadi.

Auskultatsiyada kattik bronxovezikulyar yoki bronxial nafas eshitiladi. Odatda ayrim chegaralangan soxada baland nam xirillashlar eshitiladi.

Neytrofilli leykotsitoz, EChT kuchayishi aniklanadi. Ogir xollarda temir tankisligi, kamkonlik rivojlanadi. Uncha kup bulmagan albuminuriya xam kuzatilishi mumkin.

Davolash:

- bemorlarni kasalxonaga joylashtirish: urinda yotish rejimi, ovkatlanish, uyku rejimiga amal kilish, bemorlarni etarlicha parvarishlash lozim, ovkat oksillarga, A,S,D.va V gurux vitaminlariga boy bulishi kerak.

- drenajni tiklash va zararlanish uchogidagi yiringni tugatish: bronxial shoxni Karlens naychasi orkali yuvish, davo bronxoskopiyalarini kullash (bronxoskop orkali fiziologik eritma, kaliy permanganat, furatsillin eritmalari bilan yuvish, bronxoskop orkali bronxial shoxga proteolitik fermentlar, bronxolitiklar, antibiotiklar yuborish, transtorakal punktsiyalari, aerezol terapiyasi va b.);

- antibakterial terapiyani antibiotiklarga sezuvchanlikni oldindan aniklab olgandan keyin utkaziladi: penitsillinning katta dozalari (sutkasiga 3 – 4 – 8 mln.gacha) va boshka antibiotiklar: streptomitsin, eritsiklin, levomitsetin, terramitsin, sigmamitsin, morfotsiklin va boshkalar; sulfanilamid preparatlar (norsufazol, sulfadimezin va ta'siri uzaytirilgan boshka sulfanilamidlar) kullaniladi;

- intoksikatsiyaga karshi kurash: gemodez, poliglyukin, plazma, 5 % li glyukoza eritmasi, fiziologik eritma kuyiladi, kichik dozalarda insulin tayinlanadi va b.;

- abstsess stafilokokk etiologiyali bulganda: antistafilokokkli y-globulin, antistafilokokkli plazma, stafilokokkli anatoksin kullaniladi;

- organizmning ximoya kuchlarini oshirish uchun umuman mustaxkamlaydigan preparatlar, kon, plazma, oksil preparatlari kuyish, anabolik gormonlar; V gurux vitaminlari, askorbin kislota; kaltsiy xlorid;

- balgam kuchiruvchi dorilar, bronxolitiklar;

- kursatmalar buyicha – yurak dorilari, siydik xaydovchi dorilar, tomirlarga ta'sir kiladigan vositalar.

- yukori kaloriyali vitaminlangan ovkat (15 sonli parhez);

- jarroxlik davolash usuli upkadan kon okkada, piopnevmotoraksda, upka empiemasida, surunkali abstsesslarda, shuningdek usmaga shubxa bulganda utkaziladi;

- dispanser kuzatuvi (surunkali abstsessga utganda).

Profilaktikasi: turli xil bronx-upka sistemasi kasalliklarini uz vaktida davolash, surunkali infektsiya uchoklarini bartaraf qilish; shikastlanish, yaralanish, kattik lat eyish xollarida uz vaktida tegishli yordam kursatish, turli operatsiyalardan keyin bemorlarni tugri parvarish qilish, antibiotiklarni profilaktik yuborish.

Surunkali branxit.

Ta'rif. Surunkali bronxit-bronxlar shillik pardasi va ular devorining birmuncha chukur katlamlarining diffuz yalliglanishi bulib, vakti-vaktida kuzishi va uzok muddat kechishi bilan ajralib turadi. Bu anchagina keng tarkalgan kasallik sanaladi. Jamlangan statistika ma'lumotlariga kura (20 dan ortik mamlakat) Surunkali bronxit umumiy kasallanishlar sonidan 1,9 foizni; Avstriyada 12 dan ortik foizni tashkil kiladi.

1-jadvalda Butunittifok terapevtlar jamiyati prezidiumi tasdiklagan (1973 Surunkali bronxitlar klassifikatsiyasi keltirilgan. Klinik ma'lumotlar va nazariy bilimlarga asoslanib, talaba kuyidagilarni bilishi kerak.

1) taxminiy tashxis kuyishi va uni patologik jarayonning joylashgan urni (upka, plevra, kuks oraligi, bronxial shox, kichik kon aylanish doirasidagi dimlanish) va xarakteri (yallig'li, usmasimon, funksional) nuktai nazaridan asoslab berishi;

2) taxminiy tashxisga asosan bemorni tekshirishning asoslangan rejasini tuzishi (eng zamonaviy tekshiruv usullarini kullangan xolda) va bronx-upka tizimining boshka kasalliklari bilan differentsial tashxis utkazishi;

3) tashxisni ta'riflay olishi (kechishini, vrachlik-mexnat ekspertizasi talabalarini, kushilib keladigan kasalliklarni, kasallik boskichlarini va asoratlarini xisobga olgan xolda), etiopatogenetik terapiyasi, profilaktikasi, prognozni va surunkali bronxitli bemorlarni mexnatga layokatini aniklash rejasini tuzishi.

Etiologiyasi va patogenezini. Etiologik omillar kup, biroq ulardan eng muximlari kuyidagilar:

-atmosferaning ifloslanishi (zararli moddalar ta'siri, xavoda azot oksidi va sulfid gazi kontsentratsiyasining uzgarishi, tutun ta'siri va boshk.);

-toksinli moddalar, kasb-korga alokador zararli moddalar, tabiatan organik (paxta, un changi) va noorganik turli-tuman chang zarrachalari (kumir, kvarts, sement va boshk.) ta'siri, shuningdek issik sexlarda yukori xaroratni ta'siri va xokazo;

-tamaki chekish. Tamaki tutuni kup sonli tarkibiy kislarni saklaydi (piridin asoslari, ammiak, nikotin va boshk.). Epidemiologik tekshiruvlarda bronxit bilan kasallanish chastotasi bilan chekiladigan sigaretalar soni urtasidagi uzviy bog'liklik aniklangan.

Passiv chekishga (uzi chekmasa-da chekuvchi yonida bulganlarga) xam katta axamiyat beriladi: chekuvchi odamlar oilalarida surunkali bronxit kasalligi chekmaydigan oila a'zolari urtasidagi odamlarga karaganda, ayniksa bolalarda kuprok topiladi;

-mikrob florasi (streptokokk, stafilokokk, diplokokk, inflyuentsa tayokchasi, pnevmokokk va boshk.), viruslar (gripp, kizamik, kuyutal va boshkalar kuzgatadigan), yukori nafas organlari infektsiyalarining surunkali uchoklari, burun xalkum kasalliklari (rinit, gaymorit, tonzillit, utkir respirator kasalliklar va boshk.) roli;

-iklimga (nam, sovuk, keskin kontinental), fonga (upka, yurak kasalliklari, surunkali buyrak etishmovchiligi va nafas sistemasi ximoya mexanizmlarining buzilishi bilan utadigan boshka xolatlar), endogen omillarga («oilaviy, bronxitlar, konstitutsional, irsiy moyillik, birlamchi immunitet tankisligi buzilishlari va boshk.), shuningdek allergik omillar (oksil tabiatli va oksilsiz allergenlar ta'siri)ga ma'lum darajada axamiyat beriladi.

Surunkali bronxitlar klassifikatsiyasi

Etiologiyasi buyicha	Patogenezi buyicha	Klinik bronxologik va morfologik ta'rifi	Boskichlari buyicha			Asoratli buyicha
			I	II	III	
Virusli	Yalliglanish	Morfologik funksional	Endo-bronxit: obstruktiv, obstruktiviyali	Mezo-bronxit: obstruktiv, obstruktiviyali	Pan-bronxit obstruktiv bilan	Asoratlanmagan
Bakterial	Toksik					
Ximiyaviy va fizikaviy ta'sirlarda	Ekssudativdistrofik a) dimlanish b) meta-koniotik	Rentgenologik (jumladan bronxografiya)	Pnevmo-fibroz yuk	Pnevmo-fibroz yuk yoki ifodalgan	Pnev-Mofibroz, distelektazlar, emfizem	Asoratlari: a) astmatik sindrom; b) perixondrit (utkir pnevmoniyaga utish extimoli bor); v) upka emfizemasi emfizematoz bronxit)
Changtuzonli	Allergik. Autoimmun Metaplastik Aralash	Bronxoskopik (tarkalganligi buyicha)	Kisman Diffuz, bir yoki ikki tomonlama	Kisman Diffuz, bir yoki ikki tomonlama	Aksariyat Diffuz, bir yoki ikki tomonlama	

Patogenezi. Surunkali bronxitning rivojlanish patogenezi asosan quyidagilar bilan izoxlanadi:

-nospetsifik ta'sirlovchilar (chang, chekish, gazlar, alkogol va boshk.) ta'siri;

-bronxlar devorining infeksiyon-allergik zararlanishi;

- bronxial devorda nerv boshkarilishining buzilishi;
- bronxlar diskineziyasi va bronxial utkazuvchanlikning buzilishi;
- doimo ta'sir kilib turadigan uchokli infeksiyalar borligi va boshkalar.

Kursatib utilgan va boshka kup sonli omillar shillik parda barer funktsiyasi va immun xossalarning pasayishiga, tomirlar utkazuvchanligining oshishiga, bronxial bezlar sekretsiasini kuchayishiga, mayda bronxlarda sekret yigilishiga olib keladi, natijada mikroorganizmlar bronxlar devoriga kiradi va u erda yalliglanish jarayoni rivojlanishi uchun kulay sharoitlar vujudga keladi, keyinchalik shillik parda xalok buladi, atrofiyaga uchraydi, biriktiruvchi tukima rivojlanadi, asab tolalari shikastlanadi va x.k.;

- bronxlarning shakli uzgarishi, kiyshayishi obstrutsiyasi va chandikli uzgarishlar yuz berishi, upka emfizemasi manzarasi paydo bulishi extimolliigi buladi;
- patologik jarayon yuza bulishi yoki xamma katlamlarni zararlantiradigan-bronxiolalar va upka parenximasini tulik destruksiya kiladigan darajada chukur bulishi mumkin (pnevmoskleroz, pnevmonik fokuslar) va boshk.,

Klinik manazarasi. Klinik kurinishlarining ruy-rost yuzaga chikkanligi yoki anikligi dastavval kuyidagilarga:

- jarayonning kechish xarakteriga (latent, kuzishi, remissiyasi);
- tarkalganligi, lokalizatsiyasi va bronxial shoxning zararlanish darajasiga (endo-panbronxit, peribronxit);
- turli-tuman asoratlar borligiga (pnevmoniya, emfizema, pnevmoskleroz, bronxoektazlar);
- nafas (upka) va upka-yurak etishmovchiligi borligiga;
- bronxial utkazuvchanlik xolatiga;
- kasallik etiologiyasiga va boshkalarga boglik.

Surunkali bronxidlarning A.N.Kokosov va V.A.Gerasin (1984) buyicha klasifikatsiyasini keltiramiz:

A.Yalliglanish jarayoni xakteri buyicha :

- kataral,
- yiringli.

B.Funktsional xarakteristikasini xususiyatlari buyicha:

- obstruktiv,
- obstruksiyasiz.

V.Kasallik fazasi buyicha:

- kuzish,
- remissiya.

Asoratlari borligi, nafas (upka) va yurak etishmovchiligi yuzaga chikkanlik darajasi xam kursatiladi.

1.Sub'ektiv ma'lumotlar. Bemorni shikoyatlari:

- aksariyat ertalablari kuchayadigan kuruk yutal (kasallikning boshida vakti-vakti bilan), ba'zan yiringli yoki shillimshik yiringli balgam kuchishi bilan utadi. Yutal bilan balgam kiyinlik bilan kuchishi, iztirobli bulishi yoki balgam kuchmaydigan bulishi mumkin;
- xavo etishmasligi sezgisi, nafas kisishi yoki bugilish (ayniksa allergik, obstruktiv bronxitda);
- tana xaroratini kutarilishi (jarayon kuziganda);
- kon tuflash yoki balgamda kon ipir-ipirlari bulishi mumkin (odatda gemorragik bronxitda yoki bronxoektazlar bulganda);
- yurak urishi, oyoklarga shish kelishi, ung kovurgalar ostida ogrikni bulishi, diurez buzilishi va boshk.(upka-yurak etishmovchiligi kushilganda);
- umumiy xolsizlik, kup terlash, darrov charchab kolish, turli xil mushak guruxlarida yutal bilan boglik bulgan ogriklar, injiklik, yaxshi uxlamay olmaslik, oriklab ketish, ish kobiliyatining pasayishi va boshk.;

-kasallikning yoki jarayon kuzishining tez-tez «shamollash», «gripp», sovkotish, tamaki chekish va ichkilik ichish (kunt bilan anamnez yigilganda aniklanadi), ob-xavo sharoitlarining yomonlashishi va surunkali bronxit etiologiyasida kursatilgan boshka sabablar bilan boglikligi.

II.Sub'ektiv ma'lumotlar taxlili (bemor shikoyatlari, surunkali bronxit rivojlanishiga olib keladigan va mazkur kasallik diagnostikasida axamiyati bulgan xamma omillar xisobga olingan anamnez).

Sh.Ob'ektiv ma'lumotlar .

Umumiy kuzdan kechirish:

-umumiy axvoli, jarayonning ogir-engilligiga boglik xolda bemorning urnidagi vaziyati (remissiya davrida va kasallikning boshlangich boskichlarida konikarli, kuzigan choglarida urtacha ogirlikda, kasallikning asoratlar bilan utadigan uchinchi boskichida ogir);

-lab, kulok , yuz, kul-oyoklar sianozi, teri koplamlarining namligi, kechikkan boskichlarida ifodalangan akrotsianozi, kamdan-kam xollarda oriklab ketish;

-nafas kisishi (aksariyat aralash), bugilish yuz berishi extimol (bu obstruktiv bronxitda, allergik kelib chikadigan bronxitda kuzatiladi);

-kasallikning kechikkan boskichlarida kukrak kafasi shakli uzgargan, emfizematoz, u nafas aktida etarlicha ishtirok kilmaydi, shuningdek kukrak kafasining elastikligi, rigidligi, nafas olish aktida kushimcha mushaklarning ishtiroki pasaygan, oyoklarga shish kelgan va upka emfizemasi, pnevmoskleroz, upka-yurak dekompensatsiyasini boshka kurinishlari (upka-yurak)yuzaga keladi;

-jarayon kuzigan davrda tana temperaturasining subfebril rakamlargacha va bundan yukoriga kutarilishi kuzatiladi.

Nafas sistemasi:

-kasallik kechishining latent, engil xollarida upka tomonidan patologik siljishlar bulmasligi mumkin, ular jarayon kuzigan davrda, ayniksa upka emfizemasi va surunkali bronxitning boshka asoratlari kushilganda aniklanadi;

-perkutor usulida: tinik upka tovushi yoki kutichani urganda chikadigan tovush bilan almashinadigan tumtoklanish uchastkalari, upka ekskursiyasining cheklanishi, kuyi chegarasining pastga siljishi;

-auskultativ usulda: kuzish davrida kattik nafas yoki aksariyati nafas chikarilishi uzaygan nafas, tarkok kuruk yoki (gijillaydigan, xushtakli, shipillaydigan), jarangsiz nam (yirik-, urta- va mayda pufakchali) xirillagan tovushlar eshtiladi, bunda oxirgilari upkaning asosan orka-pastki bulimlarida eshtiladi.

Upkadagi kursatib utilgan fizikal siljishlar doimiy emas.Ular kasallikning davriga (remissiya, kuzish), jarayonning joylashgan urni va tarkalganligiga, zararlangan bronxlar kalibriga, upka tukimasining jarayonga tortilish darajasiga kura topiladi.

Boshka organlar:

-yurak tomonidan buladigan patologik uzgarishlar uzok muddatli gipertenziya natijasida yurak etishmovchiligi (ung korinchadagi) rivojlanganda kuzatiladi – bu ung korincha va ung bulma gipertrofiyasi xisobiga yurak chegarasining kengayishi, upka arteriyasi ustida II ton aktsenti (kichik kon aylanishi doirasida kon dimlanishi), xanjarsimon usik asosida sistolik shovkin (uch tavakali klapaning nisbiy etishmovchiligi) eshtiladi, EKG da tegishli uzganishlar («Kushimcha tekshirish metodlari» bulimida tasvirlangan)yuzaga keladi;

-jigar tomonidan buladigan uzgarishlar xam yurakning ung bulimida dimlanish rivojlanganda (ung korincha etishmovchiligi), katta kon aylanishi doirasida topiladi va ung kovurgalar ostida yokimsiz sezgi yoki ogrik bulishi, jigarning kattalashuvi, uning ayrim funktsiyalari buzilishi bilan utadi;

-buyraklar- diurezni uzgarishi, biroz proteinuriya, mikrogematuriya va boshk.«dimlangan buyrak»);

-me'da ichak faoliyatining buzilishlari (dispeptik xodisalar va boshk.)

surunkali bronxitning upka va upka-yurak etishmovchiligi (upka-yurak), katta kon aylanishi doirasida dimlanish bilan ogirlashuvi yoki kushilib keladigan kasalliklar borligi bilan xam boglik. -periferik konni tekshirish: urtacha leykotsitoz, neytrofilez chapga siljish bilan, EChTning oshishi, eozinofiliya (astmatik bronxitda), eritrotsitoz va gemoglobinning oshishi (nafas etishmovchiligi okibatida);

-bioximiyaviy siljishlar: disproteinemiya – albuminlar mikdori kamayishi, α_1 , – va α_2 , – globulinlar xisobiga globulinlar darajasini oshishi (albumin-globulinni koeffitsientini pasayishi), chukma reaksiyalarining (timol, sulema sinamasi va boshk.) musbat natijalari va S-reaktiv oksilga sinamalar, difenilamin sinamasi, upkaga karshi antitelolarning yukori titrlari, shuningdek lipidlar, β -lipoproteidlar mikdorining pasayishi, letsitin-xolesterin koeffitsientining orta borishi, α - lipoproteidlarning oshishi va boshkalar;

-balgami tekshirish: u shilimshikli, shilimshik-yiringli, ba'zan kon aralashgan yoki gemorragik, chirindili bulishi mumkin, shilimshikli yoki yiringli tikinlar, bronxlarning nusxa (iz) lari topiladi; reaksiyasi ishkoriy, neytral yoki kistlotali; mikroskopiya kilganda – kup mikdorda neytrofil leykotsitlar, bronxial epiteliy xujayralari, makrofaglar, shuningdek eozinofillar, Kurshman spirallari, Sharko-Leyden kristallari (bronxial astmada) borligi aniklanadi;

-rentgenologik tekshirish: kasallik boshlanayotganda siljishlar kupincha bulmaydi yoki noanik ifodalangan; kasallikning birmuncha kechikkan boskichlarida tursimon pnevmoskleroz belgilari, upka tasvirining yirik katakli deformatsiyasi, bronxlar devorining kalin tortishi, upka maydonlari tinikligining diffuz oshishi, emfizematoz bullalar, diagfragmaning pastda turishi, yurakning markaziy joylashuvchi, mayda periferik tomirlar kalibrining kichrayishi- «kalibr sakrashi» simptomi (upka gipertenziyasi bulganda) va surunkali bronxitning boshka kurinishlari, upka emfizemasi va upka-yurak etishmovchiligi aniklanadi;

-elektrokardiografik uzgarishlar upka- yurak etishmovchiligi rivojlanishi bilan boglik (ung korincha gipertrofiyasi, R tishchasi baland, utkirlashgan, elektrik uk ungga siljigan, I ulanishda S tishchasi chukur va II xamda III ulanishlarda R tishchalari baland. Gis tutami o'ng oyokchasida blokada belgilari, S-T intervalining pasayishi, II va Sh ulanishlarda T tishchasi manfiy);

-bronxografiya, bronxoskopiya jarayonining tarkalganligi, aktivligi va chukurligini aniklash uchun, shuningdek biopsiya materiali va mikroflorani tekshirish va ularning atibiotiklarga sezuvchanligi aniklash uchun zarur;

-tashki nafasni aniklash yordamida (spiroografiya , pnevmotaxometriya) nafas etishmovchiligi borligi va uning darajasi aniklanadi, fizikal va rentgenologik metodlar bilan esa emfizema va pnevmoskleroz borligi diagnostika kilinadi.

Surunkali bronxit uchun, ayniksa u surunkali, kupincha kaytalanib kechganda, kasallikning kechikkan boskichlarida tashki nafas funksiyasining xar xil darajada buzilishlari xos, upkaning xayotiy sigimining (UXS), maksimal ventilyatsiyasi (UMV), tezlashgan UXS ning pasayishi kuzatiladi.

Surunkali bronxitning kechishi. Surunkali bronxitning klinik kechishi ogir-egilligiga kura uch daraja (engil, urtacha ogirlikdagi, ogir)ga bulinadi:

-engil turida (I boskich, endobronxit) ertalablari odatdagi yutal (kuruk yoki shilimshik-balgamli) va urtacha pufakchali nam xirillashlar (kuzish davrida), nafas kisishi va tashki nafas funksiyasining buzilishi kuzatiladi. Jismoniy xarakatda nafas chastotasi 1 dakikada 26 martagacha etadi, mexnat kobiliyati saklanib kolgan buladi. Kuzish davrida yutal kuchayadi, balgam ajralishi kupayadi, temperatura, leykotsitoz oshadi ($12,0 \cdot 10^9$ gacha), I darajali upka etishmovchiligida kasallikni kuzishi yiliga 2-3 marta kuzatiladi;

-urtacha ogirlikdagi turida (II ,boskichi) shilimshik-yiringli balgam ajraladigan doimiy yutal kuzatiladi; kup terlash, tashnalik, nafas kisishi va sianoz arzimagan jismoniy xarakat kilganda orta boradi, upka ekskursiyasi cheklangan, tarkok kuruk, jarangdor, gijillaydigan xirillashlar eshitiladi.

Eritrotsitoz, EChTning oshishi (soatiga 20mm gacha) kuriladi. Tashki nafas funktsiyasining buzilishi upka etishmovchiligining II darajasiga muvofik keladi. Remissiya davrida ish kobiliyati cheklangan. Kuz yoki baxor faslida, xar yili yoki yiliga bir necha marta kuzib turadi, klinik va boshka kursatkichlari birmuncha ifodalangan va davomli kechadi.

-ogir darajasida (Sh boskichi, panbronxit) upka va yurak (ung korincha) etishmovchiligining xamma belgilari kuzatiladi. Upka-yurak, upka (nafas) etishmovchiligining Sh darajasiga muvofik keladi.

Surunkali bronxit kechishining ogir-engillik darajasini aniklashda sub'ektiv va ob'ektiv ma'lumotlar, zararlanishning tarkalganligi va bronxial shoxning, umuman bronx-upka sistemasining nechoglik zararlanganligi, yurak va upka etishmovchiligi borligi va uning darajasi, laboratoriya, bioximiyaviy, rentgenologik tekshirishlar, utkazilayotgan davolashning samaradorligi va boshkalar xisobga olinadi.

Asoratlari. Surunkali bronxit asoratlari: astmatik sindrom; bronxial astma (infektsion-allergik formasi); utkir pnevmoniyalar; kon tuflash, upkadan kon okishi, bronxoektazlar; rakka aylanish (bronxogen rak); pnevmoskleroz, upka emfizemasi; surunkali upka-yurak etishmovchiligi; nafas etishmovchiligi sanaladi.

Diagnostikasi. Surunkali bronxitni diagnostikasi ba'zan katta kiyinchilik tugdiradi, bu uzok vakt (bir necha yillab) kasallikni latent kechishi (ayniksa birmuncha mayda bronxlar zararlanganda-distal bronxit), kuzish davrlarining anik ifodalanmaganligi, shuningdek kasallikning yutal, balgam ajralishi va nafas kisishi singari etakchi simptomlarining sust yuzaga chikkanligiga boglik.

Diagnostikada kasallikning paydo bulishiga olib kelgan sharoitlarning mutlak xammasini xisobga olib, kuyidagilarga diqqat bilan axamiyat berish zarur.

-bronxitning eng minimal kurinishlari (tez-tez shamollab turish, «grippoz xolat» uchokli infektsiyalar, vakti-vakti bilan yutalib turish, jismoniy xarakat vaktida xarsillash, kuz-kish faslida axvolning durust bulmasligi, tamaki chekish, ichkilik ichish);

-mexnat va turmush sharoitlarini ogirligi;

-zarurat bulganda laboratoriya, rentgenologik va boshka instrumental tekshirish metodlarini kullanish;

-kuzish sababini, patologik jarayon darajasi va chukurligini aniklash muxim;

Surunkali bronxit mustakil nozologik forma sifatida bronx upka tizimining boshka patologiyasi ustiga kelib kushilishi mumkinligini unutmazlik lozim (masalan, bronxoektatik kasallikka, upka emfizemasi, ayniksa katta yosh guruxidagi shaxslarda).

Surunkali bronxitni tugri diagnostika kilish etarli darajada tulik differentsial diagnostika utkazib, keyinchalik olingan ma'lumotlarni bronx- upka tizimining etakchi belgilari yutal, balgam ajralishi va nafas kisishi bilan kechadigan kasalliklari, xususan bronxial astma, upka emfizemasi utkir bronxit bilan; ,bronxoektatik kasallik, rak va upka sili bilan; sarkoidoz, pnevmokoniozlar, upka mikrozlari va boshkalar bilan taxlil kilishga kup jixatdan boglik.

Diagnozning taxminiy ta'rifi: 1) Surunkali bronxit, pnevmofibroz bilan asoratlangan II boskichi bronxospazm bilan: 2) Surunkali bronxit (toksik), upka emfizemasi va kon aylanishi buzilishi (NIB) bilan asoratlangan Sh boskichi.

D a v o l a s h

1. Jarayon kuzigan davrda kasalxonaga yotkizish kerak. Davolash uz vaktida, xar kimning uziga xos (individual) (etiologiyasi, astmatik sindromni, kasallikning xar xil asoratlari borligi, bronx-upka va yurak-tomirlar sistemasiningi funktsional xolatini xisobga olgan xolda) va uzluksiz bulishi kerak.

2. Urinda yotish rejimiga rioya kilish. Bemorning ovkatlanishi muayyan axamiyatga ega. Vitaminlarga boy, xom sabzavotlar, mevalar va ularning sharbatlari, pivo achitkisi kiritilgan

parhez ovkatlar tavsiya kilinadi. Upka-yurak etishmovchiligi bulganda oksillar, yoglar, osh tuzi, suyuqlik chegaralangan va kaliy xamda vitaminlar mikdori oshirilgan 10-sonli parhez tayinlanadi. Antibakterial terapiya:

antibiotiklar (penitsillin, streptomitsin, ta'sir doirasi keng antibiotiklar-tetratsiklinlar, ampitsillin, levomitsetin va b.) kasallik kechishining ogir-engilligiga boglik xolda parenteral yoki aerezollar kurinishida tayinlanadi. Antibiotiklarni ingichka kateterlar yordamida endobronxial yul bilan yuborilganda eng yaxshi natijaga erishiladi (bu tanlangan usullardan xisoblanadi).

3. Ta'siri kiska (norsulfazol, sulfadimezin) va uzaytirilgan (sulfadimetoksin, sulfapiridazin, sulfalen) sulfanilamidlar naxorda ovkatdan 30-40 dakika oldin va ovkatdan kamida 3-5 soat keyin tayinlanadi, sungra davolashda tanaffuslar kilishga yul kuymaslik lozim va faol yalliglanish jarayoni bosilgandan keyin bu vositalarni 3-5 kungacha kabul kilish kerak;

Antibiotiklarni uzok vakt kullanilgandan yuzaga keluvchi zamburugli asoratlarni profilaktika kilish va davolash maksadida nistatin yoki levorin tavsiya kilinadi. Nistatinning natriyli tuzini aerezol kurinishida yuborish maksadga muvofik.

4. Bronxlarning drenaj funktsiyasini yaxshilash yoki tiklash maksadida quyidagilar tavsiya etiladi:

balgam kuchiradigan moddalar: termopsis damlamasi, damlamalar va ekstarktlar kurinishidagi altey ildizi; mukaltin tabletkalari, 3% li kaliy yodid eritmasi, intratraxial yoki mushaklar orasiga yuboriladigan fermentlar (tripsin, ximotripsin va b.), mukolitiklar ingalyatsiyasi, kup mikdorda issik ichimlik, tarkibida ishkor bulgan mineral suvlar;

bronxolitiklar: efedrin, novodrin, astmopent, alupent, solutan, atropin, eufillin, atrovent, teofedrin, fenoterol (berotek). Ayni vaktida antibiotiklar, bronxo- va mukolitiklar, aerezollar kurinishidagi balgam kuchiradigan vositalar kullanilganda davolash ta'sirchanligi birmuncha oshadi.

5. Kursatma bo'yicha (kasallikni faol kechishida, tez-tez bronxospazmlar bulishida, bronxial astmada) quyidagilarni kullanish maksadga muvofik;

kortikosteroidlar (prednizon, prednizolin, deksametazon) kiska davo kursi kurinishida ichishga yoki parenteral;

immun sistemani idora kiladigan vositalar: levamizol (dekaris), prodigiozan, pirogenal va b.; desensibilizatsiya kiladigan va antigistamin preparatlar (kaltsiy glyukonat, atsetilsalitsilat kislota, suprastin; pipolfen, dimedrol, geparin, lagoxilus va b.);

shifobaxsh bronxoskopiya: bronxlarni Ringer, furagin yoki soda eritmaları bilan yuvish va bronxial shoxga dori vositalar (antibiotiklar, garmonlar, fermentlar va b.) yuborish;

postural drenaj yopishkok yiringli balgan ajratadigan va yutalganda balgam ajratmaydigan bemorlarga tayinlanadi. Kuniga 2-marta-ertalab va kechkurun gavda vaziyatini balgamning kuprok ajralib chikishiga imkon beradigan kilib uzgartirib bajariladi (oldindan bronxiolitik preparat va balgam kuchiradigan vositalar, shuningdek katta mikdorda issik choy-400-500 ml kullaniladi);

yutalga karshi vositalar (yutal ximoya drenaj funktsiyasini bajara olmagan xollarda): kodein, dionin, yutalga karshi morfinsiz preparatlar (libeksin, baltiks).

6. Fizioterapevtik davolash: sollyuks, kukrak kafasini ultrabinafsha nurlar bilan nurlantirish, ultratovush, induktotermiya, UVCh, Vermel buyicha yod elektroforezi, ninabargli va xloridli vannalar, davolash gimnastikasi, massaj va b.

7. Sanator-kurort sharoitida davolash (Krimning janubiy soxili, Kislovodsk, , maxalliy sanatoriylar- Zomin, Oktosh) monelik kiladigan kursatmalar (tez-tez bronxospazm bulib turishi, jarayonning kuzishi, upka-yurak etishmovchiligi) bulmaganda tavsiya kilinadi.

8. Bemorlar ustidan dispanser kuzatuvini iloji boricha erta boshlash kerak, bu tadbir aktiv jarayonni davolashni batamom nixoyasiga etkazish, kasallik zurayishining, xar xil asoratlarning va boshka kasalliklar kushilib kelishining oldini olish uchun zarur.

Surunkali bronxitli bemorlarni remissiya fazasida davolash uzluksiz bulishi kerak. Davolash gimnastikasi, balgam kuchiradigan vositalar, postural drenaj, bronxolitiklar, umuman

mustaxkamlaydigan vositalar izchillik bilan tayinlanadi. Shuningdek kasallikning kaytalanishiga karshi kurslar: sanator-kurort sharoitida davolash, fizio- va aerozol terapiya, massaj, endobronxial sanatsiya, immun modulyatorlar utkaziladi. Surunkali bronxitlarning kaytalanishiga karshi davolashning bir necha sxemalari (kompleksi) ishlab chikilgan. V.V.Dubiley va uning muallifdoshlari (1980) jismoniy mashklar, dori-darmonlar bilan davolash va chiniktiradigan muojojalaridan tashkil topgan kaytalanishga karshi kompleks davolashni tavsiya kiladilar, O.I. Korol va O.V. Korovina esa (1978) standart stafilokokk vaktinasini vaktinatsiya kilish usuli bilan bemorlar organizmining nospetsifik rezistentligini oshirishni tavsiya kiladilar. Remissiya fazasida uchokli infektsiyalarni davolash tayinlanadi. Surunkali bronxit ogir kechganda (upka yurak etishmovchiligini asorati rivojlanishi bilan) bemorlar mexnatga layokatsiz bulib koladilar va nogironlikka chikishga muxtoj buladilar.

Surunkali bronxitni profilaktika kilish maksadida kuyidagilarni amalga oshirish lozim:

-bronx-upka sistemasining utkir kasalliklari, grippning oldini olish, surunkali infektsiya uchoklarini bartaraf kilish va b.;

chang tuzon, gazlar va ishlab chikarishdagi boshka zararli moddalarning ta'sirini kamaytirish, korxonalarda va kishlok joylarda profilaktik kuriklar utkazishni yulga kuyish va izchillik bilan olib borish, organizmni chiniktirish, umumiy gigienik tadbirlarga amal kilish, chekishga, ichkilikbozlikka karshi kurashish;

-nafas organlarining surunkali kechadigan kasalliklariga uz vaktida tashxis kuyish va uni davolash kerak.

EKSSUDATIV PLEVRIT

Ko'pincha quruq plevrit asta-sekin rivojlanib, ekssudativ (suyuq) plevritga aylanadi. Bunda bemorni bezovta qilayotgan og'riq kamayadi va bemor shikastlangan tomonda ko'krak kafasida og'irlik hissini va shu joy to'lishayotganini seza boshlaydi. Umumiy quvvatsizlik zo'rayadi. O'pka varaqlari orasiga suyuqlik to'planganda (o'tkir kechganda) tana harorati keskin ko'tarilib, bemor ahvoli tez orada og'irlashadi. Suyuqlik asta-sekin yig'ilib borsa, tana harorati uncha baland ko'tarilmasdan bemor faqat umumiy quvvatsizlikdan shikoyat qilishi mumkin.

Hansirash ekssudativ plevritda asosiy shikoyatlardan biri bo'lib, uning jadalligi yig'ilayotgan suyuqlik miqdoriga bog'liqdir. Ayni paytda yo'tal paydo bo'ladi, unga sabab — yig'ilgan suyuqlikni bronxlar devorini siqib reflektor yo'l bilan uning qo'zg'aluvchanligini kuchaytirib yuborishidir. Og'riqning kuchli yoki sust bo'lishi yig'ilayotgan suyuqlikning miqdoriga va nerv tolalarining qisilishiga bog'liqdir. Bundan tashqari, ishtaha yo'qoladi, tana vazni kamayib, uyqu buziladi. Bemorni umumiy ko'zdan kechirganda terining rangi ko'kimtir (tsianoz) rangdaligini, bo'yin sohasidagi qon tomirlarning bo'rtib chiqqanligini ko'rish mumkin.

Bemorning ko'krak qafasi ko'zdan kechirilganda suyuqlik yig'ilgan tomonning bo'rtib chiqqanligini va shu tomonning nafas olganda orqada qolayotganini ko'rish mumkin. Ko'krak qafasini tuqillatib ko'rganda suyuqlik yig'ilgan jarayon ustida son bo'g'iqligi tovushi eshitiladi. Tuqillatish usuli bilan suyuqlikning chegarasini aniqlash mumkin, bu chegara Damuazo chizig'i bo'ylab o'tadi.

Fonendoskop orqali eshitganda suyuqlik yig'ilgan jarayon ustida nafas shovqinlari haddan tashqari susaygan yoki umuman eshitilmasligi mumkin. Damuazo chizig'iga yaqin joylarda krepitatsiya yoki plevra varaqlarining bir-biriga ishqalanayotganidan paydo bo'ladigan shovq'inlar qayd qilinadi.

Tashxisi. To'g'ri tashxis qo'yishda rentgen orqali o'pka varaqlari orasiga suyuqlik to'planganini aniqlash va shu suyuqlikni laboratoriyada tekshirib ko'rish ahamiyatlidir. Yig'ilgan suyuqlik miqdori 500 ml dan kam bo'lmasa, tashxis aniq qo'yilishi mumkin. Agar suyuqlik boyagi

miqdordan kam bo'lsa, bemorni qulay (zararlangan) tomonga yotqizib o'pkani rentgen orqali tekshirmoq lozim.

Agar o'pka varaqlari orasida suyuqlik yig'ilgan bo'lsa, rentgenogrammada bu jarayon qorong'ilashib, chegarasi Damuazo chizig'i bo'ylab aniq ko'rinadi. Ko'ks oralig'i a'zolari o'pkaning soglom tomoniga suriladi. Plevra punktsiyasi suyuqlik yig'ilganini aniq tasdiqlab beradi. U laboratoriyada tekshirib ko'rilganda xastalikning etiologiya sabablarini aniqlasa bo'ladi. Agar aniklangan suyuqlikning nisbiy zichligi baland bo'lsa (1018 dan baland), tarkibidagi oqsil miqdori 3 foiz ko'p bo'lsa, Rivalent sinamasi musbat bo'ladi, LDG ortganda ekssudat borligi aniq bo'ladi. Agar suyuqlikning solishtirma zichligi 1015 dan past bo'lsa, tarkibidagi oqsil miqdori 2% dan kam bo'ladi.

Rivalent sinamasi manfiy bo'lsa, LDG kam miqdorda bo'lishi transsudat yiqilganidan darak beradi.

Suyuqlik tarkibidagi hujayralarni mikroskopda tekshirish aniq tashxis quyishda ahamiyatlidir. Limfotsitlar soni ko'p bo'lsa, bu sil yoki o'simta borligidan guvohlik beradi. Neytrofillar soni ko'p bo'lsa, yalliglanish (zotiljam, abstsess) rivojlanayotganidan dalolat beradi. Neytrofillar juda ko'p mihdorda b'lib, haddan ziyod parchalanayotgan bo'lsa, bu yig'ilgan suyuqlik yiringlaganidan guvohlik beradi.

Eritrotsitlar soni ko'payganda o'pka infarkti bor yoki ko'krak qafasi zararlangan deb hisoblanadi. Agar atipik hujayralar topilsa, bu — o'pkada yoki plevra varaqlarida o'sma borligini bildiradi. O'pka rentgenda tekshirilganda suyuqlik ikkala o'pkaning plevra varaqlari orasida yig'ilgan bo'lsa, bu — yurak etishmovchiligidan yoki sistemali qizilcha borligidan dalolatdir, yohud yurak infarktidan asorat qolgan deb hisoblanadi.

Kechishi. Yigilgan suyuqlikning mihdoriga va jarayoniga qarab xastalik o'tkir, og'ir, surunkasiga va uzoq vaqt kechishi mumkin.

Asoratlari. Agar yiringlanishga sabab bo'lgan suyuqlikka mikroblar qo'shilsa, oddiy plevrit yiringli plevrit, plevra empiemasiga aylanishi mumkin. Bu jarrohlik kasalligi, shu sababli bemorlarni jarrohlik b'limida davolash lozim.

Davosi. Ko'pgina hollarda plevrit ikkilamchi dard b'lgani uchun eng avvalo uning kelib chiqish sabablarini aniqlash, tegishli davo tayinlash va organizmning umumiy reaktivligini tiklash lozim. Buning uchun infeksiya o'chog'ini bartaraf etish uchun antibiotiklar va zamonaviy kimyoterapiya xossalari bo'lgan dorilar buyurilishi kerak. Plevra bo'shlig'ida yig'ilgan suyuqlikni s'rib olib, sanatsiya qilish lozim. Plevradagi yallig'lanish reaksiyasini kuchsizlantirish uchun desensibilizatsiyalovchi va yallig'lanishni pasaytiruvchi muolajalar bajarilishi lozim.

Buning uchun kuniga 1—2 mln. dan penitsillin, 1 g dan streptomitsin 4—6 oy mobaynida mushak orasiga, 0,5 g ftivazid 2 mahal, PASK, izoniazid va boshqa dorilar buyuriladi. Agar plevritni keltirib chiqargan sabablar noma'lum bo'lsa, sil kasalligida o'tkaziladigan muolajalar amalga oshirilishi lozim.

Yallig'lanish jarayoni va organizmning ortiqcha sezuvchanligini susaytirish uchun atsetilsalitsilat kislota (kuniga 2—3 g), amidopirin (kuniga 2 g), butadion (0,15, 3 mahal), kaltsiy xlorid (10% li eritmasi bir osh qoshiq dan 4—5 mahal) beriladi.

Bemorning immun tizimini tiklash uchun kortikosteroidlar beriladi (kuniga 10—20 mg prednizolon).

Bemor og'ir ahvolda b'lishini nazarda tutib, plevra punktsiya qilinishi lozim. O'pkada uzoq vaqtdan beri yig'ilgan suyuqlik ko'krak bo'shlig'ida joylashganda muhim a'zolari zararlantiradi, suyuqlik esa asta-sekin yiringlay boshlaydi. Plevra punktsiya qilinganda suyuqlik uzun punktsion ignali shprits orqali tortib olinadi. Bunda birinchi marta 1,5 l dan ortiq suyuqlikni so'rib olmaslik kerak, chunki kollaps rivojlanishi mumkin. Bundan tashqari, organizmdan hayotiy muhim oksillar ham chikarib yuboriladi. Shuning uchun suv kamroq yig'ilishi uchun bemorga kamroq suyuqlik ichirish lozim. Kursatma buyicha siydik haydovchi dorilar bergan ma'hul. Oqsil va suv-tuz muvozanatini tiklash uchun venaga oqsil preparatlari, elektrolit eritmaları, glikoza, qon va

boshqa dorilar buyurilishi mumkin. Ekssudat tortib olinganidan sŷng plevra bo'shlig'iga antibiotiklar (1 mln. penitsillin, 500 ming streptomitsin), gidrokortizon (80—125 mg) shprints orqali yuborilishi kerak.

Ekssudativ plevritni davolashda gigiena va fizioterapiya muolajalari ham ko'p foyda beradi.

Bemorga osoyishtalik yaratish kerak, buning uchun xonani tez-tez shamollatib turish, uni har kuni yig'ishtirish, bemor yotgan joy quruq va issiq bo'lishi kerak.

Bemor o'zini yaxshi his qilsa, og'riqi bosilib, tana harorati me'yorda bo'lsa (boshqa ko'rsatkichlar soz bo'lsa), nafas gimnastikasini tavsiya qilish kerak, chunki plevra varaqlari orasida chandiqlar hosil bo'lishi mumkin. Keyinchalik o'pka funktsiyasini tiklash uchun massaj (qo'l bilan yoki apparat orqali — vibratsion massaj) qilish, ultratovush bilan davolash tavsiya etiladi. Bunda parhez taomlarning ham ahamiyati katta bo'ladi. Bemorlarga vitaminlar, ayniksa vitamin S ga va oqsillarga boy taomlar tayyorlab berish lozim. Suyuqlik ichishni chegaralash, sho'r ovqatlarni iste'mol qilishni keskin cheklash kerak.

Bemor kasalxonadan chiqqanidan keyin mahalliy yoki markaziy shifoxonalarda (sanatoriya-kurortlarda) davolanishi mumkin (qrim, Oqtosh va boshq.). Sil sababli plevritga uchragan bemorlar sog'aygandan keyin ham 2 yil mobaynida silga qarshi dispanser nazoratida bo'lishi kerak. Oqibati. Plevritlar (kuruq va ekssudativ) ning kechishi asosiy xastalikni qanchalik samarali davolashga ham bog'likdir.

Profilaktikasi asosiy kasallikni o'z vaktida va batamom davolashdan iborat.

O'PKADAN QON KETISHI

O'pkadan qon ketishi – nafas yo'llaridan yo'tal paytida toza qonni yoki uni balg'am bilan aralashib kelishi kuzatiladi. O'pkadan qon ketishi – nafas a'zolarining har xil nospetsifik va spetsifik yallig'lanishli kasalliklarini shuningdek xavfli o'sma va o'pkani shikastlanishlarini og'ir va xavfli asorati bo'lib hisoblanadi. O'tkir yallig'lanishli kasalliklarda o'pka tomirlarida tromb hosil bo'lishiga ulgurolmaydi va o'pka to'qimasini parchalanishida o'pkadan qon ketishi boshlanishi mumkin.

Odamlarda surunkali yallig'lanishli kasalliklarda o'pka tomirlarida degenerativ o'zgarishlar rivojlanadi, tomirlar deformatsiyalanadi, anevrizmatik kengayishlar hosil bo'ladi. Ularda o'pkadan qon ketishi tomirlarni yorilishi yoki devorining arrosiyasi natijasida yuzaga keladi.

Bundan tashqari o'pkani surunkali kasalliklari bilan og'rikan bemorlarda bronxial va o'pka arterialari o'rtasidagi anastomozlarda keskin gipertrofiya kuzatiladi.

Oqibatda o'pkada qon aylanishi buziladi, bronxial tomirlarda bosim ortadi va qon ketishga moyillik ortadi. qon tomirlar yorilmasa, qonni shaklli elementlarini diapedezi yuz beradi. Klinik jihatdan bu qon tupurish ko'rinishida bo'ladi.

Qon tomir yorilganda qon ketish boshlanadi. O'sma kasalligi bor bemorlarda qon ketish o'sma to'qimasini parchalanishi yoki xavfli ŷsma tufayli qon tomirlarning arrosiyasi bilan bog'liq bo'ladi.

Ko'krakni travmatik qisilib shikastlanganida yoki o'pkani yorilib qon tomirni zararlanganida o'pkadan ko'p qon ketish kuzatiladi. O'pkadan qon ketishni sababi traxeyada bronxda, o'pkada yot jismni bo'lishi uni o'pkani jaro'atlashi yoki ?on tomir devorini arrosiyalashi bŷladi.

Bronxoskopiya qilinganda qon ketish o'smani qon tomir kuchli rivojlangan joyidan biopsiya olinganda yoki traxeya, bronxni devoriga yot jismni suqilib qolgan joyidan uni ekstraktsiyasi paytida kuzatiladi. O'pkadan qon ketishi bilan yurak qon tomir tizimi kasalliklari ham asoratlanadi. O'pkadan qon ketishi tug'ma va orttirilgan yurak nuqsonlarida va kichik qon aylanishi doirasida qonni dimlanishida ko'zatiladi, qonni kichik qon aylanishi doirasidan o'tkazilishini qiyinlashuvi kengaygan bronxial venalarning yorilishi bilan tushuntiriladi.

O'pkadan ko'p qonni birdaniga ketishi aorta anevrizmasini traxeya yoki bronx ichiga yorilgan paytida, o'pka arteriovenoz anevrizmasini yorilishida, nafas yўlining shilliq qavatlarini venasini varikoz o'zgarishlari tufayli bo'ladi. qon kasalliklari (gemofiliya) bilan og'riqanlarda o'pkadan qon ketishi gemorragik diatezlar bilan bog'liq bo'ladi. Ba'zida u bronxoektaz, Gudpascher sindromi, endometriozni asoratga olib keladi, gemokoagulyatsiyani buzilishi antikoagulyantlarni qabul qilish natijasida yuzaga keladi. Bundan ko'rindiki, o'pkadan qon ketishini sabablarini ko'p.

Shunisi ajablanarlilik – o'pkada qo'pol destruktiv o'zgarishi bor kishilarda u kam uchraydi. Buning oqibatida zararlangan joyda tomirlar trombozga va obliteratsiyaga uchraydi. O'pkadan qon ketishi 1 marta qon ketishi miqdoriga kam 100 ml ortiq bo'lmagan, o'rta 100-500 ml kўp 800 mldan ortiq miqdorda qon ketishi aytiladi.

Diagnostikasi. O'pkadan qon ketigi birdaniga yoki qisqa muddatli prodromal holatdan keyin: “qon tupurish, og'riq sezish, ko'krakda” issiq qo'yilishi”, “qaynash” kuzatiladi. Agar qon ketishi kechasi bo'lsa bunda bemor uyg'onadi.

QON KETISHINING KLINIK BELGILARI.

Qon ketishining jadalligiga, hajmiga qarab aniqlanadi.

Agar qon ketish kam bo'lsa, qonli balg'am yoki toza qon og'izdan yo'tal paytida keladi. Bir vaqtda bemor og'zida shur ta'mni sezadi.

O'rtacha qon ketishda qon og'izdan yo'talganda sinxron ravishda va burundan sizib oqadi. Ko'p qon ketishida qon og'izdan qo'yilib va burundan uzluksiz oqib chiqadi, o'tkir anemiya belgilari bilan birga rivojlanadi.

Ko'p qon ketishi ba'zida yashin tezligida bo'ladi, shuning uchun terapevtik choralarni ko'rish uchun vaqt etmaydi. Chiqqan qon pushti qizil rangda ko'pikli, ivimaydi, muhiti ishqoriy bo'ladi. Agar kon o'pka bo'shlig'larida (abtsess, kista, kaverna) ushlanib qolinsa bunda to'q jigarrang tusda qon tupurish bo'ladi, ba'zida quyqalar yumshoq massali bo'lib qizil ko'pik aralash bo'ladi. Qon ketish paytida bemorlar qo'zg'algan qo'rquv bosgan, oqargan bo'ladi. Tezda ularda hansirash, taxikardiya, qon bosimini pasayishi kuzatiladi. O'pkada har xil kalibrli nam xirillashlar eshitiladi. Boshlang'ich bosqichlarda qon ketayotganda o'pkada ularni mavjudligini ilg'ash mumkin. Bemor kuchli yo'tal bilan qonni tupirishi bilan, xirillashlarni o'rni o'zgaradi.

Rentgenologik tekshirishda qon ketish paytida o'choqli dog'li qorayish zararlangan tomonda qonni mayda bronxga oqib utishi va rivojlangan tukima atelektazi tufayli kўrinadi. Ba'zan nofaol atelektaz xarakterli rentgenologik belgi bo'ladi. Kam va o'rtacha darajali qon ketish natijasida qon tarkibi kam o'zgaradi. Ko'p qon ketishda esa qon tarkibi o'zgarishga uchraydi qisqa muddatli qonni quyquqlashishi, eritrotsitlar sonini, gemoglobinni pasayishi, neytrofil leykotsitozni kuzatilishi xos bo'ladi.

Og'izdan va burundan qon ketishining har bir holatlarida qonni qaerdan ketayotganligini bronxial tizimdan, og'iz bo'shlig'idan yoki qizilo'ngachdan ketayotganligini aniqlash lozim. Og'iz bo'shlig'idan va burun- halqumdan qonni ertalab ketishida yo'tal va qusish bo'lmaydi. Og'iz bo'shlig'ini ko'zdan kechirilganda shilliq qavatlarni shikastlanganligi, o'smalar hamda tishni olingandan keyingi qoldiqlari qon ketishga sabab bo'lishi mumkin.

Burun- halqum va kekirdak oynada qaralganda nafas yo'lining bu qismidan qon ketish manbasini aniqlash mumkin. Qizilўngachdan qon ketsa kekirish yoki qusish bilan birga keladi, yo'tal bilan kelmaydi. U kofe quyqasiga o'xshab, quyqalar hamda ovqat mahsulotlari bilan aralashib kislotas reaksiyasi bo'lib keladi.

Agar bemorda “yara anamnezi” bo'lsa oshqozondan kon ketish tugrisida, jigarni zichlashishi, taloqni kattalashganligi aniqlansa qizilўngach venalaridan qon ketayotganligidan darak beradi.

O'pkadan va oshqozondan qon ketishini farqlash qiyinlashsa (oshqozondan ketgan qon aspiratsiya qilinsa yoki o'pkadan kelgan qon yutilsa) unda ketma-ketlikda ezofagogastroskopiya va traxeobronxoskopiya qilinadi.

Jigarni kattalashgani, bo'yin venalarining bo'rtishi, oyoqlarda shishlarni paydo bulishi, yurakdagi shovqinlar dimlanish oqibatida qon ketayotganligidan dalolat beradi. Siydikni, qonni tahlili balgamni sitologik tahlili, koagulogrammani tahliliga qarab koagulopatiya yoki Gudpascher sindromi tipidagi immunopatologik holatni aniqlanadi.

Oz miqdorda qon yo'qotilsa, bemorni ahvoli kam o'zgaradi. Bolalar qonni yoq otilishiga sezgir bo'ladi, ularda yurak-qon tomir tizimini kompensator imkoniyatlari rivojlanmagan bo'ladi. Xuddi shu sabablar tufayli qari kishilar yurak qon-tomir kasalliklari xususan, miokardni zararlanishi va aterosklerozga chalanganlar kon yo'qotishga sezgir bo'ladilar. Bemor uchun o'pkadan qon ketishdan ko'ra uning oqibatlari og'ir hisoblanadi. Ko'plab qonni aspiratsiyasi hayot uchun xavfli bo'ladi.

Qon ketishdan keyin aspiratsion pnevmoniya va obrutatsion atelektaz rivojlanib o'pka absessi bilan asoratlanadi.

Texnikasi. Qon ketishini aniqlashda uning manbaini aniqlash muhim. Buning uchun bemorni rentgenologik tekshirishlar to'g'ri va yon tomondan rentgenografiya, qavatma-qavat tomografiya qilish, koagulogramma o'tkazish zarur. Ko'pchilik bemorlarda bu ma'lumotlar bo'yicha tashxis qo'yish va qon ketishning manbaini aniqlash mumkin.

O'pkaning ikki tomoni zararlangan va o'pkada patologik o'zgarishlar topilmagan bemorlarda qon ketish manbasini topish qiyin bo'ladi. Bunday hollarda maxsus tekshirishlar muhim. Bronxoskopik tekshirishlar yordamida yarali endobronxit, o'sma kasalliklarini, traxeya va bronxlarning o'smasini topish mumkin.

Bronxoskopiya yordamida qon ketayotgan bronxnini ajratish mumkin bo'ladi.

O'pkasidan qon ketayotgan hamma bemorlar shifoxonaga yotqiziladi, chunki qon ketishning oqibatlarini oldindan ko'rish qiyin. Bundan tashqari faqat statsionar sharoitda bemorni chuqur tekshirishga va davolashning samarali usullarini qo'llashga imkoniyat bo'ladi. Chunki, qon ketishda yakuniy tashxis qo'yishni va davolashni yuqori malakali tibbiyot xodimi maxsus uskunalar yordamida amalga oshiradi, bunda hamma bemorlar maxsus pulmonologiya yoki o'pka, torakal jarrohlik bo'limiga yotqiziladilar.

Davolash. Qon ketishni erta to'xtatish va ko'p miqdordagi yo'qotilgan qon o'rmini to'ldirishga qaratiladi. Bunda qonni ivish tizimini kuchaytiruvchi vositalar keng qo'llaniladi. Qon ketishi qonni ivishi va tromb hosil bo'lishi tufayli mustaqil to'xtashi ham mumkin.

Gemostozni prostetaz ingibitorlari va aminokapron kislotadan boshlash lozim, bunda kontrikal (trasilol) 10 000-20 000 TBni 100 ml natriy xloridning izotonik eritmasida, ketidan 5%-100 ml aminokopron kislota venaga tomchilab yuboriladi. Antiproteaz vositalar (tripsin, ximotripsin, plazmin va b.) proteolitik fermentlar faolligini bog'laydi. Aminokapron kislotasi qonni fibrinolitik faolligini pasaytirib, xususan, fibrinoliz kuchaygan bemorlarda spetsifik qonni to'xtatuvchi ta'sir qiladi.

Atropin qorin bo'shlig'i a'zolarini qon tomirini kengaytiradi, qon bu a'zolarida to'planib, o'pkadan kelishi kamayadi.

Proteaza ingibitorlari va aminokapron kislotasini takror yuborish mumkin. Kaltsiy xloridni yoki uning analogi kaltsiy glyukonatni qo'llash asoslangan. Kaltsiy ionlari qon ivishi uchun, qon tomir devorini mahkamlash va o'tkazuvchanligini oshirish uchun muhim.

Kaltsiy xloridni 10%-10 ml suvli eritmasi venaga yuboriladi. U 5-6 soatgacha ta'sir qiladi. Shuning uchun har 6 soatda takror yuborish mumkin. Gemostaz maqsadida vitamin K, uning sintetik analogi vikasol qo'llaniladi, u protrombinni hosil bo'lishida ishtirok qilib, konni normal ivishiga olib keladi. Bu vositalar mushak orasiga 1% 1,0-1,5 ml sutkada 1 ma'al 3-4 kun davomida beriladi. Vikasolning ta'siri organizmga yuborilgandan 12-18 soatdan keyin boshlanadi.

Kamfora eritmasi 3-4 mldan har 4 soatda teri ostiga yuboriladi. Kamfora ta'sirida yurak faoliyati yaxshilanadi, periferik qon aylanishi ortadi, o'pkada dimlanish pasayadi. kamforani qonni ivish tizimiga ta'siri isbotlanmagan, shuning uchun gemostaz maqsadida berilmaydi.

O'pkadan qon ketishda ganglioblokatorlar (benzozeksoniy, pentamin, gangleron va b) qo'llaniladi. Ular qon bosimini pasaytiradi, shu jumladan bronxlarda ham. Shu yo'l bilan qon laxtalari va tromb hosil qilinishi uchun sharoit tug'diriladi. Gangliblokatorlarning ta'siri xavfsiz emas, shuning uchun ularni kursatma bo'yicha beriladi.

Yaqin paytlargacha qonni to'xtatish maqsadida qon quyilgan, bu retsipient qonini tezda ivishiga olib kelgan. Hozirgi kunda OITS, virusli gepatit kabi kasalliklarni keng tarkalayotganligi tufayli gemostaz maqsadida qon qo'yilmaydi.

Ko'p qon yo'qotishlarda gemotransfuziyani qo'llamasdan qutilib bo'lmaydi. Toza konservalangan qonni to'ldirish maqsadida quyiladi. Donor qoni plazmasidagi fibrinogen gipoafibrinogenemiya bilan kechadigan qon ketishlarda samarali bo'ladi. U qonni ivishini tugatilishiga, laxtani xosil bulishiga olib keladi. Dorini in'ektsiya uchun Q25-300S li suvda eritilib yuboriladi, dozasi 0,8 dan 8 grammgacha, o'rtacha 2-4 g, k'rsatmaga qarab olinadi.

Fibrinogen eritmasini venaga filtr orqali struyali yuboriladi. Boshqa antigemorragik yoki gemostatik vositalar (gemofobin, trombin, etanzilat, vitamin K va b.) buyuriladi. Biroq gemostatik terapiya faqat qon tupurishda yoki oz miqdorda qon ketishlarda samarali bo'lib, o'rta yoki ko'p miqdorda qon yo'qotishlarda kam samarali bo'ladi. Bunday qon ketishda patogenetik davolash samarali bo'lib, bunda sababni bartaraf qilish muhim. Mana nima uchun o'tkir o'pka yallig'lanish kasalliklarida va pka silida gemostatik vositalarni buyurish bilan birgalikda yalli?lanishga ?arshi davo jadal ytkaziladi.

O'pka silini ochik formasida qon ketishni to'xtatish uchun davolovchi pnevmotoraksni o'tkazish maqsadga muvofiq, agar alevral bo'shliq ko'chgan bo'lsa, pnevmoperitoneum qilinadi. O'pkadan qon ketishda qon aspiratsiya qilinib, pnevmoniya va atelektozga olib kelishi mumkin, shuning uchun qonni to'xtagandan so'ng bronxoskop yordamida bronxlar tozalanib, keyinchalik yallig'lanishga qarshi davolanadi.

SPONTAN PNEVMOTORAKS

To'ssatdan bo'ladigan (spontan) pnevmotoraksda – havoni o'pkadan plevral bo'shliqqa o'tishi kuzatiladi. Sababi bo'lib o'pka to'qimasini yorilishi, ko'pincha plevra ostidagi emfizematoz "bulla"- yupqa pardali havoli o'pka kistasini yorilishi hisoblanadi. O'pka sili, abtssesi, raki, ko'krak qafasining shikastlanishida sodir bo'ladi.

Diagnostikasi, bemorlarda yoki zarar ko'rganlarda ko'krak qafasida birdaniga kuchli og'riq paydo bo'ladi, nafas olganda, harakatlanganda kuchayadi, hansirash, quruq yo'tal, yurak o'ynashi, darmonsizlik, qon bosimi pasayishi, sianoz paydo bo'ladi. Og'riq ko'pincha davomli, nafas yuzaki, tezlashgan bo'ladi. Ko'krak qafasini zararlangan tomoni nafas aktida orqada qoladi. Perkussiyada timpanik tovush aniqlanadi. Ko'ks oraliq'i a'zolari sog'lom tomonga siljiydi. O'pkani zararlangan tomonida timpanik tovush kuchayadi, shuning uchun nafas hamma vaqt eshitilmaydi. Tashxis kasallikning klinik belgilariga, anamnestik ma'lumotlarga asosan qo'yilib, rentgen tekshirish yordamida tasdiqlanadi.

Taktika. Spontan pnevmotoraksli bemorlarni ko'krak qafasi jarrohligi bo'limida yotqiziladi.

Davolash. Statsionar sharoitda davolashda bemorda oq'riq sindromini bartaraf qilish uchun droperidol, promedol, fentanil mushak orasiga qilinadi. Tomir tonusiga ta'sir qiluvchi vositalar (kordiamin, mezaton) qilinadi. Plevral punktsiya qilinib, havosi tortib olinadi. Plevrada asab tolalarining ko'pligi uchun shokni paydo bo'lish xavfi yuqori bo'ladi.

O'tkir nafas etishmovchiligi (UNE) patologik holat bo'lib, hayotiy muhim a'zoni faoliyatini ortishiga qaramasdan, to'qimalarni kislorod bilan ta'minlanishi va karbonat gazlarini chiqarilishi etarli bo'lmaydi. 2 ta asosiy ventilyatsion, parenximatoz turi farqlanadi.

Ventilyatsion UNE – o'pkani hamma gaz almashinuv zonalarini ventilyatsiyasini etishmovchiligi nafas yo'lining o'tkazuvchanligini turli buzilishlarida, nafasni boshqarishning markazini hamda nafas mushaklarining faoliyatini pasayishida kuzatiladi .

Parenximatoz UNEda – ventilyatsiya va qon aylanishi o'rtasida nomuvofiqlik o'pka parenximasini har xil bo'limlarida bo'lib, arterial gipoksemiyaga, gipokapniyaga, o'pkani gaz almashinuvi zonalarida kompensator giperventilyatsiyasi bilan kechadi.

UNEni sabablari – o'pka parenximasining kasalliklari, o'pka shishi, bronxial astmaning davomli xuruji, astmatik status, pnevmotoraks, nafas yo'lining birdaniga siqilishi (kekirdak shishi, yot jism, traxeyani tashqaridan siqilishi), qovurg'alarni bir nechtasini sinishi, nafas mushaklarini zararlanishi bilan kechadigan kasalliklar (miasteniya, FOB - fosfororganik birikmalari bilan zaharlanish, poliomielit, stolbnyak, epileptik status), hushsiz holat (uyqu dorilar ta'sirida yoki miyaga qon qo'yilishi oqibatida) kiradi .

UNE ni 3 ta darajasi farklanadi .

1.daraja – nafas etishmovchiligi belgilaridan shikoyat qiladi. Bemorlarda sarosimalik, eyforiya, terini oqarganli, namligi, akrotsianoza kuzatiladi. Nafas soni – 25-30 ta daqiqada, taxikardiya, arterial gipertenziya kuzatiladi.

2.daraja – bemorlar qo'zg'algan, vahimaga tushgan, gallyutsinatsiya, ifodalangan sianoz, nafas soni 35-40 marta, daqiqada. Teri nam (ter bilan qoplangan), yurak qisqarishlar soni 120-140 marta daqiqa arterial gipertenziya o'sib boradi.

3.daraja – bemor koma holatida klonik, tonik talvasalar tutadi, terida dog'li sianozlar, qorachig'ni kengayishi kuzatiladi, nafas soni 40 marta 1 daqiqada (ba'zida 8-10 marta daqiqada), nafas yuzaki bo'ladi. Puls aritmik, tez-tez, zo'rg'a seziladi, arterial gipotenziya.

Davolash: nafas yo'lining o'tkazuvchanligini erkin darajada ta'minlash (tilni ketishi, yot jismni bartaraf qilish), bemorni yonbosh tomonga, iloji boricha o'ng yonboshga yotqizish, havo o'tkazuvchi nayni qo'yish. Traxeyani intubatsiyasi yoki traxeostomiya yoki konikotomiya yoki 1-2 ta yo'g'on (diametri – 2-2,5 mm) ni nani qalqonsimon tog'aydan pastga sanchish. Oksigenoterapiya: namlangan kislorodni 4-8 l/daqiqalarda yuborish, parenximatoz UNEda. urtacha giperventilyatsiya 12 l/daqiqagacha qilinadi.

Shifoxona sharoitida davolash: 1,2 darajali UNE da bemorlarni boshqarishni yuqorilab ko'tarilgan holda o'ng yonboshda tashiladi, 2-3 darajada albatta o'pkani sun'iy ventilyatsiyasi o'tkaziladi.

IV. Yurak qon – tomir tizimi kasalliklarida bemorlarni tekshirish usullari.

4.1. Yurak qon – tomir tizimi xastaliklarida bemorni so'rab-surishtirish (interrogatio)

So'rab – surishtirish .

Shikoyatlar .

Yurak qon – tomir tizimi kasalliklarida bemorlar hansirashga, yurak sohasida va to'sh ortida og'riqqa , yurak o'ynashiga , qon tupurishga , shishlarni paydo bo'lishiga o'ng qovurg'a ostida og'riqqa , dispeptik uzgarishlariga shikoyat qiladi .

Hansirash (dyspnoe). Bu grekcha soʻzdan kelib chiqqan dys – buzilgan va pnein – nafas olish , ya'ni nafasni ogʻir buzilishi boʻlib xisoblanadi .

Hansirash – yurak etishmovchiligining eng koʻp uchraydigan belgisi boʻlib , har xil darajada boʻladi . Uning paydo boʻlish vaqtini (doimiy , xurujli) jismoniy zoʻriqish bilan bogʻliqligi , tinch holatda paydo boʻlishi kuzatiladi . Bemor hansirashni engillashtirish uchun vaziyatni oʻzgartirishi kuzatiladi .

Yurak kasalliklarida hansirash dastlab jismoniy zoʻriqishda , yurganda , zinadan koʻtarilganda va biroz vaqtdan keyin oʻtib ketadi .

Yurak nuqsonlarida dekompensatsiya davrida hansirash paydo boʻladi . Xususan mitral stenozda , aterosklerozli kardiosklerozda eksudatli plevritda va yurakni boshqa kasalliklarida boʻladi . Yurak kasalliklarida chap qorincha etishmovchiligida boʻgʻilish xurujli koʻpincha tunda paydo boʻladi . Bu xurujlar oʻta iztirobli boʻladi . Bemor tunni uyqusiz oʻtkazadi , kresloda ertalabgacha oʻtirib chikadi, xuruj davom etadi . Yurakni bunday xurujlari yurak astmasi (astma cardiale) deyiladi . U yurak klapanlari nuqsonida dekompensatsiya davrida xususan mitral stenozda , aortal nuqsonda , miokard infarktida , chap qorincha anevrizmasida , kardiosklerozda va katta qon aylanish doirasini yaqqol ifodalangan gipertoniya rivojlanadi . Klapan nuqsonlarida dekompensatsiya davrida , miyada mahalliy qon aylanishini ateroskleroz tufayli mahalliy buzilishida nafasni Cheyn – Stoks tipida buzilishi aniqlanadi .

Yurak soxasida ogʻriqqa shikoyat kiladigan bemorlarni soʻrab surishtirishda quyidagilarni aniklashtirish lozim. 1) ogʻriklar qaysi sharoitda paydo boʻladi(jismoniy zoʻrikishda, xayajonganlanda va b.) 2) ogʻrikni anik joyi (yurak choʻkkisi, toʻsh orti) 3) uni xarakteri (sikuvchi oʻtkir, ogʻirlik sezish, toʻsh ortini bosilishi va b.) 4) ular doimiy yoki xurujsimon boʻlishi. 5) uning davomiyligi 6) uni kaerga tarkalishi 7) nimadan pasayadi, yoki oʻtib ketadi. Shunday aniklashtirish diagnostikada yordam beradi.

Stenokardiyada ogʻrik xurujli yurak mushaklarini vaktinchalik ishemiyasini koronar tomirlar spazmi va unda kon aylanishini buzilishidan kelib chikadi.

Miokard infarktida ogʻrik stenokardiya dan fark kilib boshka xarakterda boʻladi. Uning jadalligi yukori buladi, uzok muddat davom etadi, bir necha soatgacha, xatto kunlarga chuzilishi mumkin. Ogʻriklar jismoniy zoʻrikish yoki xayajonlanish natijasida kelib chikadi unda , qon tomirlarni kengaytiruvchi dorilar yordam bermaydi.

Perikarditlarda ogʻrik perikardial varaklarda fibrinni oʻtishi okibatida xosil boʻladi, doimiy xarakterda boʻladi, jadalligi turli xil boʻladi. U validol va nitroglitserin tabletkasidan keyin bartaraf boʻlmaydi. Ogʻriklar endokarditlarda va oʻtkir miokarditda xam boʻladi, biroq miokard infarktidagi kabi oʻtkir boʻlmaydi. Yurak nevrozlarida oqʻriq toʻsh ortida boʻlmaydi, yurak choʻkkisida boʻlib, tarkalmaydi, doimo bemorni bezovta kiladi, xar xil emotsiyalar bilan bogʻlik boʻladi.

Aortaning xar xil sifilitik mezoaortit, aorta anevrizmasi, gipertoniya da aortani kengayishida zararlanishlarida bemorlar toʻsh orti soxada ogʻriqqa shikoyat kiladilar. Qon aylanishining buzilishida, yurak nuksonlarida va boshka yurak kasalliklarida bemorlar jigarda qonni keskin dimlanishida va Glisson kapsulasini choʻzilishi natijasida oʻng kovurgʻa ostida ogʻrik sezadi.

Yurak oʻynashi yurakni tez kiskarishlarini bemor yurak oʻynashi sifatida xis qiladi. U normada sogʻlom kishilarda jismoniy zoʻrikishlarda uchrashi mumkin (yugurganda, zinadan tez koʻtarilganda, ogʻir yukni kʻyarganda va x.). Yurak ʻynashi xarorat koʻtarilganda, infeksiyalarda, xar xil poroklarda (yurak klapanlari nuksonida dekompensatsiya davrida, oʻtkir miokarditlarda, miokard infarktida, tireotoksik yurakda va x.). Yurak oʻynashining oʻtkir xuruj koʻrinishida xosil boʻlishi paroksimal taxikardiyalar uchun xarakterli boʻladi.

Qon tupurish (haemoptae). Kichik qon aylanish doirasida dimlanishni yurakni mitral nuqsonida , xususan mitral stenozda , shuningdek miokard infarktida va boshqa yurak qon tomir

kasalliklarini chap qorincha etishmovchiligi bilan kelganda bemorlar balg'am bilan qon kelishidan shikoyat qiladi .

Qon tupurish mitral stenoz, miokard infarkti, chanoq yoki oyog'larning venalarini tromboflebiti bilan og'rigan bemorlarda o'pka tomirlarini emboliya yoki mahalliy trombozga uchrashi natijasida o'pka infarkti rivojlanganda kuzatiladi . Qon tupurish bunday hollarda oz miqdorda balg'am bilan qonni chiqishi yoki o'pkadan qon ketish ko'rinishida bo'ladi.

Yurak astmasi uchun ko'pikli pushti rangdagi balg'am ajralishi xos bg'lib, dimlanish va tomirlar o'tkazuvchanligining ortishi bilan bog'liq bo'ladi .

Shishlar . Yurak kasalligiga chalingan bemorlar oyog'laridagi shishlarga shikoyat qiladi. Shishlar kechqurun yurgandan keyin paydo bo'ladi , keyinchalik ko'payadi . Ba'zida oyog'da shishlar doimiy bo'ladi . So'rab – surishtirilganda shishlarni jismoniy zo'riqishlar va qabul qilingan suyuqlik bilan bog'liqligini aniqlash muhim .

4.2. Yurak-qon tomir tizimi kasalliklarida bemorni umumiy ko'zdan kechirish

Yurak kasalliklari bilan bilan og'rigan bemorlarni tashqi tomondan ko'zdan kechirish bir qator belgilarni ilg'ab olishga imkon beradi , bu bemorlarni ahvolini baholash va tashxis qo'yish uchun muhim ahamiyat kasb etadi .

Ko'zdan kechirishni bemorning egallagan vaziyatini baholashdan boshlanadi , keyin terini , shilliq qavatlarni rangiga , shishlarga, yurak sohasiga , qo'l va oyoqlardagi periferik qon tomirlarga qaraladi .

Bemorning vaziyati . Yurak kasalliklari bilan og'rigan bemorlar qon aylanishi engil darajasida kompensatsiya davrida erkin harakatlanadi , shikoyat qilmasliklari mumkin . Yurak etishmovchiligining yaqqol keskin rivojlanishlarida bemorlar yotoqda bosh tomonini yuqori qilib, boshni ostiga ko'plab yostiqlar qo'yib yotadilar yoki ularga maxsus bosh ostiga qo'yiladigan moslama beriladi , yarim o'tirgan holatni egallaydi va ahvoli biroz engillashtiriladi . Bemorlar chalqancha yoki o'ng yonbosh tomonga yotqiziladi , yurakdagi noxush sezgilardan qutulish maqsadida chap yonboshga yotqizilmaydi .

Yurak etishmovchiligi yaqqol ifodalangan hollarda, ayniqsa chap qorincha etishmovchiligida uni yurak astmasi xurujiga olib kelishida bemorlar xarkaterli majburiy holatni egallaydi . Ular kresloda yoki to'shakda o'tiradi , oyoqlarini pastga osiltirib , boshini yostiqa qo'ygan holatda bo'ladi . To'shakda yotishga urinish ularda bo'g'ilish xurujiga sabab bo'ladi . Ba'zan ular haftalab o'tirishadi , tunda uxlamaydi , toki yurak va siydik ayiruv faoliyatini yaxshilaydigan vositalarni samara bergunga qadar kutadi .

Bemor majburiy vaziyatni egallaganda hansirashni kamayishi oyoqlarni pastga tushirilganda qonni pastki qismga harakati tufayli kichik qon aylanish doirasida dimlanishni kamayishi , diafragmani ekskursiyasi ortishi bilan bog'liq bo'ladi. Bunday holat yurak klapanlari nuqsonlarida, kardiosklerozda chap qorincha anevrizmalarida ularni miokard infarkti yoki boshqa kasalliklar fonida paydo bo'lib yurak faoliyatining pasayishi bilan kechishlarida kuzatiladi .

Eksudatli perikarditlarda bemorlar tizza – bilak vaziyatini egallaydi yoki yarim egilgan holatda o'tiradi , majburiy holatni egallab o'ziga biroz engillik yaratadi . Stenokardiya xuruji paytida bemor y'tirishni ma'qul ko'radi .O'tkir yurak etishmovchiligi (shok, kollaps) da bemorlar gorizontol holatda yotadi . Bemorning turish uchun intilishi obmorokka sabab b'ylishi mumkin .

Teri va shilliq qavatlarni ko'zdan kechirish . Yurak kasalliklari bilan og'rigan bemorlarni ko'zdan kechirishda teri va shilliq qavatlarning rangiga e'tibor qaratiladi , yurak kasalliklarida keskin ifodalangan oqarish yoki ko'karish kuzatilishi mumkin . Teri va shilliq qavatlarda gemorragik toshmalarning uchrashi diagnostik ahamiyat kasb etadi . Sianoz (cyanosis) yurak kasalligiga chalingan bemorlarda qon aylanishining etishmovchiligida teri va shilliq qvatlarning sianotik (ko'karish) belgilari kuzatiladi .

Ko'karishning jadalligi har xil bo'ladi . Engil sianotik rangdan to qora ko'k ranggacha bo'ladi . Kasallikning boshlanishida sianoz lablarda, burun uchida, yonoqlarda , qo'l barmoqlarida terisi yupqa bqo'lgan joylarda bo'ladi, keyinchalik uni rangi jadallanib , qo'l terisini ko'k rangga kiritadi (akrotsianoz) , hattoki gavda ko'k tusga kiradi . Sianoz mitral nuqsonlarda , asosan mitral stenozda uchraydi . Bunda yonoqni o'ziga xos ko'k rangga kirishi facies mitralis (mitral nuqsonli bemorning yuzi) deb nom olgan .

Tsianozning keskin yuqori darajasi tug'ma yurak nuqsonlarida (o'pka arteriyasini torayishi va b. yurak nuqsonlarida) . Shuningdek o'pka arteriyasining sklerozi (Aerza kasalligi)da uchraydi . Bunday holatlarda sianoz keskin darajada ortadi , bu kasallik morbyus coeruleus (ko'k kasallik) nomini oladi .

Tsianoz o'pka yurak etishmovchiligida o'pkaning surunkali kasalliklari (pnevmoskleroz va b.) da bronxoektaz kasalligi, o'pka enfizemasida ham uchraydi . Ba'zan sianoz hpka arteriyasi emboliyasi, pnevmotoraksda tusatdan rivojlanadi . Sianoz qonda qaytarilgan gemoglobinning miqdorini ortishi bilan ifodalanadi, uni rangi oksigemoglabinga nisbatan to'q rangda bo'ladi. Sianotik rangni shakllanishida venoz dimlanishlar, venalarni kengayishi kuzatilib, u yurak o'ng qismining etishmovchiligi tufayli kelib chiqadi. qaytarilgan gemoglobinning qonda ortishiga bir necha xil sabablar bo'ladi.

Markaziy sianozda o'pkaning xar xil kasalliklari tufayli qonni normal arterializatsiya jarayoni buziladi, shundan so'ng ypkadan oqib boradigan qon kislorod bilan to'yinmaydi. Boshqa turdagi sianoz periferik bq'lib qon xarakatining sekinlashuvi va kislorodning atrofidagi to'qmalarga ko'plab sarflanishi tufayli kuzatiladi. Bunday xolatlarda qon tarkibida norma nisbatan yuqori darajada qaytarilgan gemoglobin aniqlanadi. Periferik sianozning sabablari yurakni xar xal kasalliklari oqibatida qon aylanishining buzilishi bo'lishi mumkin. Aralash turdagi sianozda ikkita sababchi kasalliklar bir vaqtda uchraydi. Yurak kasalliklarida sianoz ko'pincha aralash xarakterli bo'lada. Sianozning mexanizmlari qo'llanmaning umumiy bo'limida yoritilgan.

Tsianoz shuningdek mahalliy ham bo'lishi mumkin . U qo'l va oyoqlarning tromboflebitlarida kuzatilib bu tomirlarda venoz oqimning qiyinlashuvi bilan bog'liq bo'ladi . Mahalliy sianoz kattalashgan limfa tugunlari yoki chandiqlar tufayli venalarning bosilishidan paydo bo'lishi mumkin. Ba'zida mahalliy sianoz alohida ko'k dog'larni qorin devorida ko'rinishi holida o'tkir pankreatitlarda kuzatilishi ham mumkin .

Oqarish. Teri qoplamlari va shilliq qavatlarining oqarishi odatda aortal yurak nuqsonlarida uchraydi , mitral nuqsonlarda esa ko'karish kuzatiladi . Asosan ifodalangan oqarish aorta og'zi stenozida , qorincha sistolasi paytida tomirlarni qonga kam to'lishida hamda diastola payti ularni reflektor spazmida kuzatiladi .

Teri qoplamlarining oqarishi aorta klapanlarining etishmovchiligida diastola paytida prekapiyarning etarlicha bo'lmagan holda qonga tulishishi natijasida yuzaga keladi.

Yaqqol oqarish endokarditlarda og'ir qaytalama va cho'ziluvchan septik endokardit natijasida eritrotsitlarni gemolizga uchrashi tufayli anemiya yuzaga keladi .

Kollapsda qon – tomir etishmovchiligi rivojlanib bemorda teri qoplamlarining oqarishi kuzatiladi .

Teri qoplamlarining va shilliq qavatlarining sag'ish rangga kirishi mitral paroklarning yaqqol ifodalangan dekompensatsiya davrida , hamda yurakning boshqa o'ng qorincha etishmovchiligi bilan kelgan kasalliklarida po'st shox pardasining va teri qoplamlarining engil ikterikligi aniqlanadi . Bunday hollarda engil sarg'ayishlarning paydo bo'lishi jigardagi dimlanishlarning mavjudligi bilan bog'liq bo'lib, rivojlanayotgan sirrotik jarayonlar (kardial jigar serrozi) dan darak beradi .

Cho'ziluvchan septik endokarditlarda teri qoplamlarining oqarishi bilan ularning engil darajada sarq'ayishi kuzatiladi . Terining bunday tusga kirishi "kofe bilan sut"("caffe au lait") deyiladi . Yurak kasalliklarida teri va shilliq qavatlarining rangining o'zgarishi bilan birgalikda

petixial , gemorragik toshmalarni teri va kon'yuktivida kuzatish (Lukin simptomi) mumkin . Bu simptom cho'ziluvchan septik endokarditlar uchun xarakterli bo'ladi .

Teri osti qavati . Uzoh muddat qon aylanishining buzilishida , asosan klapan nuqsoni bor bemorlarda birdaniga ozish bilan birgalikda shishlar kuzatiladi . Ushbu xolatdagi qon aylanishining buzilishini bunday kurinishi yurak nuksonining kaxektik bos'ichi deyiladi . Bunga ?arama – ?arshi bulgan ?olat yurakni yo? bosishi ?on aylanishini buzilishiga olib keladi .

Shishlar (oedema) . Yurak kasalligiga chalingan bemorlarda shishlar yurak etishmovchiligining belgisi sanaladi , eng asosiysi o'ng qorinchani unda venoz bosimni ortishi tufayli qonni harakati sekinlashishi va kapilyarlar o'tkazuvchanligining ortishi to'qimaga suyuqlikni transudatsiyasi kuchayadi . Yurak shishlarining rivojlanishini asosiy sababi kapilyarlardagi gidrostatik va onkotik bosimning o'zaro muvofiqligini buzilishi hisoblanadi . Ma'lumki gidrostatik bosim onkotik bosimdan yuqori bo'lsa , qonning suyuq qismini atrof to'qimalarga transudatsiyasi va buni teskarisi ro'y beradi . Bu quyidagida ko'rinadi . Me'yorda kapilyarning arterial oyoqchasida gidrostatik bosim 400 – 450 mm suv ustun bo'lib plazmaning onkotik bosimidan oshadi , u erda bosim 350 mm suv ustuniga teng buladi. Bu me'yorda qondagi suyuqlikni to'qimaga o'tishiga imkon beradi . Kapilyarning venoz oyoqchasida gidrostatik bosim normada yuqoridagiga teskaricha , plazmadagi onkotik bosim taxminan 170 mm suv ustuni bo'lib , suyuqlikni to'qimadan qayta qonga transudatsiyasiga o'tishiga olib keladi. Bu sharoit normada suyuqlikni qondan to'qimaga transudatsiyasini muvofiqlashtiradi va to'qimadan qayta qonga o'tishiga olib keladi . O'ng qorincha etishmovchiligida asosan mitral nuksonlarda , uch tabaqali klapan etishmovchiligida , o'pka yurak etishmovchiligida aterosklerotik kardiosklerozda va yurakning boshqa kasalliklarida katta qon aylanish doirasi venalaridan o'ng qorinchaga qonni kelishi qiyinlashadi , venalarda va kapilyarlarda gidrostatik bosimni oshishiga olib keladi . Buning oqibatida kapilyarlarning arterial oyoqchalaridan ty?imalarga suyuqlikni kelishi ortadi va to'qimadan venoz kapilyarga qaytadigan suyuqlikni oqishi sekinlashadi . Bu to'qimada suyuqlikning to'planishiga , shish hosil bo'lishiga olib keladi . Kapilyar venoz oyoqchasining kengayishi , undagi qon harakatining sekinlashuvi , uni devorini oziqlanishini buzilishiga , uni ytkazuvchanligini ortishiga va shishni rivojlanishiga olib keladi .

Shishlarning paydo bo'lishiga bo'yракka qon kelishini pasayishi tufayli ayiruv funktsiyasining buzilishi ham zamin hozirlaydi . To'qimada almashinuvni buzilishi chala oksidlangan mahsulotlarning va xlorid natriyning to'qimalarda suyuqlikni saqlab holinishiga olib keladi . Oqibatda, qon onkotik bosimni pasayishi yurak nuksonlarini kaxektik bosqichida uchraydi , shishlarning rivojlanishida ma'lum rol o'ynaydi . Yurak kasalliklarida bemorlarda shishlarning paydo bulishi gidrostatika qonunlariga bo'ysunadi , bo'yрак shishlaridan farq qilib uzoq va pastga joylashgan bo'ladi , boshida tovonda asosan kechqurun ko'p yurganda paydo bo'ladi , dam olgandan so'ng ertalab ketadi . Keyinchalik shishlar ko'payadi va tizza , son, bel , jinsiy a'zolar , qorinda(ascites) plevral bo'shlig'da (hydrothorax), perikardda (hydrothorax) kuzatiladi tarqoq , ko'p miqdordagi shishlar anasarka (anasarca) deb nomlanadi .

Ta'kidlash lozimki , yurak shishlari og'irlik kuchi ta'siri natijasida o'rmini o'zgartirishi mumkin – chalqancha yotganda ular dumgaza sohaga yo'naladi , yonbosh yotganda yotqizilgan tomonga yo'naladi . Yurak shishlari buyrak shishlaridan farqli bo'lib, teri qoplamlari ko'kimtir rangda bo'ladi . Teri osti qavatlariga suyuqlik to'planishi bilan parenximatоз a'zolarida , jigarda, buyrakda , oshqozon – ichaklarda sezilarli shish paydo bo'ladi .

Ba'zi bir kasalliklarda – qo'l va oyoqlarning tromboflebitlarida , tomirlarni kattalashgan limfa tugunlari bilan siqilishida , mahalliy qon aylanishini buzilishi rivojlanadi va maqalliy chegaralangan shishni paydo qiladi . Eksudativ va yopishuvchan perikarditda yuqori kovak venani ko'ks oralig'idagi o'smasi bilan siqilishida yuzda , bo'yinda keskin ifodalangan shishlar rivojlanadi bu stoks yoqasi deyiladi . Gemiplegiyalarda falajlangan qo'l va oyoqlarda shish kuzatiladi .

Shishlarni ko'zdan kechirib, keyin palpatsiya yordamida katta barmoq bilan tovon sohaga os tibiasini ichki yuzasiga, dumg'azaga va tananing boshqa qismlariga bosib aniqlanadi . Bosilganda chuqurcha hosil bo'ladi , keyinchalik sekinlik bilan silliqiladi . Shishlar bo'lsa teri yaltirab ko'rinadi , boshida yumshoq , uzoq muddatdagi shishlarda qattiqlashadi , qiyinchilik bilan bosiladi . Katta shishlarda ba'zan pufaklar paydo bo'ladi , yorilib ichidan suyulqik chiqadi . Qorinning teri osti kletchatkasini keskin shishlari yorilib undan chandiq hosil bo'ladi , xuddi qomiladorlikdan keyingi chandiq (striae gravidarum) ga o'xshaydi .

Shishning kamayishi yoki kŷpayishini aniqlash uchun diurezni aniqlash va bemorni tarozida o'lchash tizimli ravishda bajariladi . "Nog'ora tayoqchalari" belgilarini topilishi tug'ma yurak nuqsonlari va cho'ziluvchan septik endokarditdan darak beradi .

Yurak sohani va periferik tomirlarni kŷzdan kechirish .

Tug'ma va orttirilgan yurak nuksonlariga chalingan bemorlarni ko'zdan kechirganda ko'krak qafasini yurak sohasini bo'rtib chiqqanligini yurak bukriligini aniqlanadi . Bunday burtib chiqish perikarditda ko'p miqdorda eksudat to'planishi natijasida ham bhladi (eksudativ perikarditda) ko'krak qafasining deformatsiyasi aortani anevrizmida uni to'shni birikkan qismiga va qovurg'ani tog'ay qismiga doimiy bosim ta'siri natijasida rivojlanadi . Bunda ko'krak qafasini mahalliy bo'rtishi uni bu sohada bir vaqtda pulsatsiyasi bilan birgalikda ko'rinadi . Oxiri ko'krak qafasini kifoskloliozida deformatsiyaga uchrashi kichik qon aylanish doirasida qon aylanishi uchun normal bo'lmagan sharoitni hosil qiladi , kifoskoliotik yurakni rivojlanishiga olib keladi . Sog'lom kishilarda yurak sohani ko'zdan kechirish o'rtacha rivojlangan teri osti qavati bo'lganda , yurak chŷqqisi sohada ko'krakni oldingi davrda aniq ritmik pulsatsiyasi ko'rinadi , bu yurak turtkisi deb nomlanadi . Yurak uchi turtkisi normada V qovurg'a oraliqida chap o'rta o'mrov chizig'idan 1-2 sm ichkarida joylashadi, ba'zan ko'zga tashlanadi.

Ozg'in kishilarda qovurg'aaro oraliq keng bo'lganda yurak uchi turtkisi yaqqol ko'rinadi. Semiz kishilarda, qovurg'alarora oraliq tor bo'lganda u ko'zga tashlanmaydi. Tashxis qo'yishda asosan cho'qqi turtkisini tashqi tomonga siljishi muxim . U chap qorinchaning dilyatatsiyasida, asosan aortal nuksonlarda va gipertoniya kasalligida uchraydi. Cho'qqi turtkisini tashqi tomonga siljishi mitral klapan etishmovchiligida, kardiosklerozda va o'ng qorinchani kengayishida chap qorinchani chapga siljitadi. Chŷqqi turtkisi eksudativ plvritda , pnevmotoraksda, gidrotoraksda xam siljiydi.

Yurak sohasini ko'zdan kechirishda ba'zan aniq ifodalangan tarqoq pulsatsiya ko'rinadi . U ko'pchilik holatlarda yurakni sezilarli kengayishlarida o'ng qorinchani katta yuzasi ko'krak devoriga bevosita yotganida (yurak turtkisi) kuzatiladi . Bunday tarqoq yurak sohadagi pulsatsiya orqa ko'ks oralig'i o'smasida va boshqa kasalliklarda yurakni biror sabab bilan oldinga siljishida kuzatiladi .

Yurak xastaliklariga chalingan bemorlarni tashqi tomondan kŷzdan kechirishda diqqatni bo'yin , qo'l – oyoqlar va periferik tomirlarga qaratiladi , bunda tashxis uchun ahamiyatga ega simptomlar topiladi . Qalqonsimon bezni o'lchamini kattalashishi bo'yinni ko'zdan kechirishda aniqlanadi , bu usul bemorlarda taxikardiya, aritmiya va yurakni kengayishidan darak beradi . Bo'yin sohani ko'zdan kechirishda uyqu arteriyasini yaqqol pulsatsiyasi aniqlanadi . Bu simptom "korotid o'yini" nomini olgan bo'lib, aortal klapan etishmovchiligidan darak beradi , u maksimal va minimal arterial bosim o'rtasida keskin tebranishni bildiradi . Bu simptom ba'zan Bazedov kasalligida keskin ifodalangan taxikardiya va gipertoniya uchraydi .

Aorta klapani etishmovchiligida o'ziga xos fenomen belgini boshni chayqalishi (Myusse simptomi) ni ko'rinadi u uyqu arteriyasini keskin pulsatsiyasi va maksimal va minimal bosimni keskin pasayishi natijasida yuzaga keladi .

«Karotid q'yini» simptomi klapan etishmovchiligida odatda periferik tomirlarni (art. Subclavia, brachialis, radialis va boshqalar) pulsatsiyasi bilan birgalikda keladi . Hamma tomirlarni bunday keskin pulsatsiyasi Homopulsans (pulsatsiya qiluvchi odam) deb nomlanadi .

Bo'yinda uyqu venalarining pulsatsiyasi va bo'rtib chiqishi o'ng bo'lmachaga venoz qonni quyilishini qiyinlashishi oqibatida yuzaga keladi .

Normada sog'lom kishilarda yotgan vaziyatda venalarning bo'rtib chiqishi ko'rinishi mumkin , lekin bu vertikal vaziyatda to'liq ketadi . Agarda bunday vaziyatda venani bo'rtib chiqishi kuzatilsa unda o'ng qorincha etishmovchiligini shubha qilish mumkin , eksudativ plevrit o'pka emfizemasi, pnevmotoraks va b . natijasida rivojlanadi . Bo'yin va qo'l venalarining keskin kengayishi bilan bir vaqtda bo'yinda va qo'lda shish bo'lishi (Stoks yoqasi) yuqori kovak venani o'sma bilan aorta anevrizmasi bilan bosilishi yoki yuqori kovak vena trombozi tufayli yuz beradi .

To'shni pastki qismida va qorin oldingi devorida venalarning kengayishi ko'ks oralig'i o'smalari natijasida chuqur venalarning bosilishi oqibatida yuzaga keladi . Uyqu venalarining pulsatsiyasini qorinchalar sistolasi bilan birga kelishi (ijobiy vena pulsi deb nomlanadi) uch tabaqali klapani etishmovchiligini xarakterli belgisi hisoblanadi . Bunday hollarda venani barmoq bilan bosilganda uni pastida pulsatsiya aniqlanadi . To'liq yopilmagan o'ng atrioventrikulyar teshikni qorinchalar sistolasi davrida qonni retrograd harakati natijasida yuzaga keladi . Ko'krak qafasini ko'zdan kechirganda qovurg'alararo arteriyani kengayishini va pulsatsiyasini aorta bo'ynini torayishi oqibatida (stenosis ustus aortae) yuzaga keladi . Epigastral sohada pulsatsiya bo'lishi kengaygan va gipertrofiyalangan o'ng qorincha yoki qorin aortasini pulsatsiyasi tufayli yuzaga keladi . Qo'l venalarining kengayishi sog'lom kishilarda uchraydi , biroq qo'lni yuqoriga ko'tarilganda u ketadi , venoz qonni o'ng bo'lmachaga kelishi qiyinlashgan holda (o'ng qorincha etishmovchiligida) venaning bunday bo'shshishi kuzatilmaydi .

Bu katta qon aylanish doirasida venoz bosimning oshganidan dalolat beradi . Oyoqlarda ba'zan venalarning varikoz kegayishi asosan ko'p tuqqan ayollarda ko'pincha aniqlanadi . Tromboflebit ko'p holda mahalliy shish ba'zan esa pigmentatsiya va trofik yara bilan birga keladi .

Qo'l – oyoqlarni ko'zdan kechirganda yurak xastaliklarida barmoqlarni “nog'ora tayoqchalari ” ko'rinishida o'zgarishi aniqlanadi . Bu belgi qo'l barmoqlarida yaxshi aniqlanadi , biroq buni oyoq barmoqlarida ham aniqlash mumkin . U tug'ma yurak nuqsonlarida uchraydi, shuningdek septik endokarditda , o'pka yurak etishmovchiligida (agar uni sabablari bronxoektaz kasalligi yoki o'pkani yiringli kasalligi bo'lsa) uchraydi .

Yurak sohasini ko'zdan kechirish .

- Normada
- yurak uchi turtkisi
- chap o'rta o'mrov chizig'i , 5 – qovurg'a oralig'ida
- patologiyada
- boshqa ma'lumotlar ichki kasalliklar sabablari



4.3.Yurakni fizikal baholash .

Klinika sharoitida bemorni chalqancha yotganda yurakni eshitish qiyinlashganda chap yonboshga aylantirib , o'tirgan holatda oldinga biroz egiltirib eshitish lozim . Ikkala holda yurak tonlari yaxshi eshitiladi, chunki yurak k'krak devoriga yaqin kelib yaxshi eshitiladi . Yurak tonlari qiyin eshitilsa “distant” (alohida) ton deyiladi , engil eshitiladigan yurak tonlari “aniq” ton deyiladi . Ko'pincha yog' bosgan yoki ko'krak qafasi enfizematoz bo'lgan bemorlarda yurak tonlarini eshitish qiyinlashadi . Birinchi navbatda yurak chastotasi , ritmi va yurak qisqarishini jadalligini baholanadi . Ko'pchilik tibbiyot muassasalarida hamma yurak glikozidlari qabul qilgan

bemorlarda dorini qabul qilgunga qadar apikal puls aniqlanadi, yurak qisqarishlar sonini aniq belgilashda buni doriga bo'ladigan javob reaksiyasini tahlil qilishda muhim .

Istalgan yurak qisqarishini ritmini maromini buzilishini (regulyar vaqt oralig'ida bo'ladigan M: yurak urishini har 3 - qisqarishi) aniklash lozim..

Shuningdek xoxlagan regulyar bo'lmagan yurak ritmining buzilishi (m: o'tkazib yuborilgan yoki ba'zan o'tkazilgan yoki navbatdan oldingi yurak urishi) baholanadi. Yurak qisqarishlarini belgilanadi. Hamshira I va II ton (S1 , S2) ni farqlay olishi lozim. Buni bajarish normal va sekin yurak ritmida muxim. Yurak tonlari yurak klapanlarini yopilishida hosil bo'ladi. Sistola I va II ton o'rtasida , diastola II va I ton o'rtasida hosil bo'ladi. I ton 5 – qovurg'a oralig'ida o'rta o'mrov chizig'idan ichkarida (yurak cho'qqisida), II ton 2 – qovurg'a oralig'ida to'shdan o'ng tomonda (yurak asosida) eshitiladi , bu joyda birinchi ton aniq eshitiladi . Yurak cho'qqisida tonlarni stetoskopikni boshcha qismi yordamida, yurak asosida esa tonlar fonendoskopni diafragmasi yordamida aniq eshitiladi. Ikkala variantni ham bajarish lozim, chunki aniq hollarda tonlarni yaxshi eshitilishi lozim. Agar siz yurak tonlarini farqlay olmasangiz, uyqu arteriyasida pulsni aniqlang, uyqu arteriyasidagi puls I ton bilan mos keladi .

Yurakni fizikal ba'olashning muolajasi .

1. Yurakni fizikal baholash yurak patologiyasini aniqlashda m: pulsni tez – tez yoki maromini buzilishida muhim .
2. Baholash uchun stetoskopni tayyorlanadi. Eshitish uchun quloqqa qo'yiladigan qismlarini spirt bilan artiladi , chunki gigienik qoidalarga amal qilinishi lozim .
3. Bemorga tushuntiriladi , nima qilinishi tugrisida aytiladi, muolaja paytida gapirmasligi so'raladi. Tekshirish paytida tinchlikni ta'minlanadi m: televizorni uchiriladi , eshikni yopiladi .
4. Bemordan o'tirishini so'raladi. (agar iloji bo'lsa) .
5. Bemordan yuza kiyimlarini yoki pijamani echishini so'raladi.
6. Yurak auskultatsiyasini o'tkaziladi. Yurak tonlarini eshitishning aniq tizimiga amal qilinadi. Yurakni auskultatsiya qilishning tarqalgan ketma – ketligiga amal hilinadi:

Stetoskopni diafragmasini kulda isitiladi. . Diafragmani II qovurg'a oralig'iga to'shning o'ng qirrasiga (aortal klapan proektsiyasiga) qo'yiladi , keyin diafragmani II yoki III qovurg'a oralig'iga to'shni chap qirrasiga siljtiladi (o'pka arteriyasi klapani proektsiyasi) . Keyin 5 – qovurg'a oralig'ida to'shni chap qirrasiga (3 tabaqali klapan proektsiyasi) , keyin 5 – qovurg'a oralg'ida chap o'rta o'mrov chizig'idan ichkari(mitral klapan sohasi) ga qo'yiladi. Yurakni I va II tonlari (S1 , S2) normada bolalar va kattalarda eshitiladi . I ton mitral qopqoq sohasida “Lab” tovushiga o'xshab “lab dab” birgalikda kelgan tovushlarning bir qismi bo'lib, yurak auskultatsiyasida eshitiladi . II ton “dap” aortal klapani sohasida eshitiladi . III va IV ton (S3 va S4) kattalarda patologik, bolalar va yoshlarda norma hisoblanadi(odatda mitral va aortal qopqoqlar sohasida yaxshi eshitiladi) .

Yurak qisqarishlar sonini sanaladi .

- yurak ritmini baholanadi , uni buzilish maromini baholanadi .
- yurak tonlarini farqlashda qiyinchilik bulsa, I va II tonni eshitishda I tonni uyqu arteriyasi pulsatsiyasi bilan mos tushishiga asoslaniladi .
- Tekshirish natijalarini to'g'ri hujjatlashtirish talab qilinadi.

4.4. Yurakni paypaslash texnikasi

Yurak ch'qqisi sohasi va yurak turtkisini paypaslash . Cho'qqi turtkisini aniqlash uchun chap qorinchani faoliyati to'g'risida ma'lumotga erishishda tekshiruvchi o'ng qo'lini kaftini shunday joylashtirishi lozimki bunda barmoqlar cho'qqi turtkisi usti sohasini yopishi lozim .

Shundan so'ng cho'qqi turtkisi to'g'risida umumiy tasavvur hosil qilinib , uning xususiyatlarini chuqur o'rganish kerak .

Palpatsiya yordamida cho'qqi turtkisini aniq lokalizatsiyasini, kengligini , maydonini , kuchini va kattaligini aniqlash lozim . Buning uchun cho'qqi turtqisini aniqlashda o'rta barmoqni cho'qqi turtqisi sohasiga qo'yiladi , uning aniq lokalizatsiyasi belgilanadi . Normada u 5 – qovurg'a oralig'ida o'rta o'mrov chizig'idan 1 - 2 sm ichkarida joylashadi. Chap yonboshga yotganda cho'qqi zarbi 2 sm chapga siljiydi, o'ng tomonga yotqizilganda esa sezilarli siljimaydi . Cho'qqi zarbini siljishi yurakka bog'liq bo'lmagan sabablardan (diafragmaning turish balandligiga , ko'krak bo'shlig'i bosimining o'zgarishiga, o'pkani bujmayish jarayoniga) bog'liq . Diafragmaning yuqori turishi qorin bo'shlig'ini bosimi ortishi (astsit, meteorizm, yog' bosishi , homiladorlik va b.) da uchraydi, bunda yurak gorizontol vaziyatni egallaydi, yurak turtqisi yuqoriga va tashqariga (chapga) siljiydi. Diafragmani pastga joylashishi (qorin bosimini pasayishi, o'pka emfizemasi, astenik tipdagi gavda tuzilishi va b.) yurakni vertikal joylashishiga va cho'qqi turtqisini pastga va ichkariga (o'ngga) siljishiga olib keladi .

Plevra bo'shliqlarida bosimning ortishi (eksudatli plevrit, bir tomonlama gidrotoraks, gemotoraks, pnevmotoraks) yurakni qarshi tomonga siljitadi , oqibatda cho'qqi turtqisi ham siljiydi .

O'pkada biriktiruvchi to'g'ima o'sib bujmayganida obturatsion atelektaz rivojlanib (bronxogen o'pka raki, yot jism) cho'qqi turtqisi zararlangan tomonga qarab siljiydi .

Yurak kasalliklarida chap qorinchani kengayishi va gipertrofiyasida (aortal qopqoq nuqsonlarda , mitral qopqoq nuqsonlarida , aterosklerotik kardiosklerozda katta qon aylanish doirasida bosim ortganda va b.) turtki zarbi chapga siljiydi , aorta qopqoq etishmovchiligida esa turtki zarbi chapga va pastga siljiydi .

Tug'ma anomaliyalarda – ichki a'zolarning teskari joylashishida (situs viscerum inversis) yurak ko'krakni ko'proq o'ng qismida joylashadi , cho'qqi turtkisi ham shu tomonga siljiydi . Shuni alohida ta'kidlash mumkinki , yaqqol ifodalangan eksudatli perikarditda cho'qqi turtkisi ko'pincha paypaslanmaydi yoki yurakni chap nisbiy chegarasiga mos kelmaydi va undan ichkarida paypaslanadi . Cho'qqi turtkisi chap plevra bo'shlig'ida ko'p suyuqlik to'planganida (eksudativ plevritda, chap tomonlama gidrotoraks, gemotoraksda) paypaslanmaydi . Normada cho'qqi turtkisini kengligi (maydoni) 2 sm kvadratni tashkil qiladi. Agar maydon kengligi kichraysa, turtki chegaralangan , katta bo'lsa – tarqoq deyiladi . Chegaralangan turtki bo'lishida yurak ko'krak devoriga normaga nisbatan kichik yuzasi bilan yotadi . Patologik holatlarda bu ko'pincha o'pka emfizemasida, o'pka yurakni ko'p qismini qoplaganida va uni ko'krak devoridan siljitganida kuzatiladi. Tarqoq turtki buning teskarisi, yurakni katta yuzasi bilan ko'krak devoriga yotganida, yurakni kengayishlarida, agar yurak kasalliklari inkor qilinsa yurakdan tashqari sabablar (o'pkani bujmayishi, diafragmaning baland turishi, orqa ko'ks oraliqini o'smasi) tufayli aniqlanadi .

Cho'qqi turtqisini kattaligi va balandligi cho'qqi terisini sohasidagi tebranish amplitudasi bilan xarakterlanadi. Baland va past cho'qqi zarbi farqlanadi. Qoidaga binoan yurakni katta sathini ko'krak qafasini devoriga tegib turishida (sabablari yuqorida ko'rsatilgan) shuningdek yurakni tez qisqarishlarida cho'qqi turtqisi yuqorida joylashadi, agar yurak orqa tomonga siljigan bo'lsa, shuningdek boshqa sharoitlar (yog' bosish , mushaklar yaxshi taraqqiy qilgan paytda) cho'qqi turtqisini balandligi pasayadi. Bundan kelib chiqadiki, tarqoq va yuqori cho'qqi turtqisi yurakni kengayishidan (yurakdan tashqari sabablar inkor qilinsa) dalolat beradi. Kuchli yurak turtqisi natijasida yurak sohasi bo'rtib chiqadi, cho'qqi turtqisining kuchayishi odatda chap qorincha gipertrofiyasi va uni qisqarish kuchini ortishi bilan bog'liq .

Aorta qopqoqlari etishmovchiligida chap qorinchaning gipertrofiyasi va kuchli “ko'tarilgan” “gumbazsimon” cho'qqi turtqisi aniqlanadi .

Perikardni ko'krak qafasini old devori bilan bitishib ketishida qorinchalar sistolasi paytida ko'krak devorini ko'tarilmasdan, ichkariga tortilishini ko'rinadi. Cho'qqi turtqisini bunday ko'rinishi manfiy cho'qqi turtqisi deb nomlanadi .

Cho'qqi turtkisidan tashqari yurakni o'ng qorinchasini faoliyatini belgilovchi yurak turtkisiga ahamiyat berish lozim. Sog'lom kishilarda u ko'zga tashlanmaydi. O'ng qorinchani gipertrofiyasi va dilyatatsiyasida yurakni absolyut tumtoklik chegarasi soxasida yaqqol ifodalangan pulsatsiyani ko'z bilan k'yrish yoki paypaslab sezish mumkin .

“Mushuk xirillashi” simptomini aniqlash. Palpatsiya yordamida “mushuk xirillashi” (fremissement cataire) simptomini aniqlash muhim diagnostik ahamiyat kasb etadi. Bu simptom frantsuz klinitsistlari tomonidan yozilgan. Nom berilishida xirillayotgan mushukni paypaslaganda paydo bo'ladigan sezgiga o'xshash sezgi his qilinganligiga asoslangan. Bu simptom qam sistola , qam diastola davrida sezilishi mumkin , bunda yurakda past tovushlar (sekundiga 16 tebranish atrofida) hosil bo'ladi. Uni aniqlash uchun qo'lni yurakni qamma eshitish nuqtalari soqasiga qo'yiladi. Bu simptomni yurak cho'qqisida diastola davrida, ko'pincha uni oxirida aniqlansa “presistolik mushuk xirillashi” deyiladi, u mitral stenoz uchun xos bo'ladi, aorta ustida sistola paytida b'ylsa – aorta og'zi stenoz, o'pka arteriyasi ustida bo'lsa – o'pka arteriyasi stenoz yoki Botallov yo'lining bitmasligidan bo'ladi .

Yurak palpatsiyasi .

- Normada
- Cho'qqi turtkisi / PMI
- Patologiyada
- Cho'qqi turtkisini siljishi
- Ko'tarilishi / tebranishini ortishi



4.5. Yurak perkussiyasi

Yurak perkussiyasi uning kattaligini , konfiguratsiyasini , vaziyatini va tomir tutamini o'lchamini aniqlash uchun o'tkaziladi .

Perkussiyani printsipi .

Yurakni atrofidagi to'qima o'pka perkussiyasida baland tovush berishiga , yurak zich mushakli a'zo bo'lganligi uchun - past to'mtoq tovush berishiga asoslanadi . Tovushlarning bunday farqlanishi yurak chegaralarini perkussiya yordamida aniqlashga imkon beradi .

Ma'lumki yurakni old yuzasi qisman o'pka bilan qoplangan, faqat katta bo'lmagan qismigina ko'krak devoriga bevosita tegib turadi. Tabiiyki yurakning o'pka bilan qoplanmagan qismigina perkussiya qilinganda absolyut to'mtoq tovushni beradi. Uni chegarasini aniqlash “yurak absolyut chegarasini” aniqlash nomini olgan . Yurakni o'pkaning to'mtoqlik qirralari bilan qoplangan qismini perkussiya qilinganda to'mtoq tovush emas, to'mtoqlangan perkutor tovush yoki “yurakni nisbiy to'mtoq” tovushi aniqlanadi .

Yurakning nisbiy to'mtoqlik chegarasini perkussiya yordamida aniqlash , uning haqiqiy o'lchamini va ko'krak qafasidagi proektsiyasini belgilaydi . Absolyut to'mtoqlik chegarasini aniqlash esa faqat yurakni o'pka bilan qoplanmagan qismi va o'ng qorinchani holati to'grisida tasavvur qilishga imkon beradi .

Yurak perkussiyasida quyidagi qoidalarga amal qilish lozim :

Bemorning vaziyatiga ; Yurak perkussiyasini ytkazilayotgan paytda bemor vertikal holatda qo'lini pastga tushirgan holatda qo'tirishi kerak, og'ir ahvoldagi bemorlarda perkussiya gorizontal qilish bilan cheklanadi. Bunda ta'kidlash lozimki, vertikal vaziyatda yurakning o'lchamlari gorizontal vaziyatdagiga nisbatan biroz kichik (taxminan 15 – 20 % ga) aniqlanadi .

Chunki bunda difragma ko'tarilgan bo'ladi. Yurak to'mtoqligining o'lchamlariga yurakka tegib turgan o'pkaning qirralarini holati ta'sir qilishi mumkin, shuning uchun yurak perkussiyasini o'tkazishda bemordan odatdagidek yuzaki nafas olish syraladi . Hamshira yurak perkussiyasini o'tkazayotgan paytda ko'krak qafasiga plessimetr barmoqni qo'yish hamda perkutor zarbni berish uchun qulay vaziyatda turishi lozim .

Bevosita va vositali perkussiya. Yurakni perkussiya qilishda perkutor zarba barmoq orqali barmoqqa uriladi. Yurak chegaralarini Obratsov, Yanovskiy usullarida qam aniqlash mumkin .

Plessimetr barmoqning vaziyati. Yurak perkussiyasida plessimetr barmoqni ko'krak qafasi devoriga zich qo'yiladi. Bunda kutilayotgan chegaraga barmokni parallel qo'yish lozim .

Perkutor zarbaning kuchi. Perkutor zarbaning kuchi tekshiruvchining o'z oldiga qo'yan maqsadiga qarab belgilanadi. Yurakni nisbiy tumtoqlik chegarasini aniqlash uchun o'rtacha kuch bilan zarb beriladi .

Yurak absolyut to'mtoqlik chegarasini aniqlash uchun tinch perkussiya qilinadi . Ayrim klinitsistlarni ta'kidlashicha tinch perkussiyani Pleh- Goldshayder usulida o'tkazib yurak absolyut chegarasini aniqlanadi .

Perkussiyaning yo'nalishini aniq perkutor tovushdan to'mtoq tovush hosil qilinishi tomon ya'ni o'pkadan yurakka tomon perkussiya qilinadi. Biroq ayrimlarning belgilashicha bunda perkussiyani teskari holda - absolyut to'mtoqlikdan aniq perkutor tovush tomonga, ya'ni yurakdan o'pka tomonga boriladi.

Yurak chegarasini belgilash. Yurak chegarasini belgilash ypkaniki singari plessimetr barmoqni tashqi tarafidan belgilanadi .

Yurakni va tomir tutamini perkussiya kilish tartibi. Yurak perkussiyasi kuydagi tartibda amalga oshiriladi: oldin yurakni ung, keyin chap va yukori nisbiy chegarasi topiladi. Shundan sung kushimcha perkussiya erdamida yurak konfiguratsiyasi va ulchamlari (sm) aniklanadi.

Nisbiy tumtoklik chegari aniklangandan sungra yurakni absolyut, tumtoklik chegarasi va tomir tutamining ulchamlari aniklanadi.

Yurakning nisbiy tumtoklik chegarasini belgilash yurak nisbiy tumtoklik chegarasini aniklashdan ilgari diafragmaning turish balandligi tugrisida tasavvurga ega bulish lozim. Diafragmaning baland joylashuvida yurak gorizontal vaziyatni (yotuvchi yurak deb nomlanadi) egallaydi, bunda yurakni absolyut tumtoklik chegarasining ulchamlari normaga nisbatan katta buladi. Diafragmaning past joylashuvida esa v yurak vertikal joylashib ulchamlari kichik buladi.

Diafragmaning turish balandligini ulkani pastki chegarasiga karab belgilash mumkin. Buning uchun plessimetr bermokni ung tomondan 3 kovurga oraligiga kovurgaga parallel xolda urta umrov chizigidan (73a rasm) kuyilib pastga tomon perkussiya kilinadi, upkaning pastki chegarasi aniklanadi, u kovurgani tugrisida joylashadi.

Yurakning ung nisbiy chegarasini aniklash upkani pastki chegarasini aniklangandan sung plessimetr barmokni birga kovurga yukoriga (taxminan 4-kovurga oraligiga) kuyiladi, yurakni ung chegarasiga parallel xolda kuyilib, perkutor zarbni urtacha kuch bilan berilib yurak tomonga yunaltiriladi, to perkutor tovushning uzgarganicha boriladi, ya'ni anik tovushdan tumtoklikkacha boriladi.

Kon bosimini ulchash, uning normal kattaliklarini xar xil eshdagi bemorlarda bilish kon aylanish tizimining xolati tugrisida axborot beradi.

Yurak perkussiyasi.

- Yurakni ulchamlarini baxolash
- Axamiyati chegaralangan.



4.6. Yurak auskultatsiyasi

Yurak auskultatsiyasi yurakning faoliyati davomida paydo buladigan murakkab tovushlarni simptomatikasi tugrisida tasavvur xosil kilishga imkon beradi.

Yurakni eshitib kurishda kuyidagi kondalarga amal kilish lozim.

Bemorning vaziyatiga. Xamshirada yurak kon tomir tizimi kasalliklariga duchor bulgan bemorlarni xar xil vaziyatlarda – vertikal, gorizontal va etgan, chap enboshga etgan xolatlarida eshitishga kunikmalar bulishi lozim. Buni xar xil yurak klapanlarini nuksonlarida xosil bulgan tovushlarni bemorning kaysi vaziyati, xolatlarida kandy bajarilishini bilish lozim. M: aortal klapan nuksonida xosil buladigan protodiastolik shovkin bemorni vertikal xolatida yaxshi eshitiladi, mitrla klapan nuksonida etgan vaziyatda sistolik shovkin yaxshi eshitiladi. Mitral stenozda shovkin bemorni chap enboshga etkizilganda yaxshi eshitiladi yurak asosidan eshitiladigan perkardni ishkalanish shovkini gavgani biroz oldinga engashtirilganda nisbatan anikrok eshitiladi.

Xamshiraning vaziyati. Xamshira yurakni auskultatsiya kilish jaraenida bemorni ung tomonidan endoshadi. Bunda xamshira shunday xolatda turishi kerakki, bunda yurakni eshitish nuktalariga stetoskopni tugri va erkin kuyish uchun imkoniyat bulishi kerak.

Yurakni stetoskop va bevosita kulok erdamida eshitish. Odatda yurakni stetoskop eki fonendoskop erdamida eshitiladi, chunki bu yurakni xar xil nuktaraidagi shovkinlarni aloxida eshitiladi. Shunga karmasdan V.P.Obratsov va M.V.Yanovskiy yurakda xosil buladigan shovkinlarni bevosita kulok bilan eshitishga e'tiborni karatganlar. V.P.Obratsov yurakni yuevosita kulok bilan auskultatsiya kilganda soglom kishilarda 2ta emas, balki 3ta tonki eshitilishini aytgan, bu keyinchalik fonokardiografiya usulida tasdiklangan.

Yurakning ogir zararlanishlarida yuzaga keladigan galop ritmini V.P.Obratsovnig ta'kidlashicha kulok erdamida bevosita auskultatsiya kilinganda yaxshi eshitiladi.

Shulardan kelib chikib yurakni eshitishda bevosita va bilvosita auskultatsiya kilish muxim.

Nafas aktining xar xil fazalarida yurakni eshitish. Yurakni nafasni tuxtatilgan xolda eshitiladi, buni upkadagi tovushlarni bartaraf kilish, yurakdagi auskultatsiya ma'lumotlarini baxolashni kiyinlashtirmaslik uchun bajariladi. Buning uchun bemordan nafas olish va keyin chikarish suraladi va bundan keyin nafasni tuxtatiladi. Nafasni tuxtatilgan paytda yurakni eshitiladi. Chunki nafasni tuxtatish uzok muddat davom etmaydi, shuning uchun muolajani takror bajariladi.

Yurakning eshitish joylari va yurak kopkoklarining kukrak kafasidagi xakikiy proektsiyasi. Mitral kopkokning proektsiyasi III kovurgani tushki chap tomoniga birikadigan kismiga, aorta kopkogini proektsiyasi tush ortida III kovurgani togay kismida, upka arteriyasi kopkogi II kovurga oraligida tushning chap kirrasida, 3 tabakali klapan tush ortida urta chizikda III chap kovurga togayini va V ung kovurgani tushga birikish joyida joylashadi. Tabiiyki kopkoklarning teshiklarini bir-biriga yakin joylashishi u erda xosil buladigan tovushlarni aloxida ajratishga kiyinchilik tugdiradi. Shuning uchun uzok muddatda klinik kuzatuvlarga asoslanib, klapanlarning aloxida tovushlarni yaxshi eshitiladigan nuktalari joyi – yurak chukki turtkisi (80 rasm), aorta kopkogi uchun – II kovurga oraligi tushning ung kirrasi (81 rasm), upka arteriyasi uchun – II kovurga oraligida tushni chap kirrasida, 3 tabakali klapan – tushning pastki kismi, kilichsimon usimtaning asosida.

S.P.Botkin tomonidan aortada xosil buladigan kushimcha tovushlarni eshitishni kushimcha nuqtasini taklif kildi, u III-IV kovurgani tushki chap kirrasiga birikish joyiga tugri keladi. Bu 5-eshitish nuqtasi S.P.Botkin nuqtasi deyiladi.

Yukoridagilardan kelib chikib, yurakni I klapanini xakikiy proektsiyasi biroz chetrokda bulib, mitral klapani eshitish soxasiga tugri keladi.

Undagi paydo buladigan tovushlar yurak chukkisining zichlashgan, Kolin mushakli devori sistola davrida kukrak devoriga zich tegib xosil buladigan mitral klapani bu soxaja tovushlarni yaxshi utkazilishini ta'minlaydi. Aorta kopkoklarida xosil buladigan tovushlarni II kovurga oraligida tush suyagining ung kirrasida xakikiy proektsiyasidan biroz chetrokda eshitalishi kon okimi bilan tovushlarni yaxshi utkazilishi bilan boglik

Yurakni eshitish tartibi.

Yurak auskultatsiya kuyidagi tartibda utkaziladi. Oldin yurak chukkisi, mitral kopkok tovushlarini utkazilish joyi (birinchi nuqta), keyin aortal kopkok II kovurga oraligida tushning ung tomonidan (ikkinchi nuqta), upka arteriyasining kopkogi II kovurga oraligida chap tomonda (uchinchi nuqta), uch tabakali klapan tushki pastki kismida (turtinchi) nuqta va oxiri stetoskop eki fonendoskop Botkin nuqtasiga (beshinchi nuqta) aorta kopkoklaridagi tovushlarni kushimcha eshitalish joyiga kuyiladi.

Orttirilgan yurak nuksonlaridan kupincha mitral va aortal kopkok zararlanadi.

Yurakni jismoniy zurikishdan keyin eshitish. Anik bulmagan xolatlarda bemorni axvoli kutarsa, engil jismoniy zurikishdan keyin yurakni eshitaladi, masalan bemorni bir necha marta utirib turishidan, jismoniy mashk bajarishi suraladi. Bu yurakdagi tovushlarni aniklashtirishga imkon beradi (masalan, mitral stenozda presistolik shovkin) yurakni kiskarishini oshishi va koni xarakatini tezlashishi tufayli anik eshitaladi.

Soglom kishilarda yurakda eshitaladigan auskultativ ma'lumotlar. Normada soglom odamlarda 5ta eshitalish nuqtalarida 2ta eshitaladi: I, korinchalar sistolasi paytida xosil buladigan sistolik deb nom olgan, va II korinchalar diastolasi fazasida xosil buluvchi diastolik ton eshitaladi. I tondan sung kichik pauza, korinchalardan konning xaydalish davriga tugri keladi (davomiyligi Q2c ga teng). Yurakni auskultatsiyasi davrida konning korinchadan aortaga va upka arteriyasiga okishi bizga eshiltimaydi, chunki kopkoklarning teshiklari shunchalik kattaki bunda kon aylanma xarakat kilolmaydi va u erda shovkin xosil bulishiga imkon tuzilmaydi.

I ton kichik pauza bilan korinchalar sistolasini tashkil kiladi. II tondan sung katta pauza boshlanadi, bu paytda kon bulmachadan korinchaga utadi. Bunday xolatda xam kon xarakatlanib atrioventrikulyar teshik orkali utaetganda tovush xosil kilmasdan utadi, chunki teshik etarliga kattalikda buladi. Ikkinchi ton katta pauza bilan birgalikda korincha diastolasini tashkil kiladi, u 0,43 s ga teng.

Ba'zan I va II tondan tashkari III va IV tonlarni diastola davrida eshitaladi.

Uchinchi ton birinchi bulib V.P.Obraztsov tomonidan auskultatsiyada aniklanib, ezilgan. Uni xosil bulishini korinchalar devorining diastolani boshida tezda koncha tulishi paytidagi tebranishlaridan xosil buladi. III tonning davomiyligi 0,03-0,06 s ga teng. Bu ton eshlarda va usmirlarda uchraydi. Turtinchi ton I tondan keyin keladi, bulmachalar kiskarishi paytida ularning tebranishidan xosil buladi. Uning bolalar va usmirlarda fiziologik, kattalarda uchrashi esa patologik xisoblanadi.

Tonlarning xosil bulishi mexanizmi. Kulokka I ton bulib kabul kilinadigan tovush fenomeni sistolaning boshida yurakda xosil buladigan tovushlarning kushilishi natijasida kelib chikadi. Uning xosil bulishida korinchalar mushaklarini taranglashib izometrik kiskarish fazasida tebranishi (mushak komponenti), atrioventrikulyar kopkoklarni bir vaktida epilish davrida tebranishidan va kopkoklarga maxkamlangan papillyar mushaklar va paylarning tebranishlaridan (kopkok komponenti) xosil buladi.

Bundan tashkari I tonning xosil bulishida bulmachalar mushaklarining kiskarishi (bulmachalar komponenti) va aorta bilan upka arteriyasiga korinchalardan kon kelaetgan davrda tomirlar devorining tebranishi (tomir komponenti) ishtirok etadi. Bundan kelib chikadiki I ton korinchalar mushaklarining izometrik taranglashish fazasida konni tomirga xaydalishini boshlangich boskichida xosil buladi. Uni davomiyligi 0,08-0,12 s.

II tonning xosil bulish mexanizmi ixcham. U aorta va upka arteriyasining yarimoysimon kopkoklarini epilishidan va tebranishidan xosil buladi. II tonning davomiyligi 0,05-0,08 s.

Normada yurakda eshitiladigan tovushlarning sxemasi o-yurak chukkishda, b-yurak asosida, 8-sistolada p-diastrala, 1-yurak tonlarining grafik kurinishi, g-FKG, 3-EKG.

Auskultatsiyada korinchalar sistolasini diastolasidan kanday farqlash mumkin? Yurak auskultatsiyasida korinchalar sistolasini diastolasidan farqlash kerak bu xar xil yurak kasalliklarining diagnostikasida juda muxim xisoblanadi. Xar xil orttirilgan yurak nuksonlarida (mitral, uch tabakali kopkok etishmovchiligida va aorta ogzi torayishida), shuningdek tugma yurak nuksonlarida (upka arteriyasini ogzini torayishida, botallov stulini va korinchalarraro tusikni ochik kolishida) yurakda sistolik shovkin eshitiladi, boshka yurak nuksonlarida (chap va ung atrioventrikulyar teshikni torayishida, aorta va upka arteriyasini kopkogini etishmovchiligida) shovkin diastola paytida eshitiladi. Shuning uchun yurakning xar xil nuksonlarini farqlashda kaysi fazada shovkin xosil bulishini bilish muxim buladi.

Sistolani diastoladan farqlash uchun I tonni II dan farqlash lozim, chunki I ton bilan kichik pauza korinchalar sistolasiga tugri keladi, II ton kushish katta pauza – korinchalar diastolasini tashkil kiladi.

Ikkala tonlarni bir-biridan farki kuyidagi belgilar orkali buladi: birinchidan I ton yurak chukkisida II Tonga nisbatan kuchli baland va davomiy buladi, ikkinchidan u katta pauzadan sung eshitiladi. Buyurak chukkisida mitral kopkokni tovushlarni yaxshi utkazilishini; I tonni xosil bulishida mitral kopkokni tebranishi, korinchalarni kiskarishini ishtirok etishi, II tonni xosil bulishi yurak chukkisidan uzokrok joyda bulib va bu soxaga sust utkaziladi.

Bundan tashkari I ton yurak turtkisiga va uyku arteriyasini pulsiga mos keladi. Ikkinchi kovurga oraligida tushni ung tomonida (aorta) va tushki chap kirasida (upka arteriyasi) II ton I tonga nisbatan kuchli eshitiladi, chunki bu joyda yarimoysimon kopkoklarni epilishidan xosil bulgan tovush yaxshi eshitiladi.

Stetoskop:

Diaphragma: yukori tonli tovushlar

- S1, S2
- Aortal va mitral konfiguratsiya

Kolokoloobrazniy qism: Past tonli tovushlar

- S3, S4
- Mitral stenozdagi shovkinlar

Odatdagi vaziyatlar:

- Utirgan
- Etgan

Boshka vaziyatlar:

- Utirgan, biroz oldinga erilgan
- Enboshga etgan

Eshitish namunasi

- Chastota va ritm
- Normal S1, S2
- Sistolik shovkinlar
- Diastolik shovkinlar



4.7. Yurak-qon tomir tizimi kasalliklari bor bemorlarni laborator va instrumental tekshirish usullari

Yurak-tomirlar sistemasini tekshirish

Yurak-tomirlar sistemasini tekshirishda, masalan, yurak mitral poroklarining diagnostikasida xam tomografiyadan foydalaniladi. Tomog-rafiya mitral poroklarda yurak kameralarining katta-kichikligi turrisida fikr yuritishga, klapanlarda oxak tuplanib kolgan joylar va boshka bir kancha patologik uzgarishlar boryukligini aniklab olishga imkon beradi.

Tomografiyada fakat urganilayotgan kavatnng rentgenologik tasvirini olish mumkin. Kolgan xamma joylar, ular xox tekshirilayotgan kavat atrofida joylashgan bulsin, xox uning oldi yoki orkasida bulsnn, rentgen nurlari sochilib tushadigan bulganidan, tasvnrda kurinmaydi.

ELEKTROKARDIOGRAFIYA

Tekshirishning bu metodi yurak kiskarganida vujudga keladigan biopotentsiallarni kayd kilishga asoslan-gan. Yurakning kuzralish xolatida xar kandy kismi tinchlik xolatida turgan bulimiga nisbatan elektr manfiy buladi. Shunga kura yurak ayrim kismalarining elektr potentsiallarida fark yuzaga keladi.

Xarakat toklari tananing xar kandy kismidan olinishi mumkin. Yurak biopotentsiallarini kayd kiluvchi apparat elektrokardiograf deb ataladi. Bu apparat yurak biopotentsiallarini elektrodlar yordamida uaiga kabul kilib oladi, shu bilan birga tana yuza sining elektrodlar tagida turgan kism-laridagi 3 mV (millivolt) gacha buladigan kichik potentsiallar farki necha ming baravar kuchaytiriladi va yuzaga keladigan juda xam arziyas potentsiallar farkini seza oladigan kayd kiluvchi asbob — galvanometr-ga beriladi. Galvanometr ustiga kichik kuzgu yopishtirilib, kuchli magnit maydoniga tortib kuyilgan kichkina pulat plastinkadan iborat. Kuzgusining oldiga fiksatsiyalovchi linza urnatilgan. xarakat toklari ta'siri ostida maglit moydonining uzgarishlari plastinka va unga yopishtirib kuyilgan kuzguning aylanishiga xamda kuzgudan aks etgan nurning u yoki bu tomonga ogishiga sabab buladi. Bu tebranishlar egri chiziklar kurinishida fotografik yul bilan yozib olinadi. Sekundiga 20 marta tebranishga rostlanib, sozlangan kamerton vakti belgilovchi moslama bulib xizmat kiladi, birbiridan 0,05sekundli masofada buladigan tik yullar tushirib beradi.

Apparatning yozuvchi kismi lenta beradigan kasseta za uni tortib utka-zib turadigan mexanizmdan iborat.

turishi (korincha devorlaryning bor katigacha zararlanishi) korincha kompleksiga arfa kurinishini beradi. Keyinchalik 5— T oraligi izochizikka yakinlashib keladi, T tishcha esa manfiy («koronar») bulib koladi. Koronar T tishcha evolyutsiyasi bir necha xaftaga boradi.

Infarkt bo'lib utgandan keyin boshlangan turrin chandik fazasi EKG da juda xam xilma-xil tarzda aks etadi. Infarktdan keyingi iokardiofibrozning ki-chikrok intramural uchoklari EKG da aks etmasligi xam mumkin. Chandikli maydonlar keng bulganida OK kompleksinpng shakli ancha uzgaradi (chukur tushgan 0 tishcha saklanib koladi, K. tishcha yo bulmaydi yoki pasayib dolgan, 5 tishcha kengayib turgan buladi).

Dinamik xolda, ya'ni ma'lum vakt oralab olib turilgan EKG reparativ protsesslarning oxiri kachon va nima bilan tugashini oldindan bilib olishga, takroriy miokard infarktini aniklab olishga, yurak faoliyati ritmi buzilishi yoki yirik uchokli kardioskleroz paydo bulishi natijasida yurak etimxovchiligi boshlanishini oldindan aytib berishga imkon ochadi.

EKG da yurak ritmining buzilishlari anik kurinib turadi, aritmiyaning sababi (innervatsiyaning izdan chikkanligi, yallirlanish, muskulning shishgani yoki chandik. bulib kolgani, distrofik uzgarishlar, dori-darmonlar ta'sir kursatgani) va shakli anik ma'lum buladiki, bu davi usulini belgilab beradi.

Yurak va tomirlarni rentgenologik yul bilan tekshirish

Yurak va yirik tomirlarni rentgenologik yul bilantekshirishning xam morfologik, xam funktsional xolatni aniklab olishga imkon beradigan asosip metodi rentgenoskopiyadir. Yurak atrofidagi organlar (upka) ga Karaganda zichligi katta bulganligi tufayli uni rentgenologik yul bilan tekshirish mumkin. Butuk yurak

va xar bir bulimini ishi rentgenokimografnya yordamida urganiladi.

Rentgenokimografiya — turli organlar xarakatlarini rentgenografik yul bilan kayd ;ilishning shunday bir metodiki, bunda organning konturlari (shakl-shamoyili) rektgenogrammaga tishli bulib tushadi, shu bilan birga shu tishlarning kattaligi xarakatlar amplitudasini aks etnradi, nur dastasiga kupdadang bilib kuyilgan panjara bilan plenkali kasseta-

ning bir-biriga nisbatan surilib turishi tufayli shunga erishiladi.

Rentgenokimografiyaning muxim sharti tekshirilayotgan ob'ekt bilan unga chegaradosh joylar urtasida katta soya kontrasti xosil kilishdir. Yurak va yirik tomirlarning soyasi yukori darajada kontrast bulib, yorur bulib kuzga tashlanadigan upka maydonlari fonida keskin ajralib turadi. Rentgenoskopiyada yuraktomirlar soyasi ekranda noturri tuxum shaklida bulib, urta xolatni egallab turadi. Bu soya diafragma ustida kiyshik joy oladi, shu bilan birga uning 3 kismi kukrak kafasining chapyarmida yotsa, 3 kismi ung yarmidayotadi. Yurak vatomirlar oldingiorka xolatda, birinchi kiyshik (gavdani 45° ungga burib turiladigan) va ikkinchi kiyshik

(gavdani 45° chapga burib turiladigan) xolatlarda rentgenologik yul bilan tekshiriladi.

Oldingi-orka yunalishdagi rentgenoskopiyada olingan ung kontur ikkita burtmasi buladigan noturri yoydir. Ustki ey I kovurradan II kovurragacha bulgan maso-fani egallaydi va ustki kavak vena soyasi bilan aortaning yukori kutariluvchi kismi soyasidan xosil buladi, pastki ey ung yurak bulmasi, ba'zida, yurak tik xolatda turgan paytda esa yana yurakning ung korinchasi soyasi va pastki kavak vena soyasidan yuzaga keladi.

Yurakning chap konturi 4 ta yoydan: birinchi kovur-ralar oraliri damida turadigan ustki ey (bu aorta yoyiga turri keladi), upka arteriyasi bilan chap bulma kulokchasiga turri keladigan 2- va 3-jyoy, yurakning chap korinchasiga turri keladigan 4-jyoydan iborat. Chap bulmashani1kpg kattalashuvi disibiga chap tomonda 2-va 3-jyoylarning kattalashib kolishi yurak beli bilinmay ketadigan mitral yurak shakli (konfiguratsiyasi)ni xosil kiladi, bu mitral porok uchun juda xarakterlidir.

Aorta klapani etishmovchiligida tomirlar dastasi bilan yurak urtasidagi burchak saklanib kolgani xolda chapdagi 1- va 4-yoy kattalashadi. Yurak soyasi chap va past tomonga kattalashib, utirgan urdak soyasiga kiyos kilnadigan aortal konfiguratsiyani kasb etadi.

Rentgenoskopiya yurak uchi shaklini aniklab olishga xam imkon beradi. Chap korincha gipertrofiyasida yurak uchi dumaloklanib kolgan buladi. Bemor astenik konstitutsiyada bulib, diafragma past turganida yurak tik xolatda joylashadi, yurak soyasi katta bulmaydi va kichraygan bulib kuzga tashlanadi. Diafragma yukori turganida (korin dam bulib turgan maxalda, semizlik, xomiladorlik va boshkalarda) yurak kundalang xolatni egallaydi, bunda uning diafragmaga ancha takalib tur-ganini topish mumkin. Rentgenologik yul bilan tomchisimon yurak degan narsani xam aniklab olsa buladi, bu — tomirlar dastasiga osilib, uzining kichik bir kismi bilan diafragmaga tegnb turgan bir ortik kurinishini beradi. Astenik konstitutsiyali odamlarda shu narsa aynik,sa kup uchraydi.

Rentgenologik yul bilan tekshirishda yurakning urnidan siljib, surilib kolgan-kolmaganini aniklab olsa buladi. Chap tomonlama ekssudativ plevrit, pnevmotoraksda yurak kukrak bushlirining ung yarimiga surilib turadi.

Perikard (yurak xaltasi)ga ekssudat sizib chikkannida yurak soyasi uch burchak shakliga kirib koladi. Rentgenologik tekshirishda aorta uzgarishlari xam topiladi; aorta sklerozida soyasi kattalashgan va ancha «kuyuk» buladi. Aorta anevrizmasida yukori kutariluvchi yokk pastga tushuvchi kismida yoki aorta ravori (yoyi)da aorta bir tekis yoki kisman kengaygan buladi. Anevrizmatik kengaymalar usmalardan shu bilan fark kiladiki,, usmada pulsatsiya (aorta devorining urib turishi) bulmaydi yoki susaygan buladi.

Ikkala kiyshik xolatlarda rentgenoskopiya kilib-kurilganida yurak soyasining oldi va orkasida yorur maydon kurinib turadi. 1-kiyshik xplatda bnr tomopdak yurak bilan tomirlar soyasi urtasida, ikkinchi tomondan, umurtka poronasi soyasi urtasida joy olib turadigan yorur maydon retrokardial bushlik deb ataladi. Yurak oldida joylashgan yorur maydon tush orkasi bushligi (retrosternal bushlik) deyiladi. 1-kiyshik xolatda chap bulmadagi uzgarishlar ancha ravshan bu^lib tushadi, uning kattalashib ketishi retrokardial bg`shlikning torayib kolishiga olib keladi. 2-kiyshik xolatda aorta ravoridagi uzgarishlar, shuningdek ung va chap korinchalarning kattalashib kolgani ruyrost kurinadi.

Kasallikning kanchalik tez va tugri davolanishi laboratoriya va instrumental tekshiruvlarning tugri va tez utkazilishiga borlik. Bu tekshiruvlarning utkazilishida tibbiyot xamshirasining urni muxim xisoblanadi.

Arterial pulsni aniklash texnikasi

1. Bemor yotgan xolda yoki stulda tinch xolatda utirganida pulsni aniklash mumkin buladi.
2. Bemorning bir kuli tanasi buylabchuzilgan xolatda buladi.
3. Bemor bilagining kaft yuzasi tomoniga ung kulingizning 2-chi , 4-chi barmoklaringiz uchini kuyasiz
4. Ung kulingizning 1-chi barmogini esa bemor bilagi ostiga kuyasiz
5. Siz bunda bemorning bilak arteriyasidagi tomir devor urishini (Pulsatsiya) 2-chi,3-chi 4-chi barmoklaringiz uchida sezasiz.
6. Sekundomerni chap kulingizda ushlab tomir urishini 1 dakika ichida sanaysiz.
7. Arterial puls soni 003,004 tibbiy xujjatlarga yozib kuyiladi.
8. Kerakli anjomlar ; sekundomer, 003,004 tibbiy xujjatlar.

9. Arterial bosimni ulchash texnikasi
10. Arterial bosimni ulchash uchun bemor yotgan xolda yoki stulda tinch xolatda utirgan bulishi kerak .
11. Bemorning ung yoki chap kuli elkasigacha kiyimdan xoli kilinadi
12. Bemor krovatga yoki stulga kafti yukoriga kuyiladi.
13. Tanometr manjeti xavo yuborgich naychasi pastga karatib olinadi.
14. Bemorning kuliga tirsak bugimidan 2-3sm yukoridan manjet sal bushrok kilib ulaladi.
15. Bemorning kuliga tirsak bugimidan elka arteriyasining urishi 2-chi,3-chi barmoklaringiz yordamida topasiz.
16. Tomir urgan joyga fonendoskop bosmasdan kuyilib, eshituv naychasi esa kulokka ulanadi.
17. vintni berkitib ballon yordamida manjetkaga xavo yuboriladi.
18. vint sekinlik Bilan ochilib, xavo chikariladi.
19. Xavo chikishi Bilan fonendoskopdan arteriya devori urishlari eshitiladi (sistolik bosim)
20. keyinchalik xavo chikishi davomida tovushlar uoladi (diastolik bosim)
21. Tovushlarning eshitilgan va eshitilmasdan kolgan joylaridagi sonlar (manometrdan) yozib olinadi.
22. Vint tulik ochilib, manjet ichiga x'avo chikariladi
23. Manjetka manometr ulangan rezina naychadan ajratiladi.
24. Manjetka bemor bilagidan olinadi.

Kerakli anjomlar ; termometr, Apparat Riva-Rochi , Fonendoskop, F-003 u,F-004u tibbiy xujjatlari

4.8. Yurak-qon tomir tizimi kasalliklari

Gipertoniya kasalligi

Gipertonik kriz.

Gipertonik krizda kon bosimini sezilarli darajada birdaniga kutarilishi bilan asab-tomir va gumoral bugilishlar kuzatiladi. Gipertoniya krizini yuzaga kelishida asab-ruxiy kuzgalishlar, alkogolni kup suiste'mol kilishi, ob-xavoni keskin uzgarishlari, gipotenziv vositalarni bekor kilish va x.

Diagnostikasi. Gipertonik krizni belgilariga bosh ogrigi, bosh aylanishi, kuz oldi «korongilanishi» kungil aynishi, kusish kiradi. Gipertonik krizning xarakterli xususiyatiga tush ortida ogirlik xis kilish kiradi. Gipertonik kriz kayfiyatni yaxshi paytida birdaniga boshlanishi mumkin. Gipertonik krizning klinik belgilarini turli kurinishda bulishi bilan shoshilinch erdam kursatish uchun markaziy gemodinasik kursatkichlari giperkinetik va gipokinetik krizlarga bulinadi. Giperkinetik krizda ABni kutarilishi yurakni faoliyatini ortikchaligi (yurak indeksi ortishi) tufayli yuzaga keladi. Gipokinetik krizda periferik karshilikning ortishi kuzatiladi. Shoshilinch erdam kursatishda xamshirada markaziy gemodinamika buzilish tipini aniklashga imkon bulmaydi, shuning uchun

kasallikning klassifikatsiyasi klinik belgilarga asoslanadi. Gipertonik krizni I va II, asoratlangan tiplari farkanadi.

I tipda gipertonik kriz (giperkinetik) tez rivojlanadi, birdaniga bosh ogrigi, bosh aylanishi, kungil aynishi, kuz oldi korongilashuvi, kusish paydo buladi. Bemorlar kuzgalgan, kizish sezadi, tanasi kaltiraydi. Buyin, yuz badan terisida kizorgan doglar paydo buladi. Teri paypaslanganda nam buladi. Yurak tez urishi, tush ortida ogirlik xissi sezadi. Taxikardiya, kG`b kutarilishi, kuprok sistolik bosim 200 mm k.u. va undan ortik kutariladi, puls bosimi ortadi.

Kriz paytida EKGda ST segmenti pasayadi, repolyarizatsiya fazasi buziladi, T tishcha pasayadi. Siydikda biroz proteinuriya, siyrak eritrotsitlar tranzistor xarakterda buladi. Kriz kupincha kup siydik ajralishi bilan yakunlanadi. I tipdagi krizlar gipertoniya kasalligining I-IIA boskichida kuzatilib, bir necha soatlab davom etadi. II tipdagi gipertonik (gipokinetik) krizlar gipertoniya kasalligining IIB – III boskichida etarlicha davolanmaslik, turmush rejimini buzilishida kuzatiladi. Kriz simptomlari seki nasta rivojlanib boradi. 13 necha soat ichida bosh ogrigi zurayadi. Kungil aynishi, kusish, tipka kurishi paydo buladi, kurish, eshitish emonlashadi. Puls taranglashgan, biroq tezlasmagan. KB keskin kutarilgan, diastolik kuprok ortgan (140-160 mm.k.u.) EKGda QRS bosim kompleksini biroz kengayishi, ST segmentini pasayishi, ikki fazali eki manfiy T Tishchani chap kukrak otvedeniyalarida bulishi kuzatiladi. Siydikda krizning oxirida oksil, silindrlar, eritrotsitlar aniklanadi. Gipertonik krizni asoratlanishi serebral, koronar, astmatik variantda kechadi. Asoratlanmagan gipertonik krizdan asoratlaganini kechishi fark kilib, AB kutarilishi fonida utkir koronar etishmovchilik (koronar variant), utkir chap korinchani etishmovchiligi (yurak astmasi, upka shishi), utkir miya kon aylanishining buzilishi (gipertonik entsefalopatiya, tranzitor miyada kon aylanishini buzilishi, gemorragik, ishemik insult)

Gipertonik krizni xar xil klassifikatsiyalari mavjud. Samarali shoshilinch erdam berish maksadida gipertonik krizni 2ta guruxga ajratilgan.

Kriz I – bunday xolat KBni darxol pasaytirishni (1 soat ichida) talab kiladi, gipertonik entsefalopatiya, chap korincha utkir etishmovchiligi, aortaning utkir zararlanishi, eklapsiya, utkir miya insulti, nostabil stenokardiya, utkir miokard infarkti, feoxromotsitoma.

Kriz II – bunday xolat KBni 12-24 soat ichida pasaytirishni talab kiladi – yukori diastolik gipertoniya (140 mm u.t.) asoratsiz, operatsiyadan keyingi davr gipertenziyasi asoratlanmagan emon sifatli arterial gipertenziya.

Davolash. Gipertonik krizni shoshilinch bartaraf kilishda 1 soat ichida KBni dastlabkisiga nisbatan 20-30% ga pasaytiriladi. Bemorlar jadal terapiya eki reanimatsiya bulimiga etkaziladi. Koidaga kura venaga gipotenziv vositalarni yuboriladi, keyinchalik samarali dori moddalarni ichishga buyuriladi. Gipertonik krizni xamma formalarini zamonaviy dorilar bilan davolashga natriy nitroprussid kullaniladi. U KBni tezda pasaytiradi, infuziya jaraenida dorini dozasini boshkarish mumkin. Natriy nitroprussidni yuborish paytida KBni tez-tez nazorat kilinadi. 50 mg natriy nitroprussidni 250 ml 5% glyukozada eritiladi. Boshida dakikada 3-4 tomchidan keyinchalik tezlugini asta-sekin oshiriladi, toki KBni kerakli kursatkichgacha tushiriladi. Koidaga kura yuborishning tezligi 16-18 tomchidan 1 dakikada beriladi. Gipotenziv ta'sir tezda yuzaga keladi, ta'sir muddati 3-5 dakika (infuziyani tugashidan sung). Labetolol xam xar xil krizlarda (utkir chap korincha etishmovchiligidan tashkari) samarali vosita xisoblanadi. Uni 20 mgdan 2 dakika davomida venaga sekin yuboriladi, keyinchalik venaga xar 10 dakikada 20-80 mgdan (max 300 mg gacha) optimal gipotenziv samaraga erishgunga kadar yuboriladi. Dori vositaning maksimal ta'sir kuchi 5 dakikada yuzaga keladi, labetololning ta'sir davomiyligi 5-8 soatgacha davom etadi. Asoratlanmagan I tip gipertonik krizda dibazol 6-10 mldan 0,5% eki 1% 3-5 mldan venaga yuboriladi, vositani yuborish uchun Karshi kursatma yuk, lekin Dune tibbiet amaliyetida dibazol kullanilmaydi.

Birok kupchilik bemorlarda gipotenziv samarasi 2-3 soatga ya'ni uzok bulmagan muddatda pasayadi, shuning uchun siydik xaydovchi vositalar bilan laziks, furasemid bilan birgalikda kullaniladi.

V-blokatorlari kullash yaxshi samara beradi, xususiyl krizlarni taxikardiya, ekstrasistoliya bilan kelishida krizlarni bartaraf kilishda (inderol, propranolol) albatta venaga 5 mg 10-15 mldan izotopik eritma bilan yuboriladi. Maksimal ta'sir 30 dakikadan boshlanib bir necha soatgacha davom etadi. Kuprok darajada sistolik bosim pasayadi (V- blokatorlar bronxial astma, yurak etishmovchiligini ogir darajasida, brodikardiya, yurak blokadalarida kullanilmaydi.)

Emotsional kuzgalishlarda, taxikardiya ratsedilni venaga (sekin) yoki mushak orasida 0,5 - 1mg dozada yuborish yaxshi samara beradi. Gipotenziv samara ratsedilni venaga yuborgandan keyin 5-10 dakika ichida yuzaga keladi. Gipertonik krizisning II-tipida klofelin yaxshi samara yuzaga keladi. Venaga 0,05-0,15 mg klofelinni 5% glyukoza eritmasi bilan sekin yubrilgandan sung bemor 1-2 soat yotok rejimida yotishi kerak. Statsionar sharoitda kari yoshdagi kishilarga klofelin 20-30 dakika ichida venaga tomchilab yuboriladi. 20 ml giperstatni venaga yuborilganda tez gipotenziv samara yuzaga keladi. A/Bni pasayishi 5 minut ichida boshlanadi, bir necha soatgacha saklanib turadi. Diazoksidni extiyotkorlik bilan miyada kon aylanishi va koronar etishmovchiligi mavjud bulgan bemorlarga kullaniladi. Giperstat (diazoksid)ni yuborilganda kollapteid xolat yuzaga kelishi mumkin unday xolda 0,5 ml 1x mezeton kullaniladi. Umumiy kuzgalish xolatlarida ganglio blokatorlarni gipertenziv ta'sirini oshiradi. Gipertonik krizisni utkir koronar etishmovchilik bilan asoratlanganida bartaraf kilishi uchun ogriksizlantiruvchi vositalarni nitratlar bilan birgalikda kullaniladi. Ogrikni jadalligiga karab xar vositalarni: apalastiklarni 2-4 ml 50x analgin) narkotik analgetiklar (promedol, omnopon 1-2 ml) morfin 1 ml 0,3-0,5ml 0,1x atropin eritmasi, 20 ml natriy xloridni izotopik eritmasi bilan yuboriladi. Bunday tipdagi gipertonik krizni bartaraf kilish uchun neyraleptanalgiya (0,0055-1-2ml va fentangil 1-2 ml 0,25 x li uroperidol, 5-40% - 20 ml glyukoza eritmasi venaga yuboriladi) kilinadi 2-3 dakika ichida ijobiy samara yuzaga keladi.

Bir vaktida nitratlarni sustak, nitrang, nitrosorbid applikatsiyasi kullaniladi.

Gospitalizatsiyasi gipertonik krizlarni asoratlangan bulsa, davo samarasiz bulsa, asoratlanmagan birinchi marta yuz bergan gipertonik krizlar shoshilinch tibbiy yordam choralarini olgandan sung kardiologiya yoki terapiya bulimlariga etkaziladi.

Yurak aritmiyalari

Yurak ritm iva utkazuvganligining buzilishi bir kator kasalliklarning simptomi xisoblanib, shoshilinch yordamni talab kiladi. Kasallikka tashxi kuyish va davolashdan oldin aritmiyani rivojlanishiga olib keluvchi kasalliklarni (miokard infarkti, miokardit, kardioskleroz va b.) aniklash, bemorni olib borish uchun tugri endoshishga asos buladi. Fakat EKG tekshirishlar erdamida yurak ritmining buzilishi xarakterini aniklash mumkin. Yurak aritmiyalarini ichida paroksizmal taxikardiya, bulmachalar xilpillashi. Morgani-Adams-Stoks xuruji, korinchalar ekstrasistoliyasi, sinus tugunini sustlik sindromi shoshilinch erdamni talab kiladi.

Paroksizmal taxikardiya

Bu termin yurak kiskarishlar sonini ortishi xuruji bulib, yurak kiskarishlari dakikada 130-250 martaga etadi. Bunda yurak ritmi tugri. Xuruj davrida bemor yurak uynashini, darmonsizlik, tush ortida sikilish, xansirash, vaxima sezadi. Teri koplamlarining okarishi, labni kukarishi, buyin venalarini pulsatsiyasi, kon bosimini pasayishi, poliuriya aniklanadi. Paroksizmal taxikardiyaning 2ta asosiy formasi: korincha, va korincha usti formasi tavofut kilinadi.

Paroksizmal taxikardiyaning korincha usti formasi

Diagnostikasi. Ritmining bunday buzilishlarida yurakni tugri ritmida kupchilik xolatlarida korinchalar formasidagi uzgarishlar kam bulganligi uchun EKGda uzgarishli farkli belgilar kam uchraydi. Bunda R tishcha korinchalar kompleksiga kushilib kelib, farklanishi kiyinlashadi. Differentsiyaal diagnetiskada R tishchani aniklash muxim urin tutadi, buning uchun EKGni kizilungach (otvedeniyasida ulanishida tekshirish lozim).

Korinchalar usti taxikardiya R tishcha xamma vakt QRS kompleksiga kushilib keladi, korinchalar taxikardiya bunday boglanish koidaga kura bulmaydi.

Davolash. Korincha usti taxikardiyasi xurujida erdam kursatishni adashgan nervga reflektor yul bilan ta'sir kilishdan boshlash lozim. Bunday ta'sir kursatishning samarali yuli bemorni chukur nafas oldirib zuriktirilishi buladi. Sinokarotid soxaga ta'sir kilish xam erdam beradi. Karotid sinusni ukalash bemor cholkancha etkizilgan vaziyatda kilinadi, bu vaktida ung uyku arteriyasi bosiladi. Kuz sokkasiga bosish xam erdam beradi. Mexanik usullar samara bermasa, dori vositalar kullaniladi, verapamil (izoptin, finoptin) samarali vosita xisoblanadi, venaga 4 ml-0,25% (10 mg) eritma yuboriladi. Yukori samaradorlikka ega adepozinmonofosfat (ATF)ni 1%-1-2 ml eritmasi venaga yuboriladi. Novokainamid 10%-10 mldan 5% - 10 ml glyukoza eki natriy xloridning izotopik eritmasida aralastirilib venaga yuboriladi.

Bu vosita KBni pasaytiradi, shuning uchun uni kursatilgan dozada 1%-0,3 ml mezaton eritmasi bilan arterial gipotoniya bilan birgalikda kelganda kullaniladi. Korincha usti taxikardiyasi xurujini boshka vositalar erdamida bartaraf kilish mumkin, bunda venaga ampodaron (kordaron) 5% - 6 ml (300 mg), aymalin (giluritmal) – 2,5% - 4 ml (100 mg), propranolol (inderol, obzidan) – 0,25% - 2 ml (5 mg), dizopiramid (ritmilin, ritmadan)-1% - 10 ml (100 mg)dan beriladi, karshi kursatmalar va nojuya ta'sirlar xisobga olinib beriladi. Dori moddalar kam Samara berganda, elektroimpuls terapiya (kardioversiya) kilinadi. Shuningdek yurakni kizilungach eki endokardial elektrod orkali elektrostimulyatsiya kilinadi. Korincha usti taxikardiyasini ayrim turlari uzining davolash taktik xususiyatlariga ega. Digitalis preparatlari bilan zaxarlanish tufayli yuzaga kelgan taxikardiyalarda yurak glikozidlarini kullash kat'iyannan man'iy kilinadi. Ektopik bulmachalar taxikardiyasida kupincha guruxli ektopik komplekslar bulganda, koidaga binoan adashgan nevrni stimullash, ATF, kardioversiya samarasiz xisoblanadi.

Paroksizmal taxikardiyasi bulgan korinchalarni navbatdan oldin kuzgalish sindromi anamnezida aniklanganda (eki uni mavjudligida) yurak glikozidlari va verapamilni kullash ritmni tezlashish xavfsi borligi uchun chegaralanadi.

Korinchalar paroksizmal taxikardiyasi. Diagnostikasi.

Ritmni bunday buzilishi QRS kompleksini kengayishi (0,14 dan kup) va deformatsiyasi bilan xarakterlanadi. Korinchalar kompleksini bu formasi sinusli taxikardiya dan keskin fark kiladi. « Korinchalar ritmi » xuruj paytida engil darajada buzilgan bulishi mumkin. Ba'zan xurujlar bir yoki bir nechta sinusli komplekslar bilan ajraladi, bu ekstrosistoliyali taxikardiya uchun xarakterli buladi. Korinchalar taxikardiyasi uchun atrioventrikulyar dissotsiya xarakterli buladi, ya'ni R tishcha bilan QRS kompleksini orasida bog'liklik yukoladi. Shuning uchun shubxali xolatlarida R tishchani aniklash uchun EKG ni kizilungach ulanishini yozib olish maksadga muvofiq buladi.

Davolash. Korinchalar paroksizmal taxikardiyasini bartaraf kilish uchun medokani muxim vosita xisoblanadi, uni 2% 6-8 mldan (120-160 mg) venaga yuboriladi. Bu vosita kam zaxarli bulib, samarali sanaladi. Boshka vositalar xam samarali bulib xisoblanadi, shu jumladan Etmozin 2,5% - 4 ml (100 mg) venaga, etatsizin 19,2 mg, novokainamid, aymalin (giluritmal) dizopiramid, amiodaran yukorida kursatilgan dozalarda kullaniladi. Dori vositalar samara bermasa, kollaps, shok, yurak astmasi yoki upka shishi paydo bulsa elektrik kardioversiya kilinadi. Korinchalar taxikardiyasi xurujida adashgan nevrni kuzgatish usulini kullamaslik lozim, verapamil, propranolol, ATF va kam zaxarli yurak glikozidlarini kullash kerak.

Xilpillovchi paroksizmal aritmiya

Bulmachalar xilpillashi – yurakni butun sikli davomida tez-tez (1 dakikada 350 dan 600 ta kiskarishi) bulmachalarni va aloxida guruxdagi mushak tolalarining xaotik kuzgalishi va kiskarishi kuzatiladi, ularni kiskarishini boshkarilishi bulmaydi. Xilpillovchi aritmiya xurujida bemorlar yurak uynashiga bexuzurlikka shikoyat kiladilar, ba'zan xansirash, yurak soxasida ogrik

sezadilar. Bu xolatlar xilpillovchi aritmiyaning taxisistolik formasida yakkol kurinadi. Bulmachalar xilpillashida yurak ritmi notugri, kupincha puls tankisligi aniklanadi.

Xilpillovchi aritmiyaning 2 ta formasi – bulmachalar xilpillashi va titrashi farklanadi.

Bulmachalar xilpillashi (fibrillyatsiya)

Diagnostikasi. Bulmachalar xilpillashida R tishchaning maromida kelishi buziladi, EKG da mayda yoki katta F tulkini, shuningdek notugri, betartib korinchalar ritmi kayd kilinadi, EKG da R-R interval xar xil keladi.

Davolash. Bulmachalar xilpillashi xurujida uning taxikardiya bilan kechishida gemodinamikani yakkol buzilishi kuzatiladi, bunda uzini bemor noxush sezgilarni xis kiladi, xurujni bartaraf kilish uchun dori moddalar: aymalin (giluritmal) venaga sekin 100 mg dozada yuboriladi, novokainamid anolbin dozada 1 grammgacha yuboriladi. Ba'zan xurujni ritmilen 100-150 mg venaga yuborilib bartaraf kilinadi. Gemodinamikani keskin buzilishida xususan upka shishida, KB ni keskin pasayishida, bu vositalarni kullash shubxali bulib, kursatib utilgan belgilarni chukurlashishiga olib kelishi mumkin. Bunday xollarda darxol elektroimpulsli terapiya kullaniladi, Yana davo choralarini korincha ritmi chastotasini kamaytirishga yunaltiriladi, bunda digoksin 0,5 mg venaga yuboriladi.

Davolash. Korinchalar ritmini kamaytirish uchun veranamiya (izontin, finontin) 5-10 mg dozada venagayuboriladi. (arterial gipotenziyada mumkin emas). Taxikardiyaning kengayishi, koidaga kura, bemorni axvolini yaxshilanishi bilan birga keladi. Chuzilgan xilpillovchi aritmiya xurujni bir necha sutka davom etishida kasalxonagacha bulgan davrda xurujni bartaraf kilishga urinmasdan, bemorni kasalxonaga yotkizish lozim. Chastotasi yukori bulmagan bulmachalar titrashida dori moddalarni ichish uchun xususan propranolon 20 mg dozada yoki xijuin 0,2-0,4 g dozada beriladi. Korinchalarni muddatdan ilgari kuzgalishi sindromi bulgan bemorlarda xilpillovchi aritmiya xuruj uzini kechish. Xususiyatiga ega va aloxida shoshilinch davo choralarini kurishni talab kiladi.

Korinchalar ritmini sezilarli ortishida (1 dakikada 200 martadan ortik) shoshilinch ravishda elektroimpuls terapiya kilish lozim, chunki bu aritmiya korinchalar fibrillyatsiyasiga utib ketishi mumkin. Dori vositalardan aymalin, kordaron, novokainamid, lidokain venaga yukorida kursatilgan dozada yuboriladi.

Yurak glikozidlari va veranamiyaniyuborishga karshi kursatma bor, chunki ularni korinchalar ritmini oshirish xavfi buladi.

Bulmachalar titrashi

Bulmachalar titrashi – bulmachalar kiskarishini dakikada 200-400 kiskariga etishi, bunda bulmachalar ritmining maromi saklangan buladi. U doimiy (2 xaftadan ortik) va paroksizmal xar xil davomiylikdagi xurujlar kurinishida buladi. Bemorlarni yurak uynashi, ba'zan yurak soxada ogrik, xansirash bezovta kiladi. Korinchalar kiskarishi dakikada 150 ta kiskarish va undan ortik xamda bulmachalar titrashi davomli bulsa kon aylanishi etishmovchiligi belgilari paydo buladi.

Diagnostikasi. Bu aritmiya maromli bulmachalar ritmi (1 daki-kada 250 dan ortik) oshishi bilan xarakterlanadi. EKG da F ritmik arrasimon tishchalarini doimiy 0,1s davomiylikda bulishi, ular orasida izoelektrik interval kupincha bulmaydi. Korinchalar kompleksi ritmik ravishda xar ikkinchi, uchinchi va turtinchi bulmacha tulkidan keyin keladi. Bunday xollarda bulmachalar titrashini tugri formasi tugrisida aytiladi. Ba'zan bulmachalar titrashini korincha ritmiga nisbati 1:1 buladi. Bunda keskin taxikardiya, yurakni kiskarishi odatda 1 dakikada 250 dan oshadi. Bulmachalarni titrashini korincha ritmini buzilishi bilan birgalikda kelishiga bulmachalar titrashini notugri formasi deyiladi.

Fizikal tekshirishlarda aritmiyaning bu formasini bulmachalar xilpillashidan farklash kiyin. Bulmachalar titrashida, xilpillashida va korincha usti taxikardiyalarida, korinchalar kompleksini aberratsiyasi kuzatilishi mumkin. Bunda xolatlarda bulmachalar titrashini tugri formasini

paroksizmal korinchalar taxikardiyasidan farqlash lozim. Bunda EKG da F tulkinlarni korincha kompleksi bilan boglik xolda aniklanishi xal kiluvchi rolni uynaydi. Ba'zan buning uchun kizilungach ulanishlarini EKG yozish mumkin.

Davolash. Yordam berish chorasi masalasini xal kilish uchun bulmachalar titrashi uni bulmachalar xilpillashi bilan korinchalar ritmini bir xil chastotada kechishiga nisbatan gemodinamikani buzilishi kam buladi. Bulmachalar titrashi xatto korinchalar kiskarish chastotasi dakikada 120-150 taga etganda xam bemorni bezovta kilmaydi. Bunday xolat shoshilinch yordamni talab kilmaydi va davolash reja bilan olib boriladi. Bulmachalar titrashi xurujidan gemodinamik buzilishlar bilan birga kelishida bemor uchun noxush sezgilarni paydo kiladi, uni davolashda yurak korinchalar kiskarish ritmini sekinlashtiruvchi vositalardan veropomil 10 mg yoki propranolon 5-10 mg dozada venaga yuboriladi. Agar utkir yurak etishmovchiligi yoki arterial gipotoniya bulsa, bu vositalarni kullab bulmaydi. Bunday xollarda digoksin 0,5 mg dan venaga yuboriladi. Propranolon yoki veranamiyani digoksin bilan kombinatsiyalangan xolda kullash mumkin. Ba'zan bu vositalarni kullashdan keyin aritmiya xuruji bartaraf buladi, biroq bulmachalar titrashi xuruji bir necha sutkagacha davom etadi. Aymalin, novokainamid va ritmilen bulmachalar titrashi xurujida bulmachalar xilpillashida kullanilgandagi samaradorligiga nisbatan kam buladi, ba'zan bu vositalar ta'sirida paradoksal xolat bulmachalar ritmini kamayishi bilan korinchalar ritmini ortishi va bu dorilar ta'sirida titrashi kuchayib 1:1 nisbatga etishi mumkin, shuning uchun bu dorilarni aritmiyaning bunday kurinishlarida kullab bulmaydi. Ba'zan bulmachalar titrashini xurujini fakat elektroimpuls terapiya yordamida bartaraf kilinadi.

Ekstrasistoliya

Ekstrasistoliya deb navbatdan tashkari xosil bulgan impulslar ta'sirida yurakni yoki uni bulimlarini navbatdan tashkari kiskarishiga aytiladi.

Yurakning ritmini bunday buzilishi bulgan bemorlar xech kanday shikoyat kilmaydi, ba'zan esa «yurak soxada noxushlik», «yurakni muzlashi» va boshka noxush sezgilarni xis kilishadi. Yurak suskultatsiyasida navbatdan tashkari kiskarishlarni pauza bilan birga kelishi (ba'azan) eshitiladi. Ba'azan puls tankisligi aniklanadi. Ektonik uchokning lokalizatsiyasiga karab korincha usti va korinchalar ekstrasistoliyasi farkanadi. Korinchalar ekstrasistoliyasining aloxida formalarida yurak yillik kasalligining utkir formalarida bemorlarga shoshilinch yordam kursatiladi.

Diagnostikasi. Korinchalar ekstrasistoliyasi EKG da navbatdan oldingi kelgan va kengaygan , deformatsiyalangan QRS kompleksini mavjudligi, R tishchaning QRS kompleksini oldida bulmasligi, QRS kengligi 0,12 s dan va ortishi bilan xarakterlanadi. Politopli, guruxli va ertangi korinchalar ekstrasistoliyasini bilish muxim. Politopli korinchalar ekstrasistoliyasi ektopik komplekslarning polimorfligi va xar xil intervalda kelishi (ekstrasistoliya kompleksi bilan undan oldin keluvchi kompleks urtasidagi masofa) bilan xarakterlanadi. Guruxli (birin ketin kompleksni kelishi). Ekstrasistoliyali juft xolda (gurux 2 ta ekstrasistoladan iborat), va gala (gurux 3 va undan ortik ekstrasistoliyadan iborat). Ertangi korinchalar ekstrasistoliyasi ekstrasistolik R tishcha T tishchaning ustiga tushadi, navbatdagi siklda keladiganiga, (ekstrasistoliya «R» «T» ga deb ataladi.)

Davolash. Utkir koronar etishmovchilik va miokard infarktiga chalingan bemorlarda 1 dakikada 5 tadan ortik politonli, guruxli va ertangi korinchalar ekstrasistoliyasi aniklansa aritmiyani shoshilinch bartaraf kilish lozim. Korinchalar ekstrasistoliyasini bartaraf kilish uchun lidokainni kullash tanlab olingan davo vositasi xisoblanadi. Boshlangich dozasi 2-4-6 ml (80-120 mg) venaga struyali, keyinchalik tomchilab 80-240 mg G` soat tezlikda, erishilgan davo samarasini kuvvatlash maksadida yuboriladi. Yuborish tezligini tanlashda minimal doza dori tanlanadi, Bunda shuni xisobga olish kerakki aritmiya kaytalanmasligiga erishish muxim.

Samara bulmasa, Etmozin 100 mg, Etotsizin 50 mg, mekseti 250 mg, novokainamid 750 mg, aymalin 50 mg yoki dizopiramid 100 mg venaga struyali yuborilishi mumkin.

Korinchalar titrashi va fibrillyatsiyasi.

Korinchalar titrashi va fibrillyatsiyasi (xilpillashi) korinchalarni tez- tez (200-300 kiskarish dakikada) ritmik kuzgalishi, korinchada xosil bulgan turgun impulsni aylanma xarakati bilan boglik buladi. Korinchalarni titrashi koidaga binoan uni fibrillyatsiyasiga utadi, unda korinchalarni mushak tolalarini tartibsiz, maromsiz kuzgalishi va aloxida 250-500 marta dakikada kiskarishi kuzatiladi.

Klinik jixatdan terminal va kon aylanishining tuxtashiga teng kuchli xolat yuzaga keladi. Birinchi 3-4 sek. ichida darmonsizlik, bosh aylanishi, 18-20 sek. utib xushni yukolishi, 40-50 sek. ichida talvasa, ixtiyorsiz siydik ajralishi ruy beradi.

Puls KB aniklanmaydi, yurak tonlari eshitilmaydi. Nafas siyraklashadi va tuxtaydi. Korinchalar kengayadi, klinik ulim yuz beradi. EKG da korinchalar kompleksini urniga 200-500 kiskarishG`dakikada maromsiz xar xil amplitudali va davomiylikdagi tulkinlar yoziladi. Korinchalar titrashi va xilpillashi aritmiyalari kiradi. Samarali gemodinamikani tuxtatuvchi ya'ni kon aylanishini tuxtatuvchi xolat xisoblanadi. Ritmni bunday buzilishi yurak kasalliklaridagi birdan yuz beradigan (aritmik ulim deb nomlanuvchi) ulimni sababi buladi. Bu aritmiya yuzaga kelganda bemor birdaniga xushuni yukotadi, okarish yoki yakkol sianoz kuzatiladi, nafas agonal tipida, uyku arteriyasida puls yukoladi, korachiklar kengayadi.

Korinchalar titrashi.

Korinchalar titrashi miokard korinchalarini juda kup ritmik samarali faoliyati bilan xarakterlanadi. Bunda korinchalar ritmining soni 250 dan ortib, 380 marta G` dakika gacha boradi.

Diagnostikasi. EKG arrasimon, undilyatsiyalovchi ritmik yoki engil aritmik tulkinlar, bir xil kenglikda va amplituda, bunda korinchalar kompleksi elementlari farqlab bulmaydi, izoelektrik interval bulmaydi.

Korinchalar fibrillyatsiyasi.

Korinchalar xilpillashi deb miokardni korinchalar mushak tolalarining tartibsiz boshkarilmaydigan kiskarishiga aytiladi.

Diagnostikasi. EKG da korinchalar kompleksi bulmaydi, ularning urniga xar xil formadagi va amplitudadagi tulkinlar yoziladi, ularning chastotasi 1 dakikada 400 dan oshadi. Bu tulkinlarning amplitudasini balandligiga karab katta va kichik tulkinli fibrillyatsiya farqlanadi. Katta tulkinli fibrillyatsiyada tulkin amplitudasi 5mm dan oshadi. Kichik tulkinli fibrillyatsiyada bu kattalikka etmaydi.

Davolash. Korinchalar titrashi yoki xilpillashini bartaraf kilish uchun yordam berishda yurak soxaga musht bilan zarba beriladi. Agar shundan sung yurak faoliyati tiklanmasa darxol yurakni bilvosita massaj kilinadi va sun'iy nafas beriladi. Bir vaktida elektrik defibrillyatsiyaga tayyorlanadi, yurak faoliyatini kardioskop ekrani yoki EKG buyicha baxolab tezda defibillyatsiya utkaziladi. Keyingi muolajalar yurakni elektrik faolligiga karab bajariladi.

Morgani – Adams – Stoks sindromi.

Bu sindrom yurak faoliyatini samarali kiskarishini keskin kamayishi yoki tugatishi bilan xarakterlanadi. Xushdan ketish xurujlari, keskin okarishi, nafasni tuxtashi, talvasa tutishi kuzatiladi. Xurujlar bir necha sekunddan bir necha dakikagacha davom etib, ba'zida mustakil ba'zida davo choralarini kullashdan keyin utib ketadi, biroq letal okibat bilan tugashi mumkin. Morgani – Adams – Stoks sindromi antioventrikulyar blokadani 2-3 darajasidagi bemorlarda kuzatiladi, ba'zida sinus tugunni kuchsizlanishida, korinchalarni muddatdan ilgari kuzgalishida, paroksizmal taxikardiyada, xilpillovchi taxiaritmiya xurujida.

Diagnostikasi

Morgani – Adams – Stoks sindromini mexanizmi asosida korincha asistoliyasini bulmachalar aktivligini saklanishi bilan birgalikda uchrashi atrioventrikulyar blokadasi bulgan bemorlarda kuzatiladi. Bu bemorlarda xuruj paytida korinchalar xilpillashi va fibrillyatsiyasi paydo buladi.

Ba'zan kon aylanishini tuxtash mexanizmi asosida paroksizmal taxikardiya va xilpillovchi aritmiyani gemodinamik samarasiz xurujlari yotadi. Bu aritmiyalarni diagnostik belgilari yukorida kursatilgan.

Kon aylanishi tuxtaganda kuriladigan reanimatsiya choralari.

I. Kon aylanishi tuxtashini diagnostikasi

2. Es xushni yukolishi

3. Katta tomirlarda pulsni yukolishi

4. EKG manitorda fibrillyatsiya (yoki asistoliya) korinchalarda

II. Yurak soxaga kuchli zarb berish

III. Bemor uchun reanimatsiya brigadasini chakirish

IV. Yurakni bilvosita massaji, sun'iy nafas, defibrillyatsiyaga tayyorlash.

V. Defibrillyatsiyani 300 „, razryad bilan utkazish.

Davolash. Morgani – Adams – Stoks xuruji rivojlanganda reanimatsiya choralari utkazish muxim, bu kon aylanishi tuxtaganda kuriladigan choralarga uxshash buladi. Sindromli bemorlarda atrioventrikulyar blokada bulsa, reanimatsiya tulik xajmda utkaziladi, chunki yurak faoliyati bilvosita yurak massajidan keyin tiklanadi. Gemodinamik samarasiz taxiaritmiyalarda shoshilinch elektroimpuls terapiya kerak. Atrioventrikulyar blokadali yoki sinus tuguni kuchsizligi bulgan bemorlarda Morgani – Adams – Stoks sindromini borligi yurak elektrostimulyatsiyasini kullashga kursatma buladi, xattoki stotsionar boskichiga kadar utkazish mumkin. (xususan, stimulyatsiyani kizilungach elektrodid yordamida kullash mumkin). Dori moddalardan bunday xolatlarda „„„„„,0,1 %-1,0ml venaga yoki teri ostiga yuboriladi. Shuningdek izodrin („„„„„) 0,5 % 1-2 ml venaga tomchilab kardioskop nazorati ostida yuboriladi. Bu preparatni „„„„„,5 mg dozada tabletka shaklida sublingvel kullash kam samara beradi.

Sinus tugunining sustligi sindromi

Bu sindrom ritmni boshkaruvchi sinus tuguni biror potologik jarayon tufayli zararlanishi okibatida uning faoliyatini pasayishi bilan boglik.

Bu sindrom kuzatilgan bemorlarda darmonsizlik, bosh aylanishi, yurak urishi va «uynashi» dan shikoyat kilishadi. Ba'zan es xushni yukolishi (Morgani – Adams – Stoks) xuruji kuzatiladi. Diagnostikasi. Sinus tugunini sustligi sindromining asosiy kurinishi bulib, sinusli bradikardiya yoki sinokurikulyar blokadani ektopik aritmiyalar bilan birga kelishi xisoblanadi. Sinus tugunining sustligi sindromi uchun ekstrasistoliyadan keyin uzun pauzani bulishi (ritmni ekstrasistoliyadan keyingi depressiyasi), boshkaruv ritmining migratsiyasi, sinusli aritmiya xos buladi.

Bu sindromda ektopik aritmiyalardan kupincha bulmachalar va korinchalar ekstrasistoliyasi, korinchalar usti paroksizmal taxikardiyasi, bulmachalar xilpillashi va titrashi xurujini turgun xilpillovchi aritmiya bilan almashinishi ularni kupincha bradisistolik formani egallashi kuzatiladi. Sinus tugunini sustligi sindromining xavfli asorati bulib, yurak asistoliyasi xurujining sinus tugunini va boshka ritm manbalarini faoliyatini tuxtashi xisoblanadi. Bunday xurujlar xilpillovchi aritmiya yoki paroksizmal taxikardiya xujumini tuxtashidan keyin rivojlanadi.

Davolash. Sinus tugunining sustlik sindromi bulgan bemorlarda Morgani – Adams – Stoks sindromi xosil bulsa, shuningdek paroksizmal taxikardiya va xilpillovchi taxiaritmiya xuruji kuzatilsa, shoshilinch yordam choralari kurishga tugri keladi. Bunday bemorlarda shoshilinch yordam kursatishning xususiyatlari shuni uz ichiga oladiki, paroksizmal taxikardiya rivojlangan paytida sinus tugunini faoliyatini keskin pasaytiruvchi vositalar xususan amioderom, propranolol, verapamil venaga yuborilmaydi. Boshka xurujni bartaraf kilish uchun ishlatiladigan antiaritmik vositalarni extiyotkorlik bilan, kichik dozalarda, sekin, suyultirilgan xolda, EKG nazorati bilan yuboriladi. Bemorning anamezida yurak asistoliyasi enizulari bulganida texkardiya xurujlari kuzatilsa, ularni sottsionarga yotkizish xavfsizligini kamaytiradi, uy sharoitida yaxshisi xurujni

bartaraf kilishga urunmaslik lozim. Bunday bemorlarda taxikardiya xurujini bartaraf kilish uchun yurakni elektrostimulyatsiyasi tanlangan ashyolar ichida ustun buladi.

Sinusli brodikardiya.

Sinusli brodikardiya – yurak kiskarishlar sonini dakika ichida 60 martadan kam bulishi va tugrisida ritmini saklanishi bilan xarakterlanadi. Yurak kiskarishi dakikada 30 martadan kamaysa bradikardiya sinusli emasligi tugrisida extimollik kuprok buladi. Puls kamaygan ritmik yurak tonlarini odatdagi tovushi, nafas aritmiyasi kuzatilishi extimoli buladi. EKG da yurak kiskarishini sonining dakikada 59 tagacha va undan kamiga pasayishi, R – R va P – Q intervalni uzayishi aniklanadi.

Yurak arifmiyalarida bemorlarni statsionarga yotkizish.

Paroksiz taxikardiya xilpillovchi aritmiya xurujlarda bemorlarda shoshilinch davolash samarasiz bulsa, shuningdek chap korinchani utkir etishmovchiligi belgilarimiyada kon aylanishini yomonlashuvi, arterial gipotenziya, anginoz sindrom belgilari bulsa, bemorlarni kasalxonaga yotkizish kerak. Miokard infarkti rivojlanganligiga shubxa tugilsa, birdaniga yuzaga kelgan yurak ritmining va utkazuvchanligining xar kanday buzulishlari bulgan bemorlar yotkiziladi. Xuruj paytida (kon aylanishi tuxtaganida) bemorni xurujini bartaraf kilgandan (yurak faoliyatini tiklab) keyin statsionarga yotkizish lozim. Bemorni joyida yotkizilayotgan reanimatsiya choralaridan samara bulmasa, yulda yurakni bilvosita mossaji, upkani sun'iy ventilyatsiyasi uzluksiz kilinib bemorni statsionarga tashiladi. Surunkali aritmiyali bemorlar axvoli yomonlashmagan bulsa, shuningdek utkir rivojlangan korincha ust iva korinchalar ekstrasistoliyasida koronar etishmovchilik belgilari bulmasa, shoshilinch xolda statsionarga yotkizilmaydi. Politonli, guruxli va ertangi korinchalar ekstrasistoliyasi bor bemorlar ambulator tekshirish uchun yuboriladi.

Arterial gipotenziya

Bu xolat Kbni erkaklarda 100g`60 mm.sim.ust, ayollarda 95g`60 mm sim.ust dan pasayishi bilan xarakterlanadi.

M.S.Molchanov buyicha tasnifi

I.Fiziotlogik gipotenziya

- 1.Fiziologik gipotenziya induvidual normasi
- 2.Kuchaytirilgan shugullanish gipotenziyasi (soprt gipotenziyasi)
- 3.Adaptiv (kompnesator gipotenziya, baland tog, ttopik va boshka zonalar axolisida rivojlanuvchi va boshkalar)

II.Patologik gipotenziya

- 1.Neyrotsirkulyator (birlamchi) gipotenziya
 - a) doimiy bulmagan, kayta kechishi
 - b) ifodalangan turgun formasi (gipotoniya kasalligi)
 - v) ortostatik sindrom bilan
- 2.Simptomatik (ikkilamchi) gipotenziya
 - a) utkir
 - b) surunkali

Etiologiyasi Oliy tomir-xarakat markazining irsiy konstitutsional etishmovchiligi, uziga xos astenik tomir konstitutsiyasi

- Davomli psixoemotsional stresslar

- Davomli akliy zurikishlar
- Bosh miya travmalari
- Tez-tez kuzgaluvchi surunkali burun qxalkum infeksiyalari
- Bolalikda orttirilgan ogir yukumli kasalliklar va oziklanishning buzilishi

Professional omillar:

- organizmni kizishi, shovkin, vibratsiya
- Ionlovchi radiatsiya
- Jismoniy zurikish

Diagnostikasi

Shikoyati xar xil lokalizatsiyada jadallikdagi va davomiylikdagi bosh ogrishi, kupincha ogrikni ensa soxada, tumtok xarakterda bulishi (venalarni tonusini pasayishi tufayli venozli okimni buzilishi), buni ob-xavoga boglikligi, ba'zan migrensimon ogriklarning bulishi, kungil aynishi, kusish, bosh aylanishi, obmorok xolati. Umumiy xolsizlik, xotiraning pasayishi, tajanglik, emotsional –labillik, depressiya, yurak soxasida ogriklar, yurak uynashi, noxushlik sezgisini xis kilish, kul va oyoklarni muzlashi, stulni bekarorligi, uykuchanlik ortishi, ba'zan uykusizlik, erkaklarda jinsiy zaiflik bulishi mumkin.

Ob'ektiv tekshirishlarda: lokal gipergidroz, kaft va tovonlarning sovuuk va namligi, buyin va kukrak soxada kizil doglarning bulishi, kizil dermografizm buladi. Puls labil, bradikardiyaga moyil buladi, kupincha, nafas aritmiyasi, yurak tonlari anik yoki biroz bugiklashgan, yurak chukkisida yukorida bulmagan sistolik shovkin, ekstrasistoliya bulish extimolligi buladi, KB pasayadi. Salbiy ruxiy emotsional ta'sirotlar tufayli gipotonik krizlar (kuchli bosh ogrigi, bosh aylanishi, kurlik, kulokda shovkin, yurak soxasida kuchli ogrik, obmorok xolati, ter bosishi, kungil aynishi, kusish) rivojlanadi. Epigastral soxada ogriklar, korin dam bulishi, yugon ichak buylab ogrik, vaxima bosishi, tuzalmaydigan kasallikdan kukish xissi buladi.

Davolash. Umumiy kuvvatlovchi vositalar, davolovchi badantarbiya, suvli muolajalar, psixoterapiya, sanator-kurortlarda davolash belgilanadi. Depressiyalarda amitriptillin, imizin, melleril, KBni oshiruvchi vositalar-kordiamin, kofein; tinchlantiruvchi; adrenolitiklar-belloid, bellaspon, bellataminol beriladi.

Birdaniga koronar ulim.

Birdaniga aritmik ulim deb soglom odamning (tashkaridan zulm kursatilmaganda) yoki konikarli axvoldagi bemorning birdaniga bir necha minut ichida yurak ritmini buzilishi tufayli ulushiga aytiladi. Birdaniga aritmik ulimning sabablariga yuragida kasalligi bor shu jumladan miokard infarkti bulgan bemorlarni kukkisdan yuragini tuxtashi kiradi.

Birdaniga yurakni tuxtashini sababi 90-95 % xolatlarda miokard infarkti bulgan bemorlarda korinchalar titrashi va xilpillashi (fibrillyatsiya) bilan boglik. Asistoliya ulushiga xamma yurak tuxtashi xolatining 5 % tugri keladi. Korinchalar titrashi juda maromli, biroq korinchalar faoliyatini samarasizligi bulib, yurakning tuxtashi bilan tugaydi. EKGda maromli ritmik sinusoid egrilikka uxshash tulkinlar yozib olinadi. Tulkinlar orasida izoelektrik xoshiya bulmaydi, Ya va T tishchalar aniklanmaydi. Tulkinlar 1 xil amplitudali bulib, chastotasi 1 dakikada 250 va undan ortik buladi. Korinchalar xilpillashi – korinchalarni juda tez maromsiz va samarasiz faoliyati bulib, kon aylanishini tuxtashi bilan keladi. EKGda korinchalar kompleksini urnida xar xil amplitudali va formal 1 dakikada 400 ta atrofida tulkinlar yoziladi.

Tulkinlar orasida izoelektrik xoshiya bulmaydi. Katta va mikrotulkinli korinchalar fibrillyatsiyasi farklanadi. EKGda katta tulkinli fibrillyatsiyada tulkin amplitudasi 5 mm dan oshadi, kichik tulkinlida 55 dan oshmaydi. Korinchalar titrashi va fibrillyatsiyasining kelib chikish mexanizmi asosida korinchalardagi ektopik uchoklarni uta yukori impuls xosil kiilshi xamda kuzgalish tulkinlarini korinchaga kaytib kirishi yoki bu xamma mexanizmlarni kombinatsiyasi yotadi.

Korinchalar fibrillyatsiyasi utkir miokard infarkti, infarktdan keyingi kardioskleroz, yurakni revmatik va tugma nuksonida, mitral klapan prolapsida, miokarditda korinchalar ertangi kuzgalish sindromida, kardiomiopatiyalarda, elektrolitlar almashinuvi buzilishida, elektrotravmadan keyin, yurak bushliklari kateterizatsiyasi paytida, dorilar bilan (yurak glikozidlari: aymalin, xinidin. Etatsizin) zaxarlanishlarida yuzaga keladi.

Aritmiyaga karshi vositalarni miokardda kupol uzgarishi bor bemorlarga venaga yuborilganda (chandik, keskin kengayish, gipertrofiya), shuningdek bir nechta antiaritmik vositalarni birgalikda kullash korinchalar fibrillyatsiyachsi rivojlanishiga olib kelishi bilan xavfli sanaladi. Birdaniga aritmik ulimni moyillik omillari xisoblanadi: yomon sifatli ekstrasistoliyalar (barvatk tibpdagi RT ga guruxli, politopli, alloritmik), koronar arteriyalar keskin stenozlov aterosklerozi, kardiomegaliya, ogir yurak etishmovchiligi, Q-T intervalni uzayishi, korinchalar paroksizmal taxikardiyasi.

Birdaniga asistolik ulimni sababi sifatida korinchalar asistoliyasi asosan tulik atrioventrikulyar blokda yoki sinus tugunini susayish sindromi natijasida yuzaga keladi.

Diagnostikasi. Korinchalar titrashi va xilpillashi rivojlanganda teri orkaradi, puls yukoladi, KB aniklanmaydi, yurak tonlari eshitilmaydi. 10-20 sekund ichida bemor xushini yukotadi, ba'zan talvasa tutadi, korachiklar kengaya boshlaydi. Nafas shovkinli buladi, 2-dakikaning oxirida tugaydi. 2 dakikadan keyin korachiklar kengayadi, yoruglikka javob reaksiyasi sunadi. Yurakni tuxtashi birdanishga xushning yukolishi, pulsni katta tomirlarda xususan, uyku arteriyasida yukolishiga asoslanib tasdiklanadi. Odatda bu belgilar tashxis uchun etarli buladi.

Taktika. Kbni ulchash yurak auskultatsiyasi, korachikning yoruglikka reaksiyasini aniklash uchun vakti yukotmaslik. Darxol reanimatsiya choralari kurish afzal sanaladi.

Davolash. Yurak soxasiga musht bilan zarb berish bilan davo boshlanadi. Bir vaktida yurakni bilvosita massaj upkani sun'iy ventilyatsiyasi kilinadi. Korinchalar titrashi va fibrillyatsiyasida zudlik bilan katta energiyali (5-7 kv) elektr razryad yordamida defibrillyatsiya kilinadi. Agar yurakni birdan tuxtashi mexanizmi tezda anik bulmagan bulsa (bemorda korinchalar fibrillyatsiyasi yoki asistoliyasi buladi). Unda davoni defibrillyatsiyadan boshlash maksadga muvofik buladi, chunki taxminan 95 % yurakni birdan tuxtashi bulgan bemorlarda sababi korinchalar fibrillyatsiyasi bilan boglik buladi.

Agar defibrillyatsiyadan sung korinchalar fibrillyatsiyasi tuxtamasa unda takror elektr razryadi maksimal kuvvatda beriladi. Razryad berishlar orasidagi tuxtalgan paytda yurakning ichiga 100 mg lidokain, xamda 5 mg anprillin (inderol) yuborish lozim. Korinchalar asistoliyasi rivojlangan paytda yoki elektr razryad berilgandan sung korinchalar asistoliyasi paydo bulsa, yurakni davomli massaj kilish va sun'iy nafas berish fonida yurak ichiga 1 ml 0,1 % adrenalin eritmasini 10 ml 5 % li glyukoza yoki izotonik eritmada suyultirib, 0,1 t-1 ml atropinni, 10 t-8 ml kaltsiy xloridni, izodrin (izupril)ni yuboriladi.

Yurak elektrostimulyatsiyasi kilinadi. Yurak faoliyatini tiklagandan sung venaga natriy gidrokarbonat eritmasi yuboriladi. Korinchalar fibrillyatsiyasini kayta takrorlanmasligini oldini olish uchun lidokain venaga, mushak orasiga yuboriladi. Yurak ritmi buzilgan bemorlarga differentsiallashgan antiaritmik davo kullaniladi.

Miokard infarkti

Miokard infarkti-yurak mushaklarining utkir ishemik nekrozi bulib, koronar kon aylanishni miokardni extiyoji bilan muvofikligi natijasida rivojlanadi.

Miokard infarktining rivojlanishini asosiy sababi-koronar aterosklerozi koronar arteriyalar trombozi bilan asoratlashishi. Ba'zida miokard infarki uzgarmagan koronar arteriyalarni spazmi yoki revmatizm sistemalit vaskulit, biriktiruvchi tukima diffuz kasalliklarida rivojlangan koronarit tufayli rivojlanadi. Miokarddagi nekroz uchoklarining kattaligiga karab katta va mayda uchokli

miokard infarkti farqlanadi. Katta uchokli miokard infarkti uz navbatida transmural va notransmural turlariga bulinadi. Mayda uchokli miokard infarkti sub endokardial, intramural va subepikardial turlarga bulinadi.

Diagnostikasi. Miokard infarkti utkir, birdaniga yoki nostabil stenokardiyadan keyin, kupincha progressiyalovchi stenokardiyadan keyin boshlanadi.

Miokard infarktidan darak beruvchi belgilardan, kam xarakterli belgilar: keskin xolsizlanish, umumiy axvolni yomonlashuvi, atipik lokalizatsiyali ogriknlarni paydo bulishi, KBni bekarorligi kutarilishga moyillikni bulishi, jismoniy zurikishga tolerantlikni kamayishi. Bu belgilar nospetsifik bulib, bemorda xam, xamshirada xam agar bemorni anamnezida stenokardiya bulmasa, miokard infarkti tugrisida xech kanday shubxa uygotmaydi. Bunda fakat vrachning «koronar extiyotkorligi» kupincha infarkt oldi xolatini uz vaktida aniklab, bemorni vaktida shifoxonaga yotkizishga imkon beradi. Kupchilik kari yoshdagi kishilarda miokard infarktining rivojlanishida stenokardiya xurujining uzgarishi ya'ni, uning nostabil formaga transformatsiyalanishi kuzatiladi. Bundan tashkari yosh utishi bilan gipertoniya kasalligining roli ortadi, xususan uni asoratlarini (gipertonik krizni) miokard infarktini rivojlanishida roli muxim. Bunday bemorlarda miokard infarkti kupincha xar xil operatsiyalardan jismoniy zurikishlardan keyin rivojlanadi.

Shuning uchun katta yoshdagi kishilarda va qariyalarda o'krak qafasida biroz og'riq yoki diskomfort sezilishi bilan darhol EKG ga tushirish lozim. Miokard infarktini asosiy klinik belgisi ko'pchilik bemorlarda kuchli og'riq (Status anginosus) bo'ladi. Ko'pincha og'riq to'sh ortida, yurak sohasida joylashadi, ko'krak qafasini old yuzasi bo'ylab tarqaladi. Ayrim kishilarda og'riq to'shning pastki 2/3 qismida, epigastral sohasida bo'ladi. Ba'zan chap qo'lda, chap elka bo'g'imida, paydo bio'lib, keyin yurak sohaga tarqaladi. Og'riq bosuvchi, siqquvchi, ba'zan o'tkir "xanjar" bilan urgandek sezadi. Ko'pincha chap qo'lga chap elkaga, kurakka, kuraklararo bo'shliqqa, epigastral sohaga bo'yinga, pastki jag'ga, ikki qo'lga beradi.

Og'riqni atipik irradiatsiyasi ham bo'ladi. Miokard infarktida og'riq to'lqinsimon bo'lib, kuchayish va pasayish davriga ega bo'ladi. Faqat birgina og'riq bilan ham bo'lishi mumkin.

Og'riq sindromning giodelligi bir tomondan miokard infarktining zararlanish o'lchamiga (qancha katta bo'lsa, og'riqni shuncha giodelligi kuchli, boshqa tomondan bemorni yoshiga (bemor qancha kekxa bo'lsa, tipik anginoz stotus shuncha kam holatlarda uchraydi).

Og'riq bilan birgalikda o'lim vahimasi besaranjomlik, qo'zg'alish, ter bosishi uchraydi. Keyinchalik ayrim bemorlar keskin hsizlikni sezadi. Miokard infarktida borishni og'riqni jadalligi stenokardiyadan farq qiladi (20-30 daqiqadan ortiq bo'ladi), shuningdek tarqalishi, bilan ham farq qilib nitroglitserin yordamida bartaraf bo'lmaydi, emotsional bo'yog'ining aniqligi bo'yicha, yurak ritm iva o'tkazuvchanligining buzilishi, o'tkir yurak-qon-tomir etishmovchiligini bnlgilarining mavjudligi bilan farqlanadi. Miokard infarkti bo'lgan ba'zi bemorlarda teri qoplamlarining oqarishi, akrotsianoza, ko'p terlash kuzatiladi. Ko'pincha eri qoplamlari va shilliq qavatlarining rangi o'zgarmaydi. Puls sekinlashgan, normal, yoki tezlashgan A/B xuruj davrida ba'zan qisqa muddatda ko'tariladi. Yurak cho'qqisida 1 ton susaygan, 1/3 – 1/4 bemorlarda Gelon ritmi, yurak cho'qqisida va aorta ustida sistolik shovqin kamchilik bemorlarda eshitiladi. Agar kardiogen shok rivojlansa, bemor adinemik bo'ladi, atrofdagilar his qilish yomonlashadi, teri sovuq, ter bilan qoplanadi, kulrang- oq sianotik to'sda bo'ladi, venalar taraygan bo'ladi. Sistolik A/B 80 mm sim ust.dan pasayadi, puls bosimi 30 mm sb. u. dan kamayadi, puls tezlashgan, ipsimon, paypaslanmaydi. Diurez 20 mm ml/soatdan kamayadi. Ba'zan o'tkir chap qorincha etishmovchiligining belgilari namoyon bo'ladi.

Taktika. Miokard infarktiga chalingan bemorlar shifoxonaga yotqiziladi.

Davolash shifoxonagacha bo'lgan bosqichda hammadan ilgari inginoz og'riqni bartaraf qilinadi, chunki u kardiogen shokni rivojlanishiga olib kelishi mumkin, keyinchalik miokard infarktini asoratlarini, bemorni oldini olish choralari ko'riladi. Anginoz oqg'riqlarni bartaraf qilish uchun nitroglitserin, neyrolentalgeziya vositalari, narkotiklar, azot oksidi bilan kislorodli

ingalyatsion narkoz, analgetiklar. Bemorlarga birinchi navbatda ruhiy va jismoniy tinchlik zarur. Davolinishni nitroglitserin tabletkasini 1-g tabletkadan til ostiga quyiladi, 5 daqiqa o'tib takror berish mumkin. Asosiy og'riqsizlantirish uslubi neytrolentalgeziya: kombinatsiyalangan holus venaga 0,05-0,1 g analgetik va fenxnilni (1-2 ml 0,005%) eritmasini va 5 mg neytrolentik droneridolni (2 ml-0,25% ml eritma) izotonik eritmada yoki 5% glyukoza eritmasida aralashtirib yuboriladi. Og'riq va ko'zg'alish bemorlarda har xil darajada bo'ladi, shunga mos holda fentenil va droneridolni dozasi tanlanadi. Bundan tashqari droneridolni buyurib, A/B ni nazorat qilinadi, chunki u arterial bosimni pasaytiradi. Fentenilni droneridol bilan aralashmasi talamonalni tayyor aralashmani 1-2 ml dan in'ektsiyasi venaga yuboriladi. Anginoz statusni bartaraf qilish uchun narkotik analgetiklar 1% 1-2 ml morfin eritmasi, 2% 1-2 ml promedol yoki 2% 1.0 ml omnapon venaga yuboriladi. Narkotik analgetiklarning asosiy kamchiligi A/B ni pasaytirishi, brodikardiya chaqirishi, qusish, oshqozon ichak tizimi parezi siydik ajralishining qiyinlashishi, nafas markazini susayishi. Shuning uchun nojyva ta'sirlarini kamaytirishi uchun bir vaqtda atropin in'ektsiyasi 0,1%-0,5 ml dan, dimedrol 1%-1-2 ml dan yoki pinolfen 2.5%-1-2 ml dan qilinadi.

Agar og'riqlar kuchsiz bo'lsa, narkotik analgetiklarni mushak orasiga yoki teri ostiga yuboriladi. Venaga yoki mushak orasiga sintetik analgetik bylgan fortral 1 ml (zo mg) dan yuboriladi. Anginoz xurugini bartaraf qilish uchun azot oksidini kislorod bilan aralashmasi beriladi. Boshlanishda bemor faqat kislorodni, keyinchalik azot oksidi bilan kislorodni aralashmasi 1:4 nisbatda boshlanib, samaraga erishilgandan keyin seki nasta dozasi 3:1, 2:1 va 1:1 gacha pasaytiriladi. Nojo'ya ta'sirlardan azot oksidi ta'sirida bemorlarda qo'zg'alish bo'ladi. Og'riqlarni to'liq bartaraf qilish maqsadida keyin venaga 50% - 2-4 ml analgin eritmasi bilan birga 2 ml noshpa, 1%-1 ml dimedrol yoki 5 ml baralgin yuboriladi. Boshlanayotgan trombozni va tromboembolik asoratlarni oldini olish uchun shifoxonaga yotqizilgungacha bo'lgan davrda venaga streptokinada, trombolitik, fibronilidin yuboriladi. 10-15000 TB geparin qilinadi. Geparinni oshqozon yoki 12 barmoqli ichak yara kasalligida, qon kasalliklarini gemostatik faoliyatini buzilishida, buyrak kasalliklarida gematuriya va buyrak etishmovchiligi belgilari infeksiyon endokartsit, o'pkani kavernozli silida, yurakni o'tkir anevrizmasida, gemorronik insultlarda, yuqori gipertenziyada. Qorinchalar faoliyatining buzilishi ekstrasistoliya, qorinchalar texikardiyasi, qorinchalar fibrillyatsiyasini oldini olish uchun lidokainni 1,5 ml/kg hisobida venaga infuzion bilan yuboriladi. 300-600 mg lidokainni mushak orasiga yuborish mumkin. Kardiogen shokni klinik belgilari (oqarish, sovgotish, sianoz, terlash, behollik, sistolik bosimni do sm sb u dan) pasayishida. Shoshilinch yordamini kasalxonagacha bo'lgan davrida mezatonni 1%-1 ml eritmasini venaga yuboriladi. Bir vaqtda anginoz status bartaraf qilinadi. Agar mezeton samarasiz bo'lsa, venaga tomchilab dofemin yoki noradrenalin yuboriladi. Bu vositalar izotonik eritmada yoki 5-10% glyukoza bilan yuboriladi. Yuborish tezligi A/B ko'rsatmasiga qarab belgilanadi, A/B ni 100 mm. sim. ust. gacha kytarish etarli bo'ladi. Bundan tashqari venaga predni-zolonni 120 mg va undan ortiq dozada, hamda yurak glikozidlari, kislorod ingalatsiyasi yuboriladi.

Kardiogen shok.

Kardiogen shok bemorlarda yurak minutlik hajmini kamayishida, chap qorinchani qisqaruvchanlik faoliyatini buzilishi (miokard infarkti, miokarditlar, kardiomionatiyalar, toksik zararlanishlar) da, mexanik sabablar tufayli yurak kichik gemodinamikasini buzilishi (klapanni uzilishi, qorinchalararo to'siqni nuqsoni, og'ir paroglar, bo'lmacha sharsimon trombi, yurak o'smasi) yurak qisqarishlar sonining haddan oshib yoki kamayib ketishi tufayli (taxi va brodiaritmiya, bo'lmacha-qorincha o'tkazuv-chanligining buzilishi), shuningdek yurak kamerolarining noadenvat to'lishida perikardning tamponadasi rivojlangani uchun distola davrida ham yuzaga keladi. Odatda kardiogen deb o'pka arteriyasi tromboembo-liyasidan yuzaga kelgan holatga aytiladi. Ko'p hollarda yoshlarda va o'rta yoshdagi kishilarda chin kardiogen shok katta o'choqli, takror rivojlangan miokard infarkti dan yuzaga keladi. Qorislarda kichik o'chog'li

miokard infarktidan ham rivojlanadi. Hamshiralar bunday yoshdagi bemorlar bilan ishlash jarayonida buncha e'tibor qaratishlari mumkin. Shuningdek qari yoshdagi bemorlarda har xil ruhiy buzilishlar ham kuzatiladi. Buning asosiy sababi bo'lib miya yuzaga kelishi hisoblanadi.

Diagnostikasi. Diagnostikasi xarakterli simptomlar yig'indisiga asoslanadi, unda alohida organlarda va butun organizmda to'qimalar perfuziyasining buzilishi akslanadi.

Simptomlar: 1) arterial gipotoniya (sistolik A/B 80 mm sb. U.dan past) puls bosimi 20 mm sb.u va undan kam. 2) oliguriya (anuriya) 20 ml/s va undan kam. 3) es hushi buzilishi (tormozlanish). 4) periferik qon aylanishi buzilishi oqarish, ba'zida terini marmar rangida bo'lishi, xususan oyoqlarda, teri harakatini pasayishi, akrotsianoza, ba'zida shokni xarakterli belgisiga metabolik atsidoz kiradi. Ta'kidlash lozimki shokda patognomonik belgi bo'lmaydi, tashhis klinik belgilarni yig'indisiga asoslanadi, ularning namoyon bo'lishi har xil holatlarda tebranib turadi.

Davolash. Kardiogen shokni davolashda alohida patogenezi xususiyatlariga qarab o'tkaziladi. Miokard infarktida "reflektor", "haqiqiy", kardiogen, "aritmik" shok farqlanadi. "Reflektor" shokni rivojlanish mexanizimida tomir tonusini boshqarishni buzilishi qonni keyinchalik tomirlarda to'planishi va suyuq qismini interstitsial paydo b'olib to'qsimon chiqishi oqibatida yurakka venoz qonni qaytishini kuzatiladi. Shuning bilan patologik reflektor kamayishi ta'sir natijasida, asosan miokardning orqa devorini infarktida brodikardiya rivojlanadi, yurakni minutlik hajmi sezilarli kamayadi va A/B pasayadi. Shokni reflektor formasini davolash oyoqlarni 18-20o ga ko'tarish bilan belgilanadi, bu venoz qonni yurakka qaytishini engillashtiradi. Bradikardiya 0,1-0,5-1 ml venaga yuboriladi. Miokard infarktida shokni har qanday formasini davolash uchun og'riqsizlantirish muhim. Narkotik analgetiklarni gipotoniya oshirishi mumkinligi uchun, uni simpatomimetiklar bilan kombinatsiyalanadi, masalan lizaton (1%, 0,3-0,5 ml) bilan bradikardiya bartaraf qilish uchun atropin 0,1% 0,5-1 ml dan p/k yoki 0,3-0,5 ml dan venaga yuboriladi, nafas faoliyatini pasayishida nalorfin (analgetiklarni spetsifik antagonisti 0,5%-1 ml venaga, teri ostiga, mushak orasiga ham yuborish mumkin) yuboriladi. qator holatlarda bu choralar etarli samara bermaydi, sirkulyatsiyadagi qon qajmini kamayishi, yurakka qonni qaytishini kamayishi, bosimni pasayishi, chap qorinchani qonga to'lishini kamayishi, yurakdan chiqadigan qonni kamayishi va arterial gipotoniya rivojlanishi ro'y beradi. Yurakka qonni qaytishini oshishi qonni tezda normallashtiradi shok simptomlari ketadi, bu qon o'rnini bosuvchi suyuqliklarni quyishga ko'rsatma bo'ladi. Repoliglyukin (200 ml boshlang'ich dozada) qo'llaniladi, bu qonni reologik xususiyatini mikrotsirkulyatsiyani yaxshilaydi.

Davolashni chap qorinchani bosimini va (o'pka arteriyasidagi diagnostik bosimni darajasiga qarab u haqda hukm chiqarish mumkin) va A/B nazorati qilib olib boriladi. Reopoliglyukin etarlicha tezlik bilan 20 ml daqiqa tezlikda quyiladi, qon tomirdan chiqayotgan suyuqlikni tezligidagi quyilayotgan dorini tezligi baland bo'lishi lozim. Plazma o'rnini bosuvchi suyuqliklarni umumiy hajmi 2-5% sutkada va undan ortadi. Agar chap qorinchaning to'lishish tezligi 24 mm.sb.ut. va undan yuqori bo'lsa, plazma o'rnini bosuvchi suyuqliklar quyimaydi "gipovolemik" va boshqa formadagi shokni differentsial diagnostika qismida, shuningdek davo choralarini samaradorligini dinamikada nazorat qilishda gemodinalikani ko'rsatkichlaridan chap qorinchani to'lish bosimi va A/B ni doimiy nazorat qilish muhim rol o'ynaydi. haqiqiy kardibin shokni davolashda asosan chap qorinchani qisqaruvchanlik xususiyati keskin pasayishiga hisobga olinadi, bu katta murakkablikni chiqaradi. Ijobiy inotrop ta'sirga ega vositalar, birinchi galda katexolaminlar qo'llaniladi. Noradrenalin kichik dozalarda miokardga inotrop ta'sir qiladi, katta dozalarda esa qon tomirlarni qisqartiradi. Venaga tomchilab izotonik eritma bilan (yoki glyukoza) 0,2% 1-2 ml dan yuboriladi. Yuborish tezligi A/B va yurak ritmini nazorat qilinib boshqariladi. A/B ni 110-115 mm sb. ust. dan oshmasligiga harakat qilish lozim, biroq ilgari yuqori bosimda yuradigan arterial gipertopiya bemorlarda 130-140 mm sb.ust. gacha etishi mumkin. Kardiogen shokni davolashda boshqa samarali vosita dopamin bo'lib, miokardga ijobiy inotrop ta'siri bilan birgalikda koroner, miya, buyrak, lizenterial tomirlarni o'arshiligini kamaytiradi. Dopamin 0,1-1,5 mg/ daqiqa tezlik bilan venaga tomchilab yuboriladi. Yurak ritmini manitor nazorat qilinadi,

chunki bu vosita qorinchalar aritmiyasini chaqiradi. Yurak glikbridlarni kardiogen shokda miokard infarktida kam samarali bo'ladi. Kartikosteroidlarni qo'llash bunday hollarda tavsiya qilinmaydi. Kislota-ishqorlik holatini muvofiqlash, mikrotsirkulyatsiyani (qonni reologik holati orqali) yaxshilash, gipoksemiyani bartaraf qilish bunday bemorlarni davolashda muhim ahamiyatga ega. Haqiqiy kardiogen shokni davolashda dori moddalar foyda bermasa, qon aylanishini yaxshilaydigan yordamchi vositalar beriladi. Agar shokni rivojlanishida yurak tomonidan bo'ladigan asoratlar, yurak ichini yorilishi bo'lsa faqat jarroxlik usullari samarali davo usuli bo'ladi. haqiqiy kardiogen shokni davolashda zararlangan arteriyada qon oqimini tiklash (trombolizis, translyuminal angioplastika) muhim. Bunda prediizolon 60-15 mg, geparin 10000-15000 TB venaga yuboriladi, trombolitiklar (streptokinaza, fibrinalizin, streptodekaza) beriladi. Dopamin 2,5-20 mkg/kg daqiqa 200, 400, 800 mg dopamin 250 ml fiziologik eritmada 2-5 mg/kg) daqiqa tezlikda venaga tomchilab yuboriladi. Yo'tal, taxipnoz, periferik vezokonstrikeziya belgilarni paydo bo'lsa (sistolik A/B 90-100 mm sim. ust. bo'lganda) vazodilyatatorlar yuboriladi. 2,5 droperidol venaga struyali yoki 10 mg/kg 1 daqiqa fentolamin nitroglitsering submingval yo'l bilan, yoki 10-100 mkg 1 daqiqada venaga yoki 10-75 mkg/ daqiqada natriy nitroprussid venaga yuboriladi. Terini isishi yoki qurishi bilan yuborishni to'tatiladi. A/B pasayganda siydik haydovchi vositalar kam samarali bo'ladi, faqat ko'p suyuqlik quyilsa beriladi, o'pka shishida va ahvolni yomonlashishni kuchaysa venaga 0,025% 1 ml strafantin fiz eritma bilan venaga yuboriladi. Og'riq sindromi kuchaysa promedol 20 mg gacha morfin 10 mg, fentenil bilan droneridol 2 ml dan beriladi. Antiaritmik terapiyani samarasi elektrolitlar buzilishini muvofiqlashtirilsa kislota ishqorni muvozanatni qon aylanishi etishmovchiligini va gipoksiyani bartaraf qilinsa ortadi. Shunga asosan **qutboluvchi** (polyar) aralashma tarkibida kaliy, glyukoza, insulin asosan sinusli texikardiyani gipokaliemiya tufayli yuz berganida, yurak etishmovchiligini o'tkir davrini davolash uchun yurak glikozidlarini talab qilishida beriladi. **qutlovchi** yurak mglikozidlarini nojo'ya ta'sirini paydo bo'lish ehtimolligini kamaytiradi. **qutlovchi** eritmaning tarkibi 10% 250 ml glyukoza (yoki 5% 350 ml), 4% 40-50 ml kaliy xlorid, insulin 6-8 tb venaga tomchilab yuboriladi, qo'shimcha vitaminlar 15-10 ml askarbin kislatasi, 2,5% 1-2 ml vitamin V, kokarboksilaza 100-200 mg, yurak etishmovchiligida strofantin 0,05% - 0,5 ml tezda bemorni shifoxonaga yotqizib KB 90-100 mm.sb.ust. atrofida turg'un bo'lganicha monitor nazorati qilinadi. Yotqizishda bemor qabulxona bo'limini chetlab , to'g'ridan-to'g'ri jadal davolash bo'limiga yotqiziladi. Aritmik shokda birinchi vazifa- qorinchalar qisqarishni maromini, sonini normagacha qayta tiklash hisoblanadi. Taxiartimiyalarda elektroimpuls terapiya tanlangan usul sanaladi. Bunday holatda shokni dorilar bilan davolash kam samarali bo'lib, faqat ayrim hollardagina muvaffaqiyat keltiradi. Taxiritimiyalarda elektrimpulsi, bradiaritmiyalarda esa elektrstimullovchi terapiya qilinadi. Bunday holatlarda shokni dorili usulda kam samara beradi, biroq ayrim holatlarda muvaffaqiyatga erishish mumkin.

3. 14. Qon aylanishining o'tkir etishmovchiligi. Yurak astmasi.

Chap qorinchaning o'tkir etishmovchilini rivojlanishini har xil sabablarga bog'liq buyurak qon qopqoqlari nuqsoni, miokard infarkti, gipertoniya kasalligi, simptomatik gipertoniya, aterosklerotik va infarktdan keyingi kardioskleroz, kardiominotiya va miokarlitlar, yurak astmasi va o'pka shishini astsitik suyuqlikni birdaniga chiqarilganida, ko'p miqdorda plazma o'rnini bosuvchi suyuqliklar quyilgandan keyin, manfiy inotron ta'sirga ega vositalarni, vazotonik dorilarni yuborilganda kuzatiladi. O'tkir chap qorincha etishmovchiligini asosiy patogenetik mexanizmini asosida kichik qon aylanishi doirasida gidrostatik bosimni yurakka qonni ko'p kelishi oqibatida ortishi yoki kichik qon aylanishi doirasidan yurakka qonni oqishini qiyinlashishi etadi.

Yurak-tomir kasalligida kichik qon aylanish doirasiga kelayotgan qonni hajmi ko'plab miqdorda qon va transfuzion eritma va plazma o'rnini bosuvchi suyuqliklarni tez vaqt ichida quyilganda,

homiladorlik davrida funktsional gipervolemiya oqibatida, oziqlanish va tuz rejimining buzilishi oqibatda yuzaga keladi.

Chap qorincha o'tkir etishmovchiligidan genezida nerv-reflektor ta'siri (simpatik adrenal tizimini qo'zg'alishi), qonni onkotik bosimini pasayishi, kapillyar-alveolyar membranasini o'tkazuvchanligini ortishi rol o'ynaydi. Kichik qon aylanish doirasida kapillyarlarda gidrostatik bosimni oshishini muhim sababi chap qorinchani funktsional etishmovchiligi va oqibatda chap qorinchada diastolik hajmi oshishi va unda diastolik bosimni ko'tarilishi natijada chap bo'lmachada va kichik qon aylanishi darajasida tomirlarda bosim oshadi.

U qondagi onkotik boshli ko'rsatgichiga (28-30 mm sb ust.) etganida yoki undan ortganda plazmani o'pka to'qimasiga faol oqib o'tishi boshlanadi va uni shishi rivojlanadi. Seroz suyuqlik bilan interstitsiol shishni rivojlanishi natijasida o'pka to'qimasi infiltratsiyasi peribronikal va perivaskulyar bo'shliqqacha boradi. Oqibatda olinadigan havo va qon o'rtasidagi gaz almashinuvi sharoitlari keskin yomonlashadi. Bunday morfologik o'zgarishlarga mos holda yurak astmasining klinik ko'rinishlari namoyon bo'ladi. Agar bemor o'z vaqtida adekvat davo olmasa suyuqlik tomir ichidan alveoloni ichiga o'tadi, oqsillar, xolesterin, surfaktant va qonning shaklli elementlari bilan birlashadi. Ularning aralashishi oqibatida chiqariladigan nafas tarkibida turg'un oqsilli ko'pik hosil bo'lib, nafas yo'llarini to'sadi, gaz almashinuvi qiyinlashadi, gipoksiya chuqurlashadi. Morfologlar bu bosqichni chap qorincha etishmovchiligi – o'pkani olveolyar shishi, klinitsistlar – o'pka shishi deb atashadi.

Diagnostikasi. Yurak astmasi Birdaniga boshlanadigan hansirash xirujini bo'g'ilishga o'tishi birdaniga ko'pincha kechasi rivojlanadi. Bemorni inspirator bo'g'ilish quruq yo'tal bezovta qiladi. Bemor oyog'ini pastga osiltirgan holda o'tiradi, gapirishi qiyinlashadi. O'limdan qo'rquv vahimasi, ko'pincha bu qo'rquv yuzda ifodalanadi, yuz qo'rquvli, va tirishgan bo'ladi. Yuz oqaradi, bug' yoki ter tomchilari bilan qoplanadi. Labda, burun atrofida sianoz, akrotsianaz kuzatiladi. Nafas soni daqiqada 30 marta va undan ortiq ortadi, o'pka ustida dag'al nafas, orqa pastki bo'limlarda nom mayda, o'ta pufakchali xirillashlar eshitiladi. Bular yurak astmasining oxirgi bosqichlarida kuzatiladi, uni o'pka shishiga o'tganligidan dalolat beradi.

Ba'zan o'rta miqdorda quruq xirillashlar aniqlanadi-bu bronxlar shilliq qavatining shishi belgisi. Yurakni tekshirish natijasida asosiy kasallikning belgilari taxikardiya, aritmiya, gelon ritmi, o'pka arteriyasi ustida aorta aktsenti va bo'lishishi aniqlanadi. A/B ko'pincha ko'tariladi, ba'zan uni ko'tarilishi yurak astmasining bevosita sababi bo'ladi.

Ektda ritm va o'tkazuvchanlikning buzilishi yurakni chap bo'limini gipertrofiyat va zo'riqishi (baland va keng R-timcha AVL ulanganda baland R I chuqur S III standart ulanishda, ST ni depressiyasi I, AVL va V ulashishlarda) belgilari aniqlanadi. Yurak astmasi xurujlari bir necha daqiqadan bir necha soatgacha davom etadi.

O'pka shishi.

Chap qorinchani o'tkir etishmovchiligini belgisi bu bosqichda shovqinli nafas bo'lib klinik masofadan eshitiladi, yo'tal bilan ko'pikli balg'am ajraladi, ko'pincha pushti rangda eritrotsitlarni aralashishi tufayli bo'ladi. Balg'am ko'pincha og'izdan va burundan ajraladi. O'pkaning hamma yuzasidan dag'al nafas va har xil kalibrli nam xirillashlar eshitiladi. Yurak auskultatsiyasida tonlar bo'g'iqlashgan, taxikardiya, aritmiyalar, gelon ritmi eshitiladi. EKG da yurakni chap bo'limini oshib boruvchi zo'riqishi belgilari, ritmini va o'tkazuvchanlikni buzilishi belgilari aniqlanadi. O'pkani alveoler shishi qisqa muddatli yoki to'lqinsimon ketadi, bunda ahvolni yaxshilanishi yomonlashuvi bilan almashinadi. Agar ko'p ko'pik hosil bo'lsa, o'lim asfiksiyadan juda tezda yuz berishi mumkin, bu bir necha daqiqadan keyin o'pka shishi klinik belgilarini boshlanishidan keyin boshlanadi. Kam ifodalangan cho'ziluvchan alveoler shish a'zolar va to'qimalarning uzoq muddat og'ir gipoksiyasi, bilan birga keladi, yurakni nasos funksiyasini pasayishida hayotiy muhim markazlarni faoliyatini pasayishi. O'pka shishini klinik ko'rinishlariga og'ir shokni simptomlari qo'shiladi va bemor yurak faoliyatini yoki nafasni to'xtashidan o'ladi.

Taktika. Yurak astmasi va o'pka shishi zudlik bilan jadal davolashini talab qiluvchi holat. Bemorlarni davolash bu asoratning sababiga qarab individual o'tkaziladi.

Davolash. Agar yurak astmasi yoki o'pka shishi miokard infarktini normal yoki ortgani fonida kechishini asoratlantirsa birinchi navbatda bemorni qulay o'tirg'izib, bel va qo'llariga tayanch beriladi, yuqori nafas yo'llaridan balg'am chiqarib olinadi. Bunday holatda tanlangan vosita bo'lib narkotik amalgetiklar va neyroleitanalgeziya vositalari sanaladi. Narkotiklar og'riqni qoldiradi, gemodinamikaga ko'rsatiladigan reflektor ta'sirni bartaraf qiladi, yurakni o'ng bo'limiga qon kelishini kamaytirib, kichik qon aylanishida ham kamayadi, bu tizimda katta qon aylanishi doirasida depo hosil bo'lishi tufayli yuzaga keladi, nafas markazini qo'zg'alishi pasayadi. Morfin gidroxloridning 1% 1-1,5 ml eritmasi bilan atropinni 0,1% 0,5 ml eritmasi venaga yuborish tavsiya qilinadi. Ikkala eritma ham dastlab O.St 10-15 ml natriy xlorid eritmasida yoki 5% glyukoza suyultirilib keyin yuboriladi. Aralashmani sekinlik bilan, bu kichik dozadan 0,2-0,5 ml morfin har 5-10 daqiqada yuborib turiladi. Morfinni bo'lingan dozalarda yuborish orqali gipotoniyani rivojlani-shini oldi olinadi, morfin va atropinni qo'llash esa nojo'ya va golitik samarani bartaraf qiladi. Agar kuchli taxikardiya bo'lsa, atropinni o'rniga 2%-1 ml suprastik yoki 1%-1,0 ml atropin ishlatiladi. Bular xolinolitik faollikka ega bo'lib, narkotik analgetiklarni ta'sirini oshiradi.

60 yoshdan oshgan bemorlarga morfin qilinmaydi uni yaxshisi promedol bilan almashtiriladi (2%-1 ml venaga struyali sekin yuboriladi) yoki neyrolentanalgeziya (fentanil va droneridol) qilinadi. Agar bemor 60 yoshdan katta, og'irligi 50 kg dan kam bo'lsa, bronx o'pka kasalligi mavjud bo'lsa feitemilni 0,005%-1 ml dozadan oshirilmalik lozim, qolgan holatlarda esa 2 ml dan yuborish mumkin. Droneridol neyroleptik vositani dozasini sistolik A/B ni dastlabki darajasiga qarab beriladi, A/B 100 mm.sb.ust. -1 ml, 120 mm.sb.ust. 2 ml, 160 mm.sb.ust.-4 ml, 0,25% eritma qo'llanadi. Bu vositalarni ta'sirini oksibutirat natriy oshiradi. Bundan tashqari u sustav ta'siriga ega, miorelaksatsiya qiladi, antigipoksant sanaladi, miyani va yurakni to'qimalarini gipoksiyaga chidamliligini oshiradi, A/B dastlabki ko'rsatkichiga ta'sir qilmaydi. Periferik vazodilyatatorlarni venoz tipidagilarini qo'llash maqsadga muvofiq. Nitroglitserin yoki uning analglari (perlingopit, izoket va b.) ni qo'llash samarali bo'ladi. Natriy eritmali venalar tonusini pasaytiradi, qonni bir qismini periferik venalarda gano?, oyoq venalarda depolenishiga, qonni yurakni o'ng bo'limiga qaytishini kamayishiga, va kichik qon aylanishida dimlanishni kamayishiga olib keladi. Buning bilan chap qorinchani gemodinamik zo'riqishi kamayishi ta'minlanib, miokardni kislarodga bo'lgan talabi pasayadi.

Yurak astmasining boshlanish davrida nitroglitserin til rstga 1-2 tabletkadan 15-20 daqiqada interval orasida beriladi. U venaga tomchilab yuborish samarali sanaladi. Buning uchun 1%-2-3 ml nitroglitserinni yoki 10 ml izoket (perlingonit) ni 5%-250 – 300 ml glyukoza yoki izotonik eritmada 8-10 daqiqada tomchidan keyinchalik 1 daqiqadan 15 tomchigacha oshirib A/B ni nazorat qilib sistolik bosimni 95-100 mm.sb.ust. pasaytirmasdan venaga tomchilab yuboriladi. Ba'zan nitriylarni tomchilab yuborib bo'lmaydi. Bunday holatlarda juda sekinlik bilan struyali (A/B ni nazorat qilib) yuboriladi. Buning uchun 1%-1 ml nitroglitseringa, perlinganit yoki izoketni (5%-1 ml) 5%-20 ml glyukoza yoki izotonik eritmada suyultirib yuboiladi. Nifuziya 0,1-0,2 ml nitroglitserinni yoki uning analogini har 3-5 daqiqada terapevtik samara bo'lgunga qadar yuboriladi. Tez ta'sir etuvchi diuretiklar yurakka keladigan qonni sezilarli kamaytiradi, o'pka kapillyarlarida gidrostatik bosimni pasaytiradi. Siydik haydovchi vositalarni yurak astmasi bilan kasallangan bemorlarga ta'siri faqat diurezni oshirishi bilangina emas, balki kichik qon aylanishi doirasidagi dimlanishni periferik tomir hajmini kengaytirishi orqali kamaytiradi. Bu ta'sir 5 daqiqa ichida diuretik ta'sirdan ilgari namoyon bo'ladi. Leziks venaga 1% 2-10 ml ni 0,5% 10-15 ml natriy xlorid yoki 5% glyukoza bilan venaga yuboriladi. Ko'pikni yo'qotuvchi vosita sifatida etil spirti yoki 10% li antifomsilan ishlatiladi. U ko'pikni turg'unligini buzadi, parchalaydi. Shu maqsadda kislorodni namlagich spirt orqali o'tkaziladi, spirtni konsentratsiyasi 70-96 % (agar kislorod burun kateteri orqali berilsa) respirator orqali berilsa 30-40o S dan past konsentratsiyada beriladi.

Bunday vaziyatda venaga 33o 5-10 ml spirt yuboriladi. Kichik qon aylanish doirasida dimlashishni pasaytirish uchun oyoq-qo'llarga jgutni arteriyani siqmasdan venoz oqimni kamaytirish uchun bog'lanadi. Agar yurak astmasi yoki o'pka shishi miokard infarkti bo'lgan bemorda gipotoniya fonida yuzaga kelsa, bunda bemorni bir qo'liga 4% dopamin 5 ml 5%-200 ml glyukoza yoki natriy xloridi izotonik eritmasi, ikkinchi so'liga nitroglitserin (trinitrosan, perlingokit, izoket) yuboriladi.

Nitratlarni eritmasini tomchilarda dozalab klinik samaraga va A/B ga orientir qilinadi. Agar A/B pasaysa, uni dopamin bilan boshqariladi, 100 mm.sb.ust. atrofida ushlanadi. Sistolik boshi 100 ml sb.ust. atrofida yoki undan yuqori stabil bo'lsa 80-120 mg dozada leziks yuboriladi. Shuningdek 60-90 ml dozada prednizalon hujayra membranasini stabillash, qonni suyuq qismini alveola yuzasiga chiqishini kamaytirish maqsadida qilinadi. Yurak glikozidlari qilinmaydi, chunki ular miokardni kislardga bo'lgan extiyojini oshiradi, atrioventrikuler o'tkazuvchanlik buzilishiga olib keladi, ritmni buzilishiga sabab bo'ldi, miokard diastolik funktsiyasiga salbiy ta'sir qiladi. Bundan tashqari ularning maksimal terapevtik ta'siri venaga yuborilgandan 30-40 daqiqa o'tib, keyin boshlanadi. Bunday holatdagi bemorlarga kuchaytirilgan davo choralarini ko'rishni talab qilinadi. Infarktdan keyingi va aterosilerozdan keyingi bemorlarda yurak astmasi va o'pka shishini davolash narkotik analgetiklar (morfin, promedol) ni venaga yuborishdan boshlanadi, neytrolentalgeziya (fentonil va droneridal), leziks, nitroglitselinni tomchilab yuborish, yurak glikozidlari qo'llanadi. Agar o'tkir qorincha etishmovchiligi gipertonik krizni fonida rivojlansa, quyidagi choralar o'tkaziladi: 2-4 ml droperidol venaga struyali, 60-120 mg leziks, ganglioblokatorlar yuboriladi. Buning uchun 5% 1 ml pentominil 0,9% li 20,0 ml fiziologik eritmada aralashtirib, venaga 3-5 ml dan har 5-10 daqiqa interval orasida istalgan samara olinguncha qadar yuboriladi. Agar davolash uchun changli blokatorlar qo'llanilsa, albatta gemodinamik nazorat kerak. Sistolik bosimni dastlabkisiga nisbatan 30% pasaytirish kerak, uni 95-100 mm.sb.ust. kamaytirmaslik lozim, nitroglitserin, yurak glikozidlarini ham yuborish mumkin.

Agar yurak astmasi yoki o'pka shishi yurak nuqsonlari bilan bog'liq bo'lsa, davolashni narkotik analgetiklardan boshlanadi, neyrolental-geziyani nafas markazini qo'zg'aluvchanligini pasaytirish maqsadida, kichik qon aylanish doirasida gidrostatik bosimni pasaytirish, yurakka qonni qaytishini va sirkulyatsida qon hajmini kamaytirish uchun qilinadi. Venaga 100-200 mg leziks qilinadi. Yurak glikozidlarini berish uchun differen-tsiallangan yondoshiladi. Aortal poroklarda bemorlarga 0,05% 0,5 ml strofentin yoki 0,06% 1 ml korglyukon venaga glyukoza 5% 10 ml eritmasi bilan yuboriladi, bu ijobiy ipatrop ta'sir ko'rsatadi. Mitral stenoz bo'lgan bemorlarga venaga 0,025% 1-2 ml dinoksin eritmasi glyukoza 5% -10 ml eritmasi bilan yuboriladi, bu ijobiy inotrop ta'sir qilib yurakni atrioventrikulyar o'tkazuvchanligiga va qisqarishlar soniga ta'sir qiladi. Buning natijasida diastola uzayadi, chap qorinchani qonga to'lishi yaxshilanadi. Nitral stenozli bemorlarga vezodilyatatorlar berilmaydi, chunki diastolada chap qorinchani qonga to'lishini kamaytiradi. Ularni aorta qopqog'i nuqsoni, bo'lgan bemorlarda o'pka shishini davolash uchun qo'llash mumkin. O'pka shishini har xil genezida xurujni bartaraf qilingandan so'ng shifoxonada gipostetik pnevmaniyaning antibiotiklar olish uchun buyuriladi.

O'pka arteriyasi tromboemboliyasi.

O'pka arteriyasi trombo emboliyash (O'ATE) har xil kasalliklarning, travma jarroxlik amalining asorati sifatida uchraydi, bunda venoz tizimida tromboz yuzaga keladi. Agar o'pka arteriyasini zararlanishi o'z vaqtida aniqlanib, adekvat davo 90% dan ortiq bemorlarni hayoti saqlab qolinadi. Buning aksicha, tashxis kech aniqlansa yoki aniq bo'lmasa 1/3 bemorlarda letal oqibat bilan tugydi. O'ATE ning sabablari 95% dan ortiq holatlarda pastki kovak vena tizimida yuz beadigan trombozlar natijasida hisoblanadi qolgan bemorlarda kichik qon aylanish doirasini zararlanishi yuqori kovak venalari va yurakni o'ng bo'limlarini trombozi tufayli bo'ladi. Embol bo'lib tomirni devori bilan bog'liq bo'lmagan harakatlanuvchi tromblar xizmat qiladi. Magistral venalar (son, chanoq yonbosh, pastki kovak venalari) da ko'chgan tromb qon oqimi bilan o'pkaning tomiriga

keladi, uni to'liq (juda kam holatlarda) yoki qisman bloklaydi. O'ATE ni massiv (o'pka arterial tomirlarining yarmi va tomir maydonining yarmidan ortig'i zaralanadi) sub massiv (o'pka tomirlari maydonining yarmidan kami bloklanadi) va o'pka arteriyasi shoxlarining mayda (segmenor) qismini emboliyasi farqlanadi.

Diagnostikasi. O'ATE klinik belgilari ko'p qirrali. Uning xususiyatlari va ifodalanishi quyidagicha aniqlanadi: o'pkadagi arterial tomirlarni obstruksiyasini hajmiga o'pka-yurak tizimini emboliya oldi dastlabki holatiga, infarktdan keyingi pnevmoniyani rivojlanishiga kasallikning ko'p uchraydigan tipik birdaniga paydo bo'ladigan, hech narsa bilan tushuntirilmaydigan belgisi, hansirash bo'ladi. U taxminan 80% submassiv, 85-90% massiv O'ATE bo'lgan bemorlarda bo'ladi. Ko'pincha bu kasallikning tanho simptomi bo'ladi. Kichik qon aylanish doirasining obstruksiyasi hajmi va hansirash darajasi orasida korrelyatsion bog'liqlik aniqlanmasa ham, hansirash o'ka perfuziyasini sezilarli buzilishida og'irroq namoyon bo'ladi. Uni o'pkani va yurakning hamroh kasalliklari og'irlashtiradi. O'ATE da hansirashning farqli tomoni shundaki bemor yarim o'tirgan holatini egollamaydi, gorizontol holatda yotadi. Miokard infarkti, pnevmaniya, bronxial asma kasalliklarida bemor krovatda bunday vaziyatni qabul qilolmaydi. Ko'krak qafasida og'riqlar taxminan 75-80% bemorlarda kuzatiladi. Bunda plevral og'riqlar plevral tipdagi (biqinga sansuvchi) submassiv emboliya uchun xarakterli va o'pka arteriyasini kichik shoxini zararlashish uchun bo'ladi. Bunday og'riqlar nafas olganda, yo'tal paytida ko'pincha qon turish bilan birga keladi. Uni ko'pincha yosh, ilgari sog'lom yurak kishilar sezadi. To'sh ortidan og'riqlar massiv O'ATE uchun xos bo'ladi. U to'shni o'rta yoki yuqori uchun bir qismida, yurak sohada joylashadi. Infarktdagi og'riq singari bo'ladi, biroq farqi qo'lga irradiatsiya bermaydi. Infarkt pnevmaniyali bemorlarda o'pkani pastki bo'lagida joylashishida, shuningdek og'ir o'pka gipertenziyasini o'ng qorincha etishmovchiligi va gepatomegaliya ko'rinishi bilan kelsa, og'riq ko'krak bo'limida va o'ng qovurg'a sohada joylashadi. O'ATE klinik belgilari bunday holatlarda o'tkir xoletsistit, oshqozon va 12 barmoqli ichak yarasini teshishshini, miokard infarktini klinik ko'rinishlariga o'xshaydi. Qo'rquv hissini 50-60% bemorlar sezadi. Bu simitom massiv emboliya uchun xos, bemorni ruhiy holatini buzilishi bilan bog'liq uni aniqlashning ehtimolligi bemorni atrofdagilar bilan so'zlashuviga bog'liq. Yo'tal yarim bemorlarda aniqlanadi, u o'pkada infarkt rivojlanishi oqibatida paydo bo'ladi. Boshida yo'tal quruq, kuchsiz ifodalangan, keyinchalik balg'am qon aralash keladi. O'ATE o'tkir bosqichida bu belgi tipik emas, agar tomirni katta shoxini latent ichadigan mikroemboliya ilgaridan zararlab kelmagan bo'lsa. Qon uchun bir qismidagi bemorlarda kuzatiladi. Uning paydo bo'lishi infarkti pnevmaniyadan darak beradi. Simptomni paydo bo'lish vaqti o'pka to'qimasida nekroz rivojlanishiga, 2-5 sutkada o'pka tezimi sirkulyatsiyasini zararlanishini boshlanashidan kuzatiladi. Mitral stenozdagidan farqli O'ATE da bemor toza qon tushiradi, nitrol stenozda esa og'ir jismoniy zuriqishdan keyin bemorni bag'ami qon aralash bo'ladi, yuqoridagi holatda esa jismoniy zo'riqish omili ahamiyatga ega bo'lmaydi. O'ATE qon tupurish bemorni hayoti uchun xavf tug'dirmaydi, u hech qachon qon ketish bilan almashinmaydi. Obmorok (kollaj) emboliyaning nisbatan Kim uchraydigan simptomi (10-15% bemorlarda uchraydi). U ko'pincha reflektor tipda, ba'zan uning asosida markaziy gemodinamikaning yurak kamerali orqali embolni o'tishida kuzatiladi. O'ATE ning obektiv belgilaridan taxipnoz ko'p uchraydi u 85-95% bemorlarda o'pka arterial tomirlarining klinik jihatdan sezilarli zararnishida uchraydi. O'ATE massiv tipidagi bemorlarda ko'krak qafasini nafas harakatlari 1 daqiqada 30-50 martacha yetadi, submassiv tipida esa siyrak bo'ladi.

Taxikardiya - (puls daqiqada 90 martadan ortiq) 40-50% bemorlarda aniqlanadi. Yurak qisqarishlari soni va o'pka obstruksiyasini tarqalishi orasida to'g'ridan to'g'ri bog'liqlikni topilmagan. Harakatni 37-38oS ga ko'tarilishi 40% bemorlarda kuzatiladi. Gipertenziya trombinni pirogen ta'siridan (oyoq chuqur venalarining massiv trombozi) yoki o'pka infarktini rivojlanishidan yuzaga keladi. Chuqur venalarning trombozini belgilari (sianoz, oyoqlarni giperemiyasi va shishi, tomir yonida qilinganda og'riq va b.) ni 27-30% bemorlarda kuzatiladi. O'ATE oldin oyoqlarda o'zgarishlar (barvaqt oyoqlar yoki O'ATE simptomlari boshlangandan bir

necha kun va yurak-o'pka katastrofasidan bir necha hafta keyin oyoqlarda o'zgarishlar namoyon bo'ladi. Qolgan bemorlarda (73-70%) kichik qon aylanishi doirasidagi zararlanish belgilari oyoq chuqur venalari trombozini yashirin kechishi ("gapirmaydigan oyoq") fonida rivojlanadi. Bunday hollarda emboliya manbai aniqlanmay qoladi (identifikatsiya qilinmaydi).

Massiv O'ATE 3/1 qism bemorlarda sovuq, yopishqoq ter ajraladi. Yuz va gavadani yuqori qismida sianoz o'pka arteriyasini katta shoxini (stvol, asosiy shox) embolini klassik belgisi bo'lib, 25% bemorlarda topiladi. Emboliyaning boshqa belgilari singari bu simptom ham nospetsifik bo'lib, o'tkir yurak dekompensatsiyasini akslantiradi, uning keltirib chiqaruvchi sababini bildirmaydi. Bu belgilar miokard infarkti, o'tkir yurak etishmovchiligi, yurak tomponadasi bo'lgan bemorlarda uchraydi. Ba'zan (13%) bkniga qarama-qarshi simptom-terini oqarishi periferik vazokonstruktsiya sababli bo'ladi. Bu simptom massiv O'ATE uchun ham xos tizimli gipotoniya (arterial bosim 100 ml.sim.ust. past) 10-12% bemorlarda registratsiya qilinadi, ko'proq o'pka arteriyasitizimini sezilarli hajmda obstruktsiyasida uchraydi. Gipotoniya patogenetik mexanizm-yurakni chap bo'limiga qonni qaytarishni kamayishi va uni qorincha chiqarishi fraktsiyasini pasayishi, yurak kuch turtkisining kuchayishi ko'krak qarash old devori pulsatsiyasini palpatsiyada aniqlanishi – o'ng qorincha dilyatatsiyasidan (yurak qopqoqlari nuqsoni inkor qilishsa) alolat beradi. Nisbatan kam hollarda (10% bemorlarda) massiv emboliyalik bemorlarda aniqlanadi. Kasallikni o'tkir osti bosqichida agar infarktpnevibniya rivojlansa diffuz, lonal quruq va nam xirillashlar (56% holatlarda) eshitaladi. EKG diagnostikasi EKGda elektrik egrilikning o'zgarishlari) O'ATE yurakni o'ng bo'limi zo'riqish belgilari bilan namoyon bo'ladi. Miokardni ikkilamchi ishemiyasi belgilari ko'riladi, faqat o'pka perfuriyasini sezilarli burilishlarida submassiv, massiv O'ATE va yorib olinadi. Yosh kishilarda o'ng qorinchani qisqaruvchanlik belgilarini yuqoriligi uchun, O'ATEni EKG belgilari kes namoyon bo'ladi, yoki EKG normada qoladi. Bu belgilar qari kishilarda obstruktsiyaning kichik hajmda paydo bo'ladi. Biroq EKGdagi tebranishlarni surunkali koronar etishmovchilikdan yoki O'ATE danligini farqlash qiyin. O'tkir koronar etishmovchilikdan farqli emboliyada quyidagi xarakterili bo'ladi: EKGda bir yo'nalish tomon o'zgarishlar II, III, AVF va o'ng ko'krak ulanishida, chuqur patologik bo'lmagan Q tishchani III ulanishda, ST segmentini I, II ulanishda pastga siljishi, III, AVF AVR, V 1-2 da tepaga siljishi. Miokard infarkti bo'lgan bemorlarda diskordeit siljishlar aniqlanadi, shuningdek, T-tipcha V1 - V2 qo'llanishda baland bo'ladi 25-30% bemorlarda, submassiv emboliyada, ekstra o'zgarishlar bo'lmaydi.

Taktika. Vrach O'ATE ni EKG ma'lumotlariga qarab inkor qilolmaydi, agarda uni ehtimolligi klinik ko'rsatkichlar bo'yicha yuqori bo'lsa O'ATE ga shubha qilingan bemorlar formasiga (mssv yoki infarktpnevmaniya) qaramasdan shoshilinch ravishda shifoxonaga yotqiziladi. Bunday bemorlar yotqizilgan holda tashiladi. Yo'llanmagacha tashxisdan tashqari qaysi preparatni qancha dozada yuborilganini ko'rsatish lozim. Agar bemorni anamnezida O'ATE rivojlanishini tasdiqlaydigan faktlar (oyoq chuqur venalarining trombozi, orttirilgan operatsiyalar, travmalar, qon kasalliklari) bo'lsa ularni belgilash lozim.

Davolash. Hayotiy muhim a'zolar faoliyatini tiklash uchun yo'naltiriladi, shuningdek qonni ivish jarayoniga, o'pka arteriyasidagi embolga qaratiladi. Uning xususiyatlari sirkulyator va nafasni buzilishi darajasi bilan aniqlanadi. Massiv O'ATE bemorlarga hamma dori vositalar venaga yuboriladi. Og'riqni va reflektor bronxov a vazokonstriksiyani bartaraf qilish uchun pramedol eritmasi 1-2 ml in'ektsiya qilinadi. Agar gemodinamika chidamli dropenidol eritmasi 2-3 ml yoki spezmolitik eritma popaverin, baralgin umumiy qabul qilingan dozada beriladi.

Gipotoniya (P_{100} mm sb.ust.) venaga suyuqlik (poliglyukin, reopoliglyukin) 400-800 ml gacha hajmda qo'yiladi. Agar A/B ko'tarilmasa inotrop ta'siriga ega vositalar (dofamin, dobutemin) yuboriladi. Bu moddalar kichik doza (15-17 mkg/kg/ daqiqa) yurak indeksini oshiradi, periferik qarshilik va serebral qon aylanishiga salbiy ta'sir qilmaydi.

Emboliyaga shubha qilinsa speriiorik vositalardan geparin in'ektsiyasi bevosita tez ta'sirga ega. Koagulyant vositasi sifatida qilinadi. Qon tomiriga kiritilgandan so'ng hosil bo'lishi to'xtaydi, trombnini o'sishi pastki kovak venada to'xtaydi, embolni o'pka arteriyasida o'sishi to'xtaydi. Dorini

15-30 000 TB dan (300-400 TB) kg vaznda) venaga yuboriladi. Agar massiv emboliya tashxisiga shubha bo'lmasa fibrinoliz aktivatorlar (urokinada, streptaza, selimaza) venaga shprints yordamida yuboriladi. Gaz almashinuvini yaxshilash uchun narkoz niqobi orqali kislorod yuboriladi. Yurak ritmini buzilishida sinusli taxikardiya-panangin (10 ml venaga), anaprilin (0,5 mg venaga), paroksizmal taxikardiya-novakainamid (100 mg 5 daqiqa ichida venaga yuboriladi), hilpillovchi aritmiyada-yurak glikozidlari beriladi. Yurak faoliyatini to'xtashi anitslyansa (odatda massiv emboliyalı bemorlarda) shoshilinch reanimatsiya choralarini ko'rish lozim. Bemor qancha yosh bo'lsa, yurakni yopiq massaj qilish faol va uzoq davom ettiriladi. Massaj trombni fragmentatsiyalashishga, trombni o'pka arteriyalashish periferik qismlariga siljtilishiga qon aylanashini tiklanishiga olib keladi. O'ATE submassiv formasidagi yoki o'pka arteriyasini kichik tarmoqlarini zararlanishida (hansirash taxmpnoe, texikardiya bo'lmaganda A/B normal bo'lganda) teri ostiga spazmolitiklarni og'riqsizlantiruvchi vositalarni va geporinni venaga yuborish bilan farqlanadi.

Sinkopal holatlar.

Sinkopal holat deb es hushni qisqa vaqtda birdaniga yo'qolishiga aytiladi. Bunday holat tibbiyot ameliyotida uchrashi mumkin. SQ ning sabablari ko'p har xil bo'ladi. Ko'pchilik hollarda yurak-qon tomir tizilishshi zararlanishi, boshqarilishini buzilishi, miya tomirlariga zararlanishi, gipoglinemiya, epilepenya isteriya. SQ diagnostika uchun qiyin simptom, uning genezini tezda aniqlash muhim. Bemorni so'rab surishtirishda hushini yo'qolishi epizodlarini ko'rganlarni guvohlik berishi, uning holatga olib keluvchi omillarni roli, obmorok oldi jarayonining xususiyatlari, es hushni yo'qotilishi davomiyligi, tezligi, tiklanishi, orasidagi davrda o'zini his qilishi, kasalliklari haqida ma'lumotlar, qabul qilingan doridarmonlar haqida aniqlanadi. Kapriolgik profildagi bemorlarni es hushini yo'qotilishi epizodlari bemorni hayoti uchun ko'proq xavf tug'diradi, yurak kasalligi tufayli Ushbu holatga tushgan bemorlarni 1 yil davomida ko'rsatgichlari kuzatilganda boshqa sabablardagi obmorok holatlariga qaraganda 3 barobar yuqori bo'ladi.

Hushdan ketish.

Vozodepressiv obmorok eng ko'p uchraydigan turi.

Diagnostika. U stress situatsiyalarida, tibbiy manitulyatsiya (vena punktsiya, qon olish) vaqtida og'riqqa qo'rquvga, qonni ko'rishga, travmaga reaksiya holida uchraydi. Vazodenpressiv obmorakni asosiy gemodinamik mexanizmi umumiy periferik tomir qarshiligining keskin pasayishi bo'ladi. Vazodepressiv obromakdan oldin sinkopal oldi holati: holsizlikni paydo bo'lishi, bosh aylanishi, quloq shangjillashi, ko'z oldi qorong'ilashuvi, ko'ngil aynishi, terlash, terining oqarishi, qorachig'larni kengayishi kuzatiladi. Bemor yotishga ulgurmasa, es hush yo'qoladi. Klinik jihatdan vezodepressor obmorakni 2 ta fazasi farqlanadi: ertangi fazasida A/B ni biroz pasayishi, yurak qisqarishlar soni o'zgarmaydi, obmorakni ikkinchi fazasida A/B keskin pasayadi, yurak qisqarishi birdaniga sekinlashadi, teri qoplamlarini oqarishi bilan birgalikda keladi. Gorizontol holatga o'tganda bemorda tezda es hush to'liq tiklanadi. Terini oqarishi va behollik bir necha minut saqlanadi.

Taktikasi va davolash. Vazodepressiv hushdan ketishni qaytalanmasligini oldini olish uchun bemorlarda holatni paydo bo'lish situatsiyasidan uzoqroq bo'lishini tavsiya qilinadi. Tranrilizotorlarni (relamium, seduksen, tezepam va b.) xolinolitiklar bilan birgalikda qabul qilish tavsiya qilinadi. Ortostatik gipotoniya bemorlarni birdaniga gorizontaldan vertikal holatga o'tganida yuzaga keladi. Odatda tana vaziyatini tezlik bilan almashinuvi qonni sezilarli darajada hajmi (500 dan 800 mg gacha) notekis taqsimlanadi va oyoqlarda va chanoq a'zolarida to'planishi depolanadi. Yurakni o'ng bo'limiga qonni qaytishi kamayadi, kichik qon aylanishi va yurakni chap bo'limini qonga to'lishishi pasayadi.

Sog'lom kishilarda yurakni qisqarishlar soni 1 daqiqaga 10-20 ta ortadi, diastolik A/B 3-5 mm.sb.ust. ortadi, sistolik A/B biroz (5-10 mm.sb.ust.) pasayadi. Ortostazda normada A/B ni keskin pasayiyishiga kompensator mexanizmlar to'sqinlik qiladi: reflektor yo'l bilan simpotik asab tizimini va renin angiotenzin-aldosteron tizimini faolligi ortadi. Oqibatda dastlabki A/B 2 soniya ichida tiklanadi.

Yurak-tomir tizimini ortostazga noadekvat reaksiyasi funktsional va organik bo'ladi. Funktsional ortostatik gipotoniya sabablariga kiradi: uzoq muddat yotoq yaralari yoki uzoq muddat tik to'xtash, tana yoki atmosfera qarakatini oshishi, qon yo'qotish, organizmni tez degidratatsiyasi, oyoqlarning venalarini varikoz kengayishi, homiladorlik, jismoniy zo'riqishni birdaniga tugatish, changlioblokator, vezodilatator, diuretik, trankvilizatorlar va antidepressantlar, APF ingibitorlari, angliotenblokatorlari singari dorilarni qabul qilish. Organik ortostatik gipotoniya va vegeqativ asab tizimini qandli diabetda, amilaidoz markaziy asab tizimida va boshqa a'zolarida zararlanishida qoplash birlamchi degidratsiyasida, oyoq venalarining varikoz kengayishi bo'lgan bemorlarda uchraydi. Reflektor obmorak holati halqum, kekirdak, qizilo'ngach, ko'ks oralig'i kasalliklarid, ichki a'zolarining ortilishida, plevra va qorin pardani (plevral va abdominal punktsiyada) ta'sirlanishida, diagnostik muolajalar (bronxoskopiya, fibrogastrokopiya) ni bajarish paytida kuzatiladi.

Bu bemorlarda sinkopal holatni sabablari bo'lib adashgan nervi faolligini ortishi, yurak-qon tomir tizimini uning ta'siriga izgirligini ortishi hisoblanadi. Reflektor obmorakning turlaridan biri karetid sinus sindromi bo'lib 1-2% holatlarda sinkopal holatining sababi bo'ladi. Karotid sinusda joylashgan retseptorlarni ta'sirlanishida yurak qisqarishlari sekinlashadi, atrioventrikulyar o'tkazuvchanlik pasayadi, A/B pasayadi. Qari erkaklarda karotid sinusni sezgirligi ko'pincha oshadi, YuIK yoki gipertoniya bilan kasallangan. Ularni karotid sinus sohasini boshlanganda yurak qisqarishlar soni va A/B pasayadi, ko'pincha bosh aylanishi yoki es hushni yo'qolishi yuzaga keladi. Bu simptomlar boshni tezlik bilan yon tomonga aylantirilganda, bo'yinni haddan ortiq egilishida, ovqat paytida, bo'yin sohani tor yoqali kiyim yoki boylangan galstuk siqq'shidan hosil bo'ladi.

Diagnostika. Karotid sinus sindromini 2 ta varianti mavjud: Kardionngi bitarli va vazodepressivli. Sindromni ingibitorli variantda bemorlarda yurak qisqarishlar soni keskin sekinlashadi, sinoaurikulyar yoki atrioventrikuller blokadani II-III darajasi, asistoliya epizodlarini 3 sekunddan ortiq bo'lishi yuzaga keladi. Vazodepressorli bemorlar uchun A/Bni keskin bradiaritmiani rivojlanmasdan pasayishi (50 mm.sb.ust.dan kam).

Taktiki va davolash. Karotid sinus sindromi bo'lgan bemorlarni tekshirish uchun shifoxonaga yotqizish zarur. Sindromning kardioingibi-torli variantida ritimni sun'iy boshqaruvi implantatsiya yo'li bilan qilinadi. Vazodepressor variantdagi bemorlarga nur bilan davolash o'tkaziladi, yoki jarrohlik yo'li bilan karotid sinus denervatsiya qilinadi.

Situatsion obmoroklar - es-hushni quyidagi situatsiyalarda: yo'tal, siydik chiqishini yoki defekatsiyani qiyinlashishida, zo'riqish yoki og'ir yuk ko'targanda. Sinkopal holatni genezi quyidagicha ko'krak bo'shlig'i bosimini keskin birdan oshishi, yurakka qonni haytashini kamayishi, yurakdan chiqadigan qon hajmini kamayishiga olib keladi. Es- qushni yo'qotishni ikkinchi sababi - bosh ichi bosimini ortishi va miya tomirlarida qon oqimining keskin kamayishi. Qari erkaklarda obmorakni siydik yo'lini obstruksiyasi bo'lmagan holatlarda yuzaga kelishi siydik qopini tez bo'shalishi paytida reflektor yo'l bilan vazodilatatsiya yuzaga kelib shuningdek qonni qorin bo'shlig'i a'zolarini venalarida to'planishi sirkulyatsiyadagi qon hajmini kamayishi, adashgan nerv faoliyatini ortishi va ortostetik gipotoniya ham sinkopal holatni genezida muhim egallaydi.

Diagnostika qoidaga ko'ra situatsion obmoroklarga tashhis qo'yish qiyinchilik tug'dirmaydi. Bemorni gorizontal holatga o'tkazilganda es-hushi tezda tiklanadi.

Taktika. Situatsion obmorakni oldini olish uchun asosiy kasallikni davolash zarur. Shoshilinch yordam ko'rsatishda bemorga nashatir spirti hidlatiladi, chakkasi artiladi, bemorni oyoq tomoni ko'tarilib krovatga yotqiziladi.

Giperventiletsion sindrom.

O'pka giperventilyatsiyasi giperkapiya va nafas alkalozisi bilan keladi. Natijada miya tomirlari reflektor yo'l bilan torayadi va serebral qon aylanishi keskin pasayadi.

Diagnostika. Gipik giperventilsion sindromda bemorlar lab, yuz terisi va qo'l, oyoqlarning koraxlanishi yoki sanchishini (paresteziya) sezadi, havo etishmovchiligi, yurak sohada og'riq, bosh aylanishi kuzatiladi. Kechroq ularda dezorientatsiya va es-hushni ilgari yo'qolishini sezishi ma'lum bo'ladi. Odatda bemor o'rnidan turishga harakat qilganda es-hushni yo'qotadi. Yotganda es-hush tez orada tiklanadi. Sindromning boshqa belgilari 30 daqiqada namoyon bo'ladi. Bunda A/B sezilarli pasaymaydi. Giperventilyatsion sindrom MIS ning funktsional kasalliklarida uchraydi. U stress holatlari salbiy emotsiyalarda, qo'rquv vahmadan yuzaga keladi.

Taktika va davolash. Giperventilyatsion sindromni oldini olish asosiy kasallikni davolashdan boshlanadi. Sedativ vositalar, trankvilizatorlar iglorefleksoterapiya, psixoterapiya tavsiya qilinadi

UTKIR TOMIR ETISHMOVCHILIGI

Utkir tomir etishmovchiligi arteriya va kapillyarlar tonusini pasayishi va kon bosimini keskin pasayishi bilan namoyon buladi. Tomirlar etishmovchiligi natijasida kupincha yurak etishmovchiligi xam yuzaga keladi.

Bexushlik - tomir etishmovchiligining engil turlaridan biri. Bunda tomir tonusi neyro-gumoral boshkarilishining buzilishidan kelib chikyvchi miyani kon bilan ta'minlanishini utkir etishmovchiligi sabab buladi. Bunda bemor uzini yomon xis kilib, boshi aylanadi, xushidan ketadi.

Bexushlik uzok davom etmaydi. Uning kelib chikish sabablari turlicha: kurkish, xavo dimligi, kattik charchash, ogrik, och kolish va kon olish uchun igna sanchish buladi. Bexushlik kon tomirlarining tonusi bekaror bulgan kishilarda kuzatiladi.

Kasalluk belgilari. Bemorning boshi aylanib, kungli ayniydi, kuz oldi korongilashadi, rangi okarib xushidan ketadi va uzini tashlab yuboradi. Bunday bemorlar terisi okarib, kul-oyoklari sovib ketadi, kuz korachiklari kengayib, yoruglikdan ta'sirlanmaydi, nafas yuzaki buladi. Arterial pulsi zaiflashib, ba'zida sekinlashib koladi. Kon bosimi pasayadi.

Bexushlik 20-40 sekund davom etib, 1 -2 dakikagacha chuzilishi mumkin. Shundan sung, bemor uziga keladi.

Zarur miybiy yordam kursamuh. Bemorni yotkizib, kiyim tugmalarini echish va toza xavodan baxramand etish kerak. Miyada kon aylanishini yaxshilash uchun oyoklarini kutarib, boshi pastrokka tushiriladi. Teri retseptorlarini ta'sirlantirish uchun bemor yuziga sovuk; suv purkab, novshadil spirti xidlatiladi. Bexushlik chuzilganida teri ostiga 10 % li kofein eritmasidan yoki 20 % li kamforadan 2 ml, yo bulmasa kordiamin yuboriladi.

STENOKARDIYA

Stenokardiya-to'sh ortida ogrik xuruji utkir, tranzitor koronar kon aylanishining buzilishi natijasida yuzaga keladi.

Kupchilik bemorlarda stenokardiya asosida koronar arteriyalarni stenozlovchi ateroskleroz yotadi. Umumiy kabul kilingan klassifikatsiyaga kura yurak ishemik kasalligini YuIK, zurikish stenokardiyasiga va spontan (maxsus) stenokardiyaga bulinadi. Zurikish stenokardiyasi uz navbatida bulinadi: birinchi paydo bulgan stabil stenokardiyaga, 4 ta fnukitsonal sinflari bilan (I-IV zurikish) va progressiyalovchi zurikish stenokardiyasiga bulinadi.

Birlamchi paydo bulgan stenokardiya, progressiyalovchi zurikish stenokardiyasi va maxsus spontan stenokardiyasi nostabil stenokardiyaga kiradi. Birlamchi paydo bulgan stenokardiya xuruylari 1 oy oldin muddatda paydo bulganda aniklanadi. Bunday stenokardiyada simptomlar tarakkiylashadi, stabil buladi yoki ularda miokard infarkti rivojlanadi. Stabil zurikish stenokardiyasi tashxisi bemorlarda chigallik 1 yil muddatda kuzatilganda kuyiladi. Bunda stenokardiyaning funksional sinfi bemorni jismoniy zurikishni bajarish kobiliyati kursatiladi.

Progressiyalovchi zurikish stenokardiyasi tush ortidagi ogiklar xuruji chastotasini davomiyligini ortishi, kasallikni ogirlashishi, odatdagi jismoniy yoki ruxiy emotsional zurikishlarda tolerantlikni pasayishi, kabul kilinadigan nitroglitserin tabletkasini kupaytirish, ogrik lokalizatsiyasi va irradiatsiyasini uzgarishi, tinchlikdagi stenokardiyaning EKGdagi uzgarishi yoki kushilishi.

Stenokardiyaning asosiy klinik belgisi ogrik, u tushni markazida joylashadi (tush orti ogriqi) yoki tush soxasidan chaproqda prekardial soxada joylashadi. Ogriklar bosuvchi, gijimlovchi, kesuvchi, kuydiruvchi, sirpanuvchi, ba'zan utkir yoki tush ortida ogirlik sezish kurinishida buladi. Kupincha «sikilgan musht» simptomi aniklanadi, bemor uzini ogrik paytidagi sezgilarini tushga mushtini kuyib tushuntiradi. Bu simptom katta differentsial diagnostik axamiyat kasb etadi. Agar bemor ogrikni lokalizatsiyasini 1 ta barmok bilan kursatsa, unda kupchilik xolatlarda ogrik nokaronarogen xarakterda buladi. Kupchilik xolatlarda ogrikni zurayib borish vakti uni yukolish vaktidan ortadi. Stenokardiya xuruji uchun ogrikning irradiatsiyasi xos: chap elkaga, chap kulga, chap bilan yoki bilak tirsak buginiga, chap kurakka, gavdaning va boshning chas kismiga, pastki jagga, epigastral soxaga. Ogrikni atipik irradiatsiyasi ung kulga, ung kurak va oyoklar soxasiga beradi.

Stenokardiyada ogrik jismoniy zurikishlar, yurish, xususan issik xonadan kuchaga sovukka chikkanda stress xolatlarda, kuchli emotsiyalarda, xatto ijobiy bulganda xam zurikish stenoakrdiyasi vujudga keladi. Ogrik xuruylari tinch xolatda xam kupincha, kechkurun yoki ertalab, taxminan bir vaktida, siklik kechadi, jismoniy zurikishsiz yoki boshka omillarni ta'siri bulmaganda xam vujudga keladi.

Bu spontan (variantli, maxsus) printsmetal stenokardiyasi deyiladi. Printsmetal stenokardiyasini asosida keskin (kuchli) spazm koronar arteriyalarni kupincha ateroskleroz bilan zararlashi okibatida yoki ularni uzgarmaganligida xam yuzaga keladi, bu tomirlarni tulik okklyuziyasi va miokardni transmural ishemiyasi bilan tugaydi. Variantli stenoakrdiya xamma vakt kasallikni kechishini, bemorni xayoti tarzini ogirlashtiradi, bunda xar xil asoratlar ritmni buzilishi, korinchalar fibrillyatsiyasi, miokard infarkti rivojlanadi. Xuruj odatda 1-5 soat ba'zida esa 10-20 dakika davom etadi. Uzoq muddatda xurujni davom etishi miokard infarktiga utish bilan tugaydi.

Stenokardiya xuruji uchun ogrikni nitroglitserin tabletkasini ichgandan keyin 1-3 dakika ichida bartaraf bulishi xos. Xuruj davrida bemor xarakat kilmaslikka intiladi. Agar xuruj piyoda yurish paytida bulsa, bunda bemor tuxtaydi. Kupincha vegetativ buzilish simptomlari paydo buladi: tez-tez yuzaki nafas, ulim vaximasi, terini okarishi, terlash, ogiz kurishi, vaximali yuz. Ba'zida pulsni tezlashishi yoki sekinlashishi KBni kutarilishi, ekstrasistoliya kuzatiladi. Ba'zi bemorlarda stenokardiya atipik kechadi, chap kulni IV-V barmoklarini uvishishi yoki birdaniga chap kul mushaklarini susayishi (ogriksiz bulishi) kuzatiladi.

Katta va kari kishilarda stenokardiya uzining xususiyatlariga ega buladi. Xuruj unchalik kuchli bulmagan davomli xususiyatga ega bulib ba'zan sezilarsiz yoki batamom ogriksiz kechadi. Bemorlar fakat tushning yukori kismida, tushdan chapda, prekardial soxada ogirlik xissi, bosilish xissini sezishadi. Shuning bilan noxushlik sezishga, kukrak soxasida diskomfort xis kilishga

shikoyat kiladi. Xuruj birdaniga boshlanmaydi, uning emotsional kiyofasi unchalik ravshan bulmaydi. Vvegetativ uzgarishlar belgilari sezilarli darajada kuchsiz yoki butunlay bulmaydi.

Ogrikning irradiatsiyasi odatdagidan fark kiladi, buyinni chap kismiga, chogga, ensaga, ung elkaga, ikki elkaga beriladi. Xurujdan keyingi kayta tiklanish davri kariyalarda sekin boradi. Shundan keyin bemorlar uzok vakt umumiy xolsizlik, bosh ogrigi va umumiy axvolning yomonlashishini sezishadi. Katta yoshdagi kishilar guruxida stenokardiya xar xil kardialgiyalar bilan, xususan spondiloartroz bilan birga keladi. Nostenokarditik ogriklar kupchilik bemorlarda kukrak kafasida umurtkadan chaprokda joylashadi. Ular xamma vakt davomli, kupincha jadalligi baland, jismoniy zurikishni tuxtatilganda bartaraf bulmaydi, tananing ma'lum vaziyatiga boglik xolda paydo buladi. Nitroglitserin yordam bermaydi.

Stenokardiya yoki kukrak kisishi – yurak soxasida, tush orkasida, utkir, xurujsimon ogrik bilan namoyon buladigan, chap kulga, buyinga, kuraklararo bushlikka utadigan klinik sindromlar bilan xarakterlanadi. «Stenokardiya» atamasi fakat utkir toj tomirlar etishmovchiligini ifodalash uchun, «kardialgiya» termini esa kukrak kafasidagi kelib chikishi jixatidan turlicha (kovurgalararo nevrvalgiya, miozit, plevrit, kardiospazm va b.) ogrik sezgilarini ifodalash uchun kullaniladi.

Stenokardiya asosini yurak mushagining kislorodga bulgan extiyoji bilan toj tomirlar kon aylanishining muayyan vakt ichida bu extiyojini koniktirish imkoniyati urtasidagi nomuvofiklik tashkil kiladi.

Stenokardiya – yurak ishemik kasalligining formalaridan biri, u kasallikning birdan – bir belgisi bulishi mumkin yoki uning boshka formalari – kardioskleroz, Infarktdan keyingi miokardioskleroz, yurakning surunkali anevrizmasi bilan birga uchrashi mumkin. Klinik ma'lumotlar va nazariy bilimlarga asoslanib, talaba kuyidagilarni bilishi kerak:

1) koronar tomirlar zararlanish xarakterini (taxminan) belgilay olishi (yalliglanishli, distrofik, sklerotik):

2) taxminiy diagnozga asosan bemorni tekshirishning asoslangan planini tuzishi;

3) kasallikning asosiy diagnostik mezonlari asosida batafsil tashxisni, stenokardiyaning kechish variantlarini aniklashi;

4) reja asosida, asoslangan davolash olib borishi;

5) kasallik asoratlari, prognozini, sanatoriy – kurortda davolash uchun kursatmalarni bilishi lozim.

Etiologiyasi.

Ishemiya kasalligi rivojlanishida kuyidagilar muxim rol uynaydi:

- organik zararlanishlar (ateroskleroz, revmatik, zaxmli va boshka etiologiyali koronarritlar);

- toj tomirlar kon aylanishi idora etilishini buzadigan nevrogen omillar (asabiy zurikish, salbiy xis-xayajonlar, ruxiy travma va b.);

- xar xil ichki organlar tomonidan reflektor ta'sir (xoletsistitlar, me'da va un ikki barmok ichakning yara kasalligi), (upka kasalliklari, dientsefal – endokrin buzilishlar va b.);

- stenokardiya rivojlanadigan fon (arterial gipertenziya, kandli diabet, yog bosish va b.) va imkon beradigan omillar (chekish, ichkilik ichish va b.);

- genetik moyillik, jins, yosh va kasb-korning axamiyati.

Patogenezi:

- toj tomirlarning organik va funktsional uzgarishlari natijasida yurak mushagining kislorodga extiyoji bilan koronar kon aylanishi imkoniyati urtasidagi nomuvofiklik (trofika buzilishi, miokard gipoksiyasi va ishemiyasi);

- yurak – miokardning ortikcha ishlashi (funktsional, uta charchagan yurak, «gipertoniya» va b.);

- kollateral kon aylanishi etishmovchiligi;

- kon ivish va ivishga karshi tizimlarning buzilishi;

- katexolaminlarning sitotoksik samarasi va b.

Klinik manzarasi

I. Sub'ektiv ma'lumotlar. Shikoyatlari:

1) yurak soxasida va tush orkasida ogriklar xuruji:

- ogrik xarakteri va kuchi – sikadigan, kesadigan, bosadigan, kukrakda kisilish sezgisi yoki kattik ogrik;

- ogrik irradiatsiyasi (kuchishi) – chap elkaga, kuraklararo bushlikka, chap kulga, kamrok – ung elkaga, ung kurakka, ensaga, barmoklar uvishib kolishi;

- xuruj chastotasi – sutkasiga bir necha marta, xar kuni, xurujlarning kamdan-kam bulishi;

- paydo bulish vakti – asosan tungi vaktida, tinch turganda, bemor ishga otlanayotgan paytda, iklim sharoitlarining ta'siri va b. ;

- xurujlarga xavo etishmasligi sezgisi, xarsillash, yurak urishi va boshkalar kushilib kelishi mumkin;

2) xurujlarda paydo bulishini bemor xayajonlanish, nerv-psixik zurikish, xavotirlanish, kup ovkat eyish, kechki ovkatni kup eyish, korin dam bulishi bilan boglaydi;

3) umumiy shikoyatlar:

- bemorning xuruj vaktidagi xatti – xarakati (iztiroblari, ulim vaximasi, xarakatsiz turishi, okarib ketishi va b.)

- bosh ogrigi, bosh aylanishi, kungil aynishi, ba'zan kusish;

- validol, nitroglitserin, valeriana, achchik choy, kofe kabilar ichilgandan keyin xuruj tuxtashi;

- Mul diurez, xuruj tuxtagandan keyin ba'zan ish kobiliyatini tiklanishi, umuman kayfiyatning yaxshilanishi;

4) asosiy kasallik uchun xos shikoyatlar (toj tomirlar aterosklerozi, kardioskleroz, gipertoniya kasalligi va b.).

II. Sub'ektiv ma'lumotlar analizi, bemor anamnezi.

III. Obe'ktiv ma'lumotlar:

- umumiy kuzdan kechirish: bemorning axvoli, urindagi vaziyati, lablar sianozi, rangparlik, tinch turganda nafas kisishi va yurak etishmovchiligi bulganda shishlar, shuningdek asosiy jarayon uchun tipik ma'lumotlar va b.; stenokardiya xuruji vaktida bemor axvoliga baxo berish;

- koronar (toj) tomirlar aterosklerozi uning kechish variantlari, jarayonning joylashgan urniga kura klinik belgilari;

- yurak tomonidan fizikal uzgarishlar – chap korincha gipertofiyasi, tonlarning susayishi, shovkinlar va aktsentlar paydo bulishi, xronik koronar etishmovchilik, shuningdek yurak, (chap-, ung korincha yoki total) dekompensatsiyasi belgilari;

- arterial gipertenziyaning klinik belgilari: yurak tomonidan perkutor va «oshgan bosim»ning boshka simptomlari.

IV. Laboratoriya, instrumental va bioximiyaviy tekshirish metodlarining ma'lumotlari:

- bioximiyaviy tekshirishlar: xolesterin, fosfolipidlar, lipoproteinlar, kon oksil spektrining, protrombin indeksi xolati, konning ivish va ivishga karshi tizimlari omillari;

- yurakni elektron-optik asboblarda, rentgenokimografiya va boshkalar yordamida rentgenologik tekshirish;

- EKG da: gipoksiya, «ishemik» uzgarishlar, surunkali koronar etishmovchilik belgilari, ritm-kuzgaluvchanlik, utkazuvchanlik funksiyasi buzilishlari; EKGda uzgarishlar bulmasligi bemorda stenokardiya borligini istisno kilmaydi;

- yashirin surunkali etishmovchilikni aniklash uchun elektrokardiografik zurikish sinamalar (jismoniy xarakat bilan sinama kilish, veloergometrda, bulmachalarning elektr stimulyatsiyasi va b.);

- koronar etishmovchilik diagnostikasida farmakologik sinamalar; izoprenalin, dipiridamol, ergometrin, kaliy xlorid, nitroglitserin va boshkalar bilan;

- koronar angiografiya, radionuklid usullar (miokard xolati, miokarda anatomik uzgarishlar borligi);
- exokardiografiya (yurakning turli strukturalari tugrisida informatsiya olish uchun);

Stenokardiyaning klinik variantlari

1. Zurikish stenokardiyasi — stenokardiya xuruji jismoniy nagruzka sababli, miokardning kislorodga extiyoji oshishi natijasida, toj tomirlar spazmi yoki ularning organik torayishida paydo buladi.

2. Tinch davrdagi stenokardiya — yurak soxasida utkir ogrik xurujlari xatto tinch turganda xam kuzatiladi, bu kasallikning ogirroq formaga utganidan, bemorda ogir stenoziydan koronar ateroskleroz borligidan dalolat beradi.

3. Stenokardiyaning aloxida formasi — Printsmetal tipidagi stenokardiya. Ushbu xolda tinch turganda paydo buladigan anginoz ogrik xurujlari xarakterli bulib, miokard subepikardial bulimlarining elektrokardiografik shikastlanish belgilari bilan utadi. Bu formasi yomon prognostik axamiyatga ega buladi, kupincha miokard infarkti avj olishiga, ritmning jiddiy buzilishlariga, letal okibatlariga olib keladi.

4. Kechishning kursatib utilgan variantlaridan tashkari kuyidagilar kuzatiladi:

a) barkaror stenokardiya — xurujlari paydo bulganiga kamida bir oy va kuprok, ba'zan bir necha yil bulgan bemordagi stenokardiya. Barkaror stenokardiya bilan ogrigan bemorlar axvoliga baxo berish uchun ularning jismoniy zurikishni bajarish kobilyatiga kura turta funksional sinfga ajratiladi.

— I (yashirin stenokardiya) — odatdagi jismoniy zurikish xurujlarga sabab bulmaydi;

— II (stenokardiyaning engil darajasi) — odatdagi faollikning oz-moz chegaralanishi;

III (urtacha ogirlikdagi stenokardiya) — jismoniy faoliyatning bilarli chegaralanishi;

IV (ogir stenokardiya) — biror jismoniy ishni stenokardiya xurujlari baxo bajarib bulmasligi; b) bekaror stenokardiya:

— birinchi marta paydo bulgan stenokardiya — xuruj paydo bulgan vakt koronar tomirlardagi funksional yoki chukur organik uzgarishlar fonida, tegishli klinik belgilari bulgan kardioskleroz fonida, kamrok «eski» miokard infarkti fonida bir necha kun yoki bir oygacha muddatni tashkil kiladi;

— avj olib boradigan stenokardiya — kasallik xarakterini uzgarishi, zurikish stenokardiyasi xurujlariga tinch turgandagi stenokardiya kushilishi, xurujlarning tez-tez bulib turishi, xuruj kuchi va davomlilikining oshishi bilan xarakterlanadi;

— xavf soladigan miokard infarkti xolati — 30 dakika va undan kuprok davom kiladigan xurujlari paydo bulishi, nitroglitserinning naf bermasligi, EKG da uzgarishlar.

5. Stenokardiyaning atipik belgilari — ogrikning atipik joylashuvi, chap kul mushagining kuchsizligi, chap korincha etishmovchiligi belgilari, aritmiya xurujlari, ogriklar bilan birga (yurak soxasida, korinda — kupincha epigastral soxada) kungil aynishi, bosh aylanishi, kekirish, zarda kaynashi, terlash, kayf buzukligi.

Stenokardiyaning tipik formasini diagnostika kilish unchalik kiyinchilik tugdirmaydi, biroq, ba'zan goyat murakkab buladi. Tugri va asoslangan diagnostika kilish kupgina omillarga boglik:

— kechish variantlari, kasallikning atipik belgilari tugrisida etarlicha tasavvurga ega bulish;

— klinik ma'lumotlar va kushimcha tekshirish usullari natijalarini tegishlicha taxlil kilish;

— stenokardiya xurujining asosiy diagnostik mezonlari va xurujlari davr klinikasini bilish;

— ayrim kasalliklar: miokard infarkti, perikarditlar, aortal va mitral yurak nuksonlari, xar xil etiologiyali miokarditlar, tonzillokardial sindrom, tabiati xar xil miokardiopatiyalar, vegetativ tomirlar distoniyasi; xar xil etiologiyali miokardiodistrofiya; kalkonsimon bez patologiyasi (giper-gipotireozlar) bilan asoslangan differentsial diagnostika utkazish.

Bundan tashkari, differentsial diagnostikani ayrim nokardial kasalliklar, ya'ni xar xil etiologiyali «kardialgiyalar»: kovurgalar patologiyasi, miozitar, plevritlar va upka patologiyalari, kizilungach

spazmalari, kardiospazmlar, diafragma kizilungach teshigining churralari, kalkulyoz xoletsistit va ichki organlarning boshka kasalliklari bilan utkazish lozim.

Xozirgi vaktida yurak ishemik kasalligi, xususan stenokardiya diagnostikasida va differentsial diagnostikasida tekshirishning laboratoriya instrumental usullari katta (ba'zan esa xal kiluvchi) ahamiyatga ega:

1) lipid almashinuvi kursatkichlari;

2) EKG — S — T intervali pasayishi va T tishchasi inversiyasi,

-ba'zan uchi utkirlashgan baland T tishchalar paydo buladi;

3) nagruzkalar bilan sinamalar (Master sinamasi, tredmil — yuguruvchan yulcha yordamida veloergometriya).

Nagruzkalar bilan sinamalar kuyidagi xollarda kilinmaydi: boshdan kechirilgan miokard infarktida; yurak soxasida tez-tez ogrik xuruylari (stenokardiya) bulib turganda, gemodinamika buzilishi belgilari borligi; yurak ritmi buzilishning xar xil turlari; gipertoniya kasalligi; aorta ogzi stenozi; yurak anevrizmasi.

Nagruzkali sinama natijalariga VOZ taklif etgan mezonlar buyicha kuyidagicha baxo beriladi.

— ushbu sinamani utkazishda stenokardiya xuruji avj olishi;

— EKG da ST segmenti 1—2 mm yukoriga yoki pastga siljishi, manfiy T tishcha paydo bulishi va R tishcha voltaji pasayishi;

— politop korincha ekstrasistoliyasi yoki yurak utkazuvchanligi buzilishining tez-tez yuz berib turishi;

4) koronar tomirlarning kontrast angiografiyasi kuyidagi bemorlarda utkaziladi:

— stenokardiya uchun atipik ogriklari bulgan (tinch turganda va zurikishda EKG normal bulgani xolda) va lipid almashinuvi kursatkichlari buzilgan kishilarda;

— koronar etishmovchilikning muayyan klinik belgilari bulgani xolda, biroq EKG da tinch turganda xam, jismoniy zurikishdan keyin xam noanik. uzgarishlar bulganda;

— sababi noanik yurak ritmi buzilishida;

— tipik stenokardiyasi bor yoki ilgari miokard infarktini boshdan kechirgan shaxslarda jarroxlik yuli bilan davolash usullarini kullanishi tugrisidagi masalani xal kilish uchun;

5) miokardni skanirlash — miokardda kon ta'minoti xolatini arterial kapillyar tur (mayda arteriyalar va kapillyarlar) darajasida vizual aniklash maksadida utkaziladi. Shu usul yordamida ishemiya bulgan kismni, uning kata-kichikligini va anik joylashgan joyini, shuningdek ishemiyaning ifodalanganlik darajasini aniklashga erishiladi;

6) yurak ritmining elektr stimulyatsiyasi surunkali koronar etishmovchilikni aniklash uchun kullaniladi. Bunda bemorlarda taxikardiyani sun'iy ravishda kuzgatib, EKG kursatkichlari, umumiy va yurak ichi gemodinamikasini xolati, bioximiyaviy kursatkichlar urganiladi.

Tashxisning taxminiy ta'rifi: 1) yurakning ishemik kasalligi: birinchi marta paydo bulgan zurikish stenokardiyasi; 2) yurakning ishemik kasalligi: zurikish stenokardiyasi, I funktsional sinf; 3) yurakning ishemik kasalligi: zurikish stenokardiyasi va tinch turgandagi stenokardiya, IV funktsional sinf.

Diagnostikasi. Bemorni surab surishtirish muxim rol uynaydi. Stenokardiya tashxisi anamnez ma'lumotlariga va ogrik sindromining tulik xarakteristikasiga asoslanadi. Butunjaxon Soglikni Saklash tashkiloti yurak kon - tomir kasalligi buyicha ekspertlari kumitasi stenokardiyaning kuyidagi diagnostik mezonlarini taklif kilgan: ogrikni xususiyatlari-gijimlovchi, sikuvchi yoki bosuvchi, ogrikni lokalizatsiyasi tush ortida yoki tushni chap kirrasi buylab yurak oldi soxasida, ogrik sindromini yuzaga kelishida jismoniy zurikish bilan anik bogliklik borligi, ogrik davomiyligi-10 dakikadan oshmaydi; nitroglitserin yordamida ogrikni tez va tulik bartaraf bulishi. Keltirilgan mezonlarning diagnostik baxosi xar xil buladi. 3 ta oxirgisi yukori darajada axborot beradi-ogrik xurujini jismoniy zurikish bilan anik boglikligi, ogrikni davomiyligi, nitroglitserinni samarasi.

Kariyalarda ogrik sezgilarini baxolash muxim, u jismoniy zurikishdan keyin kiska muddatda paydo buladi, tinch paytda antianginal doridan keyin bartaraf buladi.

Kukrak soxasidagi xamma ogriklar davomli ogriklar stenokardiya belgisi bulmaydi. Birok kukrak kafasi, buyin, chap elka bugimidagi ogrikni koronar kon aylanishi buzilishi kasalliklari bilan differentsial diagnostika kilish zarur. EKGda stenokardiya xuruji paytida ST segmentining ishemik depressiyasi 1 sm kam bulmagan xolda siljiydi. Manfiy koronar «T» bir yoki bir nechta ulashishlarda paydo buladi. Spontan (variant) stenokardiya bemorlarda ST 2 mm va undan ortik kutariladi. Kari yoshdagi bemorlarda anginoz xuruj davrida ST segmenti siljimaydi, uning formasi uzgaradi, koro`toobrazno`y buladi.

Birok kupchilik kishilarda tush ortida ogrikni davolash maskanidan tashkari joyda bulganida EKG kilinmaydi. Xurujdan tashkari paytda EKGga tushirish diagnostik axamiyati kam, chunki kupchilik bemorlarda bunday paytda EKGda normal kursatkichlar aniklanadi yoki nospetsifik uzgarishlar topiladi.

Taktika. Nostabil stenokardiya bemorlarni shifoxonaga yotkiziladi, stabil zurikish stenokardiya ambulator davolanadi.

Davolash. Stenokardiya xuruji bulgan bemor uchun jismoniy va ruxiy tinchlik osoyishtalik talab kilinadi. Yurakni faoliyatini kulay bulishi uchun utirgan xolatda oyoklarni pastga tushirish, gorizontol xolatda yotmaslik zarur. Nitroglitserin tanlangan dori vositasi sanaladi. Uni sublingval tabletka (0,0005 g) yoki 1 % spirtli eritmada (2-4 tomchini bir bulak ok kandga tomizilib til ostiga kuyiladi). Stenokardiya xuruji odatda 3-8 dakika maksimum 10 dakikada bartaraf kilinadi. Xar 3-5 dakikada tabletka takror ichish mumkin. Xurujning boshida nitroglitserinni kabul kilish samarali bulib, shu paytda kabul kilish maksadga muvofik sanaladi.

Bemor nitroglitserinni kabul kilishni boshlanish vaktidan kancha kechiktirsa ogrikni bartaraf bulish tezligi shuncha pasayadi. Birok nitroglitserin ayrim bemorlarda, xususan katta yoshdagi gurux kishilarida bosh aylanishi, kuchli bosh ogriqi, Abni pasaytiradi. Bunday nojuya ta'sirlarni profilaktikasi uchun nitroglitserin bilan birgalikda validol tabletka ichiladi va yotiladi.

Nitroglitserinni kabul kila olmaydigan bemorlarga B.V. Votchal tomchisi 3 % 9 ml mentol spirti va 1 % 1 ml nitroglitserinni spirtli eritmasi, 5-10 tomchidan ok kand bulagi tomizilib til ostiga kuyiladi. Validol xuruji paytida kam samara beradi. Agar nitroglitserin yoki validol mavjud bulmasa, uzaytirilgan ta'sirga ega nitroglitserin preparatlari (sustak, nitrong, nitrosorbit, trinitrong va x.k) beriladi. Tarkibiga tez suriladigan komponentlari kiradi, ichgandan 5-10 dakika utib ta'sir kila boshlaydi. Stenokardiya xurujini bartaraf kilish uchun karvaton tabletka (0,002 g) til ostiga beriladi. Nostabil stenokardiya va arterial gipertoniya bir vaktida uchraydigan bemorlarda arifon 2,5 mg-sutka dozada samarali xisoblanadi.

Agar nitroglitserin samara bermasa, mushak orasiga 50 t-2 ml analgin dimedrol (1% 1,0 ml) bilan va 1-2 % 2 ml papaverin yoki 2 t 2 ml no-shpa kilinadi. Agar bu vositalar naf bermasa, neyroleptanalgeziya yoki narkotiklarni kullashga kursatma buladi. Bularni yuborishdan ilgari miokard infarktini inkor kilish muxim. AKSh da, San Frantsiskoda bulib utgan 77 terapevtlar kongressida stenokardiya davolashda V-blokatorlarni kullashga va nitritlar yoki kaltsiy antagonistlariga (diltiazem) axamiyat beriladi. Kaltsiy antagonistlarida nifedipin katoridagi kiska ta'sirga ega vositalarni monoterapiya xamda kullashga yul kuyib bulmaydi. Nitratlarni uzok muddatda kullanilganda ularga tolerantlik kuzatiladi, antiagregant tikladiten tavsiya kilinadi. Antiagregant va trombolitik vositalarni zarurligi salitsilatlardan intoksikatsiya xususan, kariyalarda aspirin ta'sirida kuzatiladi.

1. Umumiy tadbirlar: xayot tarzini normaga keltirish, mexnat va turmush rejimini tartibga solish. Jismoniy va psixoemotsional zurikishlarni bartaraf kilish, chekishni tashlash, parxezga rioya kilish — yog bosishning oldini olish, jismoniy faol bulish, bemor bilan tibbiyot xodimining bir-birini tushunishi, oila va kollektivda normal psixologik sharoit yaratilishi.

2. Maxsus terapiya:

a) antianginal vositalar:

- nitrobirikmalar (amilnitrit, natriy nitrit, nitroglitserin, sustak, nitrong, erinit, nitranol va b.);
 - beta adrenoretseptorlarning blokatorlari (obzidan, timolol, sotalol, trazikor, alprenolol, atenolol, kordanum, praktolol, atsebutalol va b.);
 - kaltsiy antagonistlari (nifedipin, verapamil yoki izoptin, difril yoki korontin — folikor);
 - tomirlarni kengaytiruvchi vositalar (kurantil, paraverin, noshpa, eufillin, molsidomin);
 - b) antitireoidlar (merkazolil), gipolipidemik vositalar, metabolik ta'siri bor — anabolik steroidlar (retabolil, nerobol), kaliy orotat, riboksin, kokarboksilaza, panan-gin, V gramma vitaminlari va b.);
 - v) psixofarmakologik terapiya: sedativ vositalar (valeriana, bromidlar, Pavlov va Bexterev miksturasi, korvalol, noksiron, nitrozepam va b.);
 - g) trankvilizatorlar (andaksin, trioksazin, diazepam yoki seduksen, fenazepam va b.);
 - d) neyroleptiklar (aminazin, levomepromazin, triflazin, frenolon va b.)
3. Zarurat bulganda yurak glikozidlari, siydik xaydaydigan, antiaritmik va boshka vositalar.
 4. Asosiy kasallikni davolashga karatilgan tadbirlar, simptomatik terapiya.
 5. Kasallikning kechish variantlarini xisobga olgan individual yondoshish, bemorni xuruj vaktida va u bulmaganda davolash.
 6. Dispanser kuzatuvi.
 7. Sanatoriy-kurortda davolash.
- Profilaktikasi: etiologik omillarni (ateroskleroz, gipertoniya kasalligi va b.) va stenokardiya paydo bulishiga imkon beradigan boshka omillarni bartaraf etish va uz vaktida davolash; sotsial-soglomlashtiruvchi tadbirlar (sport, badantarbiya bilan shugullanish, organizmni chiniktirish va b.); chekishga, ichkilikbozlikka, kup ovkat eyishga karshi kurashish, ishxonada xam, oilada xam normal psixologik sharoit yaratish va b.

MIOKARD INFARKTI

Ta'rifi. Miokard infarkti — yurak ishemik kasalligining eng kup uchraydigan formasi va miokardning kislorodga, konga extiyoji bilan ularning toj tomirlar buylab etkazib berilishi (tromboz natijasida yurak mushaklari turli kismlarining ishemik nekrozi) urtasidagi utkir nomuvofiklik natijasida paydo buladi.

Miokard infarktining klinik belgilari batafsil tasvirlangan davrdan kup yillar utgan bulsada (Obraztsov V. P., Strajesko N. D., 1909), bu kasallikning ba'zi bir masalalari xanuzgacha uzil-kesil xal kilinmagan. Shapiro va muallifdoshlari (1969)ni aniklashlaricha birlamchi miokard infarkti bilan yil sayin kasallanish 35—64 yoshdagi erkaklarda 1000 nafar kishiga 5,2 ni tashkil kilgan, ayollarda — 5 baravar kam bulgan. N. A. Mazurning ma'lumotlariga kura (1975) Moskvadagi rayonlardan birida erkaklar (20—64 yoshdagi) orasida u 1000 axoliga 2,87—3,08 ni tashkil etgan. Miokard infarkti bilan kasallanish Xelsinki va Londonda eng yukori (erkaklar orasida 1000 axoliga 5,9 va 4,9) kursatkichga etgan.

Miokard infarktidan ulim yukori: adabiyotlardagi ma'lumotlarga binoan 18,5—40% ni tashkil kiladi. Kup xollarda u kasallikning dastlabki soatlarida, ya'ni gospitalizatsiya kilishga kadar yuz beradi (Baubinene A. V., Misyunine N. B., 1968, VOZ, 1970). Miokard infarkti — jaxonning sanoati rivojlangan kuppina mamlakatlari axolisi urtasidagi ulimning asosiy sababchisidir. VOZ ma'lumotlariga kura 100 000 axolidan 404—467 kishi 50—54 yoshda uladi. AKSh da miokard infarktidan xar yili kariyb 1 mln odam kasallanadi va tusatdan uladi. VOZ ma'lumotlariga binoan 1955 yildan 1964 yilgacha jaxonning 23 mamlakatida 35—44 yoshdagi erkaklar orasida yurakning ishemik kasalligidan ulim 60% ga, 45—64 yoshda 16—39% ga kupaygan.

Erkaklarda miokard infarkti, ayniksa navkiron yoshda ayollarga nisbatan kup uchraydi. Erkak va ayol bemorlarning nisbati 41 — 50 yoshda 5,1:1; 51—60 yoshda 2:1 ni tashkil kiladi, keyinchalik esa ayollar urtasida miokard infarkti bilan kasallanishning kupayishi xisobiga bu tafovut kamayadi (Vixert A. M., Matova E. E. 1966: Mazur N.A., 1975).

Xozirgi vaktida miokard infarkti bilan kasallangan bemorlarga malakali yordam kursatish yaxshilangan («Tez meditsina yordami» koshida maxsus kardiologik brigada va jadal kuzatuv palatalari tashkil kilingan, reanimatsion bulimlar ochilgan va x..k.).

Klinik ma'lumotlar va nazariy bilimlar asosida student kuyidagilarni bilishi kerak:

- 1) patologik jarayon xarakterini (sklerotik, yallig'li, funktsional va x.. k.) aniklash;
- 2) taxminiy diagnozni tasdiklash uchun tekshirishning asoslanganrejasini tuzish;
- 3) kasallikning diagnostik mezonlari, tipik va atipik kechishi va kasallikning belgilarini, asoratlanmagan va asoratlangan miokard infarktini bilish asosida uzil kesil tashxisni aniklash;
- 4) miokard infarkti bulgan bemorni davolashning asoslangan rejasini tuzish va davolash olib borish;
- 5) kasallik asoratlarini, prognozini aniklash, miokard infarkti asoratlarida yukori malakali yordam kursatish va ularning oldini olish choralarini kurish.

Etiologiyasi va patogenezi. Stenokardiya paydo bulishida rol uynaydigan kup sonli etiologik omillar ayni vaktida miokard infarktiga xam sabab buladi. Uning patogenezi stenokardiya patogenezidan biroz fark kiladi. Farki shundaki, unda kon ta'minoti va kislorodni miokardning ma'lum uchastkalariga etkazilishi butunlay tuxtaydi. Bundan tashkari, agar stenokardiya miokardda fakat patofiziologik va nozik bioximiyaviy uzgarishlar ruy bersa, miokard infarktida patofiziologik, anatomik va bilinarli bioximiyaviy buzilishlar kuzatiladi.

Bundan tashkari, yurak ishemik kasalligining xamma xollarida, ilgari tasvirlangandan tashkari, kuyidagi omillar axamiyatga ega:

- kup sonli — 100 dan ortik xavf-xatarli omillar borligi;
- kon ivishiga karshi tizimning buzilishi (geparin mikdori kamayishi va kon fibrinolitik faolligini sustlashishi); etiologiyasi xar xil tromboembolik asoratlar;
- yurak ishemik kasalligi rivojlanadigan fonning axamiyati: kandli diabet, yog bosish, Vakez kasalligi (eritremitiya), surunkali septik endokardit, tugunchali periarteriit, obliteratsiyalaydigan endarteriit va b.;
- kasb-kor (yurakning ishemik kasalligi aksariyat akliy mexnat kishilarida kuprok paydo buladi), turar joyning (aksariyat shaxarliklarda) axamiyati;
- toj tomirlarning funktsional xarakterdagi uzok muddatli spazmi va boshka omillar. Patologik anatomiyasi:
 - ishemiya, mushak tolalari distrofiyasi va ularning nekrozi;
 - nekrozga uchragan tukimaning yumshab kolishi (yurak mushaklari miomalyatsiyasi);
 - utkir va surunkali yurak anevrizmasi belgilari, ba'zan yurak yorilishi va tamponadasi bilan;
 - chandik, yirik uchokli kardioskleroz xosil bulishi;
 - perikardit, tromboendokardit belgilari (ba'zan devor oldi tromboendokarditi belgilari).

Jarayonning joylashishiga kura:

- chap korincha (oldingi, orka, yon devor, korinchalararo tusik) kamrok — ung korincha infarkti;
- oldingi tusik, orka tusik, oldingi yonbosh, orka yonbosh devorning infarkti.

Zararlanish chukurligi va darajasiga kura: subendokardial va transmural miokard infarkti. Klinik manzarasi.

Sub'ektiv ma'lumotlar:

1) ogrik sindromi:

- ogrik xakteri va kuchi — sikadigan, bosadigan, yirtadigan, kesadigan, teshadigan;
- ogriklarning joylashuvi — yurak soxasi, tush orkasida, kukrak kafasining oldingi yuzasi, kukrakning pastki kismi, tush osti soxasi, chap kul, elka;
- ogrikning berilishi — chap kulga, ikkala kulga, pastki jagga, tush osti soxasiga, ogrikning davomliligi, tulkinsimonliti, kuchayishi, pasayishi, bir necha soat, sutka va kuprok;
- validol, nitroglitserin va boshka vositalarning naf bermasligi;

2) kuyidagi shikoyatlar:

- ulim vaximasi, kuzgaluvchanlik, bezovtalik, ingrash, ba'zan kichkirish va b.;

— bugilish, nafas kisishi, yurak urishi, bushashish sezgisi;
— isitma (tana temperaturasining 38° S gacha kutarilishi), terlash va kasallik formasiga kura utkir tomirlar va yurak etishmovchiligi bilan boglik kasallikning boshka belgilari.

II. Sub'ektiv ma'lumotlar taxlili, bemorni anamnezi. Miokard infarktining atipik formalarida kasallikning arzimagan belgilariga sinchiklab e'tibor berish.

III. Ob'ektiv ma'lumotlar.

1. Umumiy kuzdan kechirish:

— bemorning umumiy axvoli, es-xushi; tinik, shok, kollaps va b.;
— urindagi vaziyati, chalkancha yotishi, kaddini baland kilib utirishi, ortopnoe, bezovtalik, kuzgaluvchanlik, kurkuv: xayajonlanish;
— rangparlik, sianoz — akrotsianoz, kup terlash, bugilish, shishlar.

2. Yurak-tomirlar tizimi:

— puls — ritmik, aritmik, bradikardiya, taxikardiya;
— arterial bosim — normal, odatda pasayadi;
— yurakning chapga, unggga va x.k. kengayishi;
— yurak tonlarini pasayishi, uchida sistolik shovkin, kamrok Botkin nuktasida presistolik sakrash shovkini, ritmini buzilishi — ekstrasistoliya, titrok aritmiya;
— utkir tomirlar etishmovchiligi klinikasi; gipotenziya, rangparlik, sovuk yopishkok terlash va xushdan ketishning boshka alomatlari, kollaps, shok;
— chap korincha (bugilish, kon tuflash, upkada dimlanishdan xirillash, shishlar, bushlikda suyuklik yigilishi, venoz bosim oshishi va b.) va tulik yurak etishmovchiligi klinikasi.

3. Toj tomirlar aterosklerozi, kardioskleroz, gipertoniya kasalligi va miokard infarktiga sabab buladigan va unga kushilib keladigan boshka kasalliklar klinikasi.

IV- Laboratoriya, bioximiyaviy, instrumental va boshka kushimcha tekshirish usullarining ma'lumotlari:

— konning umumiy taxlili
— leykotsitoz, neytrofilez, leykotsitar formulaning kamrok chapga siljishi bilan,
— ogir xollarda leykotsitopeniya, eozinofilopeniya, EChTni oshishi;
— siydikni umumiy taxlili
— miokard infarktining etiologiyasi, asoratlari, yurak dekompensatsiyasi borligiga boglik xolda tegishli uzgarishlar;
— bioximiyaviy siljishlar: disprotepnemiya, S-reaktiv protein paydo bulishi, fibrinogen, natriy, katexolamnilar mikdorini oshishi, xolesterin, letsitin, ivishga karshi omillar mikdorini uzgarishi, aldolaza, aspartat va alaninaminotransferaza, de-Ritis koeffitsienti, shuningdek kreatinfosfokinaza, gammaglutamiltranspeptidaza, laktatdegidrogenaza,
— ishkoriy fosfataza aktvnligining oshishi;
— elektrokardiografik tekshirishlar: EKG dagi uzgarishlar miokard nekrozi joylashgan joyga, chukurligiga va kengligiga boglik, EKG dagi nekroz zonasi QRS kompleksidagi uzgarishlar kurinishida, shikastlanish zonasi — S — T intervali siljishi, ishemiya zonasi — T tishcha uzgarishlari kurinishida ifodalanadi.

Miokard infarkti uchun EKG da kuyidagi uzgarishlar xarakterli.

— R tishcha pasayishi;
— chukur va keng Q tishcha (0,04") paydo bulishi yoki QRS kompleksi xosil bulishi;
— S — T intervalining yoysimon kutarilishi, u T tishcha bilan kushilib monofazali egri chizik xosil kiladi, bu xol miokard infarktining utkir boskichidan dalolat beradi; uning urtacha utkir boskichida koronar manfiy T tishcha paydo buladi; chukur patologik Q tishcha — boshdan kechirilgan miokard infarktining barkaror belgisi EKG da I va II standart usullarda, a VL va V2,3,4,5,6 kukrak usullarda kursatib utilgan uzgarishlar chap korincha oldingi devorida miokard infarkti borligidan dalolat beradi, II- III «standart usullarda, a VF usulda — pastki orka

diafragmal miokard infarkti borligidan darak beradi. Kursatib utilgan siljishlar dinamikasi, shuningdek EKG dagi diskordant uzgarishlar goyat muxim.

5—8-raslarda turli xil joylashgan miokard infarktining EKG dagi ma'lumotlari keltirilgan. Radioaktiv izotoplar yordamida tekshirish («gamma-kameralar») miokard infarktini elektrokardiografik diagnostikasi kiyinlashgan, kon zardobi fermentlarini tekshirish natijalari kam ma'lumot beradigan xollarda kullaniladi.

Miakard infarktining kechish variantlari

1. Klassik yoki tipik kechishi - Status angenosus

2. Atipik kechishi:

— astmatik variant — utkir chap korincha etishmovchiligi tipi buyicha kechadi — yurak astmasi va upka shishi tegishli simptomatika bilan;

— abdominal varianti: tush osti, ung kovurgalar osti soxasida ogrik, kungil aynishi, kusish, korin dam bulishi, korin devori tarang tortishi, ba'zan me'da ichak yuli parezi alomatlari va korin bushligi organlari utkir jarroxlik patologiyasining boshka simptomlari;

— aritmik varianti — ogrik sindromi yukligi yurak ritmining xar xil buzilishlari — titrok, aritmiya, ekstrasistoliya, turli darajadagi blokadalar borligi;

— serebral formasi — miyada kon aylanishi buzilishi klinikasi, bemor psixikasi buzilishi, psixozlar, xushdan ketish, insult, ba'zan miokard infarkti aritmik formasi bilan birga.

Bundan tashkari, uning atipik formalariga kuyidagi xollar kiradi:

— ogrikning gayrioddiy joylashuvi (kukrak kafasining ung yarmida, orkada, umurtka pogonasida, kulda) ;

— stenokardiya xurujlari kuchayishi, xurujlar tezligi, kuchining oshishi, infarkt oldi xolati;

— kam simptomlar bilan kechishi (umumiy xarakterdagi shikoyatlar — lanjlik, kayfiyat yomonlashuvi, kukrakda anik bulmagan ogriklar, uzini engil xis kilmaslik) .

Asoratlari: yurak ritmini va utkazuvchanligini buzilishi — paroksizmal taxikardiya, bulmalar titrashi, bulmachalar titrashi, korinchalar fibrillyatsiyasi, asistoliya; kardiogen shok; utkir yurak etishmovchiligi; perikardit, tromboendokardit, yurak anevrizmasi; yurak yorilishi, tromboembolik asoratlar; me'da-ichak yulidagi utkir eroziyalar va yaralar; me'da-ichaklar yulidan kon ketishlar; kovukning utkir atoniyasi; infarktdan keyingi sindrom (Dressler sindromi); kon aylanishining surunkali etishmovchiligi; ruxiy uzgarishlar va psixozlar; miokard infarktining surunkali kechishi, miokard infarktining kaytalanishi.

Diagnostikasi. Diagnostikasida va differentsial diagnostikasida miokard infarkti kechishining turli-tuman variantlari xakida unutmash lozim (atipik kechishi, xususan ogrikni gayrioddiy joylashuvi, ogriksiz va kam simptomli formalari). Unga oz bulsada shubxa bulganda tekshirishning tegishli kushimcha usullarini kullash, asoratlarning oldini olish uchun zarur sharoitlar yaratish zarur.

Davosi

1. Infarkt oldi xolatlarini (stenokardiya, surunkali koronar etishmovchilik va b.) uz vaktida aniklash va davolash.

2. Bemorlarni zudlik bilan kasalxonaga yotkizish.

3. Urinda kimirlamay yotish rejimi, ruxiy va jismoniy osoyishtalik, parxezga amal kilish, bemorlarni tegishliche parvarish kilish va x. k.

4. Asoratlanmagan miokard infarktini davolash:

— ogrik sindromini bartaraf etish — promedol, omnopon, pantopon, papaverin, atropin, ularni neyroleptik va antigistamin vositalar — diprazin, dimedrol, aminazin, fentanil, droperidol bilan birga ishlatish, ogir xollarda azot (II)-oksid va kislorod aralashmasi bilan narkoz berish, natriy oksibutirat, fibrinolizin bilan geparin yuborish; geksenal narkoz, orka miya anesteziyasi va b.;

— antikoagulyantlar: dastlabki sutkalarda bevosita ta'sir kiladigan antikoagulyantlar (geparin, fibrinolizin), sungra bilvosita ta'siri bor xillari (dikumarin, sinkumar, fenilin, omefin va b.);

- koronar tomirlarni kengaytiradigan vositalar — nitratlar va nitritlar (nitroglitserin tabletka va tomchi dori xolida, trinitrolong, sustak, nitrong, erinit, nitrosorbat, natriy nitrit;
- miokard metabolizmini yaxshilaydigan preparatlar — vitaminlar, kokarboksilaza, anabolik gormonlar, kaliy orotat, inozin (riboksin), ATF va b.;
- ixtisoslashgan muassasalarda;
- jarroxlak yuli bilan davolash
- aortani koronar shuntlash, trombni olib tashlash va .x k.;
- fibrinolitik vositalar
- fibrinolizin, streptokinaza, streptodekaza;
- utkir tomir va yurak etishmovchiligi, kardiogen shok bilan kurashish (strofantin, korglikon, kofein, kordiamin, mezaton, noradrenalin va geparin va b.);
- yurak ritmi va utkazuvchanligini utkir buzilishlarini bartaraf etish (atropin, novokainamid, xinidin, lidokain, difenin, inderal, aymalin, izopropilnoradrenalin, etmozin, etatsizin, allapinin va b.);
- oksigenoterapiya, yurak glikozidlari, elektr stimulyatsiya.

5. Miokard infarktining xar xil asoratlari ularning turiga kura davolanadi.

6. Reanimatsion tadbirlar: yurakning yopik va ochik massaji, «ogizdan ogizga» yoki «ogizdan burunga» usulida upkaning sun'iy ventilyatsiyasi, elektr defibrillyatsiya, metabolik atsidozga karshi kurash —5% li natriy gidrokarbonat yuborish, yurak ichiga 1 ml 0,1% li adrenalini eritmasini yuborish va b.

7. Miokard infarkti bulgan bemorlarni reabilitatsiya kilish, dispanser kuzatuvi.

Profilaktnkasi: miokard infarkti paydo bulishing etiologik sabablarining oldini olish (ateroskleroz, gipertoniya kasalligini profilaktikasi va b.); miokard infarkti rivojlanishiga sabab buladigan omillarni uz vaktida aniklash va davolash; dispanser kuzatuvi, infarkt oldi xolatlariga uz vaktida davo kilish; sotsial-soglomlashtiradigan va umumgigienik tadbirlar.

GIPERTONIYA KASALLIGI

Ta'rifi. Gipertoniya kasalligi — asosan yurak-tomirlar tizimi patologiyasi, arterial bosimning barharor va avj olib oshishi, keyin esa organ-morfologik o'zgarishlari bilan kechadigan murakkab birlamchi-funksional asab kasalligidir.

1876 yilda arterial bosimni o'lchash uchun dastlabki uskunalar (Bash, Poten uskunalari) paydo bo'ldi, keyin Riva-Rochchi (1890) usuli joriy etilgan. 1980 yilda N. A. Korotkov birinchi marta uni o'lchashning auskultativ usuli (ham sistolik, ham diastolik) ni taklif kilgan.

Epidemiologik tekshirishlar mahsadida VOZ eksperimental Komiteti simob ustunining 140/90 mm ni norma, simob ustunining 140/95 mm ni — xavfli chegara va simob ustunining 160/95 mm dan yukorisini gppertenziya deb hisoblashni taklif hildi. Shu normativlarga asoslashgo, AKSh da arterial gipertenziya 23 mln. odamda Ro'yxatga olingan (Stamber, 1976). Don aylanishi organlari kasalliklarida mehnat hobiliyatini vaqtinchalik va barharor yo'hotish hamma hollarprning hariyib 30—35 foizi gipertoniya kasalligi ulushiga to'hri keladi. Bizning mamlakatimizda juda ko'p sonli kishilarni yalpi tibbiy ko'riklardan o'tkaznshda olingan ma'lumotlarga ko'ra gipertoniya kasalligi 5—10% hollarda aniqlangan, biroq; katta yosh guruxlarda bu birmuncha oshadi. Gipertonnya kasalligi («essentsial gipertoniya») vatanimiz tadhivotchilarining ma'lumotlariga binoan gipertoniya holatlarining 70—80% gacha hollarini tashkil etadi (gipertenziyanipg buyrak formalarga 15%, endokrin va boshqa formalarga 5% to'hri keladi).

Bayon qilinganlardan ko'rinib turibdiki, gipertoniya kasalligi o'rta, yoshi ulg'aygan va keksa yoshga mansub erkaklar gruxlari va ahliy mehnat kishilari orasida ko'proh uchraydi.

hozirgi vaktida gipertoniya kasalligining har biri ikkita fazaga bo'linadigan uchta bosqichi farq qilinadigan A. L. Myasnikov klassifikatsiyasidan foydalaniladi:

I bosqichi:

II. bosqichi:

Sh bosqichi:

- kardial (stenokardiya, miokard infarkti, kardioskleroz, hon aylanishi etishmovchiligi bilan);
- buyrakka alohador (arteriologialinoz, buyrak arteriolonekrozi, nefrozskleroz);
- serebral (miya hon aylanishi dinamik buzilishlari, insult);
- aralash variantlari.

Kechishi asta-sekin avj oladigan (A) va tez avj oladigan (B) bo'ladi.

VOZ ekspertlar komiteti essentsial gipertoniya huyidagi bosqichlarga bo'lishini mahsadga muvofiq deb hisoblaydi:

I — yurak-tomirlar tizimida organik o'zgarish belgilari bo'lmagan yuqori arterial bosim;

II — boshqa organik zararlanish belgilari bo'lmagan yuqori arterial bosim yurak gipertrofiyasi bilan;

III — gipertenziya sababli ichki organlarning organik zararlanish belgilari bo'lgan yuqori arterial bosim.

Bundan tashqari, gipertoniya kasalligining bemorlarning renin natriy profilini o'rganishga asoslangan klassifikatsiyasi ma'lum (Shxvatsabaya I. K., 1982). Kasallikning giperrenin, normorenin, giporenin formalari farq qilinadi, Giperrenin gipertenziya eng ohir kechadi.

Klinik ma'lumotlar va nazariy bilimlarga asoslanib, talaba huyidagilarni bilishi kerak:

1) asosiy jarayonning asosan joylashgan o'rnini, ya'ni hayotiy muhim a'zolar organlar (bosh miya, yurak, buyraklar) zararlanishini aniqlash;

2) taxminiy tashxisga binoan asoslangan tekshirish rejasini tuzish;

3) huyidagilar asosida tashxisni uzil-kesil aniqlash:

- «gipertonik sindrom» patogenezi va uning davrlarini bilish;
- asoslangan differentsial diagnostika o'tkazish, avvalo simptomatik gipertenzialar va boshqalar bilan;

4) kasallik bosqichi, kasallikning kechishi, ehtimol tutilgan asoratlarr va ho'shilib keladigan kasalliklarni hisobga olib, maksadga muvofiq davolash.

Etiologiyasi va patogenezi:

- kasallikning I. P. Pavlov taklif qilgan, G. F. Lang asoslab bergan nevrogen asosi (kasallik ko'p sonli omillar ta'siri ostida, psixoemotsional charchash, ortihcha yoki noadekvat hal etilmagan psixoemotsional ho'zgalishlar ta'sirida rivojlanadigan o'ziga xos tomir-harakat markazlari nevrozi sifatida qaraladi);

- tomirlar boshqarilishi oliy markazlarining trofikasi metabolizmi va disfunktsiyasi buzilishining ahamiyati, miya ishemiyasi va dientsefal-gipotalamus strukturalarining yoshga oid kayta kurilishi. Markaziy asab tizimi metabolik-gipoksik zararlanishlarining roli. Asab tizimi tipining ahamiyati (gipertenziya aksariyat asabiylashish jarayonlari kuchli odamlarda kuzatiladi);

- endokrin tizimining roli (gipofiz, buyrak usti bezi, vazopressin, adrenal, kortikosteroidlar ortihcha ishlanishi);

- moyil qiladigan omillar roli: yosh ulg'ayganligi, jismoniy faollikning etarli emasligi, odatdagi zaharlanishlar (alkogol, chekish), ovhatlanish xususiyatlari, ilgari boshdan kechirilgan buyrak, asab va endokrin tizimi kasalliklari, allergik holatlar, modda almashinuvi kasalliklari, yoh bosishi va b.

Arterial bosim oshishi patogenezi ikki yo'l bilan tushuntiriladi:

- gemodinamik yo'l — mayda arteriyalar bo'shlihi bevosita torayishi iatijasida;

- gumoral yo'l — pressor ta'sir ko'rsatadigan bioximiyaviy mahsulotlar (renin va b.) ajralishi, elektrolit gemostaz — natriy va kaliy almashinuvining buzilishi.

Patologik anatomiyasi.

Kuyidagi a'zolarida o'zgarishlar yuz beradi:

— jarayon joylashgan joyga ko'ra tomirlarda — intima lipoidozi, aterosklerotik pilakchalar, gialinoz, nekrotik o'zgarishlar, tomirlar torayishi, arterioskleroz (kasallikning bosqichi va fazasiga, ko'sqilgan yoki birga kelgan ateroskleroz bosqichiga ko'ra);

- bosh miyada — tomirlar zararlanishi, hon kuyilishi, miya yumshashi, asab ganglioz hujayralarda atrofik o'zgarishlar, anevritlar va ko'z tubi tomonidan o'zgarishlar va b.;

- yurak—gipertrofiya, toj tomirlar aterosklerozi belgilari, kardioskleroz, chandihli o'zgarishlar va b.;

- buyraklarda — nefroangioskleroz, birlamchi-bujmaygan buyrak belgilari, ko'p sonli mayda hon huyilishlar, kanalchalarda degenerativ siljishlar va b.

Klinik manzarasi.

Kasallikning klinik belgilari kasallik bosqichiga, formasiga, jarayon kechishining ohir-engilligiga va boshqalarga bohli.

I. Sub'ektiv ma'lumotlar. Shikoyatlari:

- bosh ohrihi; bosh aylanishi;

- hulohda shovhin, ko'z oldi jimirlashi;

— ko'rishning buzilishi, ko'r bo'lib holish mumkin (tromboemboliya asoratlarida);

— yurak sohasida yohimsiz sezgi va ohrih;

- nafas hisishi, «bo'hilish» sindromi bo'lishi ehtimol (chap horincha etishmovchiligida);

- yurak urishi, notekis ishlashi;

- injihlik, uyhusizlik, hamma narsadan gumonsirash;

- umumiy behollik, ish kobiliyati, xotira susayishi va b.;

— kasallikning turli asoratlariga, yurak dekompensatsiyasi, birga keladigan kasalliklar uchun xos shikoyatlar.

II. Sub'ektiv ma'lumotlar taxlili («bosim oshishi» shikoyatlari, simptomlari, davolash tadbirlari, o'tkaziladigan terapiya ta'sirchanligi, kasallik nima bilan bohli: kasb-kor, yashash joyi, mehnat sharoitlari, ishdagi va oiladagi sharoit, zararli odatlar, irsiyat va b.).

III. Ob'ektiv ma'lumotlar.

Arterial bosim: maksimal yoki sistolik bosim oshgan, 160 dan 240 gacha va bundan yuqori, minimal yoki diastolik bosim simob ustuni hisobida 95 dan 140 mm gacha va bundan yuqori.

Kator organlar va sistemalar, avvalo yurak-tomirlar tizimi tomonidan o'zgarishlar kasallikning II bosqichidan boshlab aniqlanadi. I bosqich uchun asosan sub'ektiv ma'lumotlar (funktsional xarakterdagi siljishlar) xos.

Yurak-tomirlar sistemasi (kardial formasi):

- arterial bosim oshishi;

- puls ritmik, aritmik, tarang, taxikardiya;

- yurak gipertrofiyasi chapga yo'nalgan, tomirlar dastasi kengaygan;

- mitralizatsiya simptomlari — I ton susayishi va yurak uchida sistolik shovhin, aorta ustida II ton aktsenti, kasallikning kechikkan bosqichlarida ba'zan mitral klapaning organik xarakterdagi etishmovchiligi shakllanadi;

— toj tomirlar (toj tomirlar aterosklerozi ho'sqilganda) va yurak etishmovchiligi belgilari (kardioskleroz natijasida); Asab tizimi (tserebral formasi):

— arterial bosim oshishi va «oshgan bosim» simptomlari;

— bosh ohrihi, eshituvning pasayishi, huloklarda shovhin, uyhu buzilishi va b.;

- xotiraning pasayishi, ko'rish hobiliyati yomonlashuvi;

- tez o'tadigan gemiparezlar, miyada hon aylanishinipg dinamik buzilishlari;

- psixozlar, alahlash holatlari, epileptiform tuthanohlar, miyaga kon huyilishi, gemiplegiya va b.;

- ko'z tubini o'zgarishi, to'r parda tomirlari arteriosklerozi, tomirlar elastikligini yo'hotadi, ularniig kalibri bir xil emas, mis yoki kumush sim simptomlari, to'r parda tomirlari arterioskleroziga xos belgi — torayishi sababli ularning buralma shaklga kirishi, arteriovenoz chorrahalar paydo bo'lishi (I, II va III darajali Salyus simptomi), to'r pardaga hon huyilganligi, ba'zan to'r pardaning ko'chishi va ko'ruv nervi atrofiyasi.

Buyrak formasida:

- arterial bosim oshishi hojat yuqori ko'rsatkichlarga etadi, barharor turadi, gipotenziv preparatlar ta'siri juda kam bo'ladi, xavfli o'tishi bilan ajralib turadi;

- siydik sindromi (gematuriya, proteinuriya, silindruriya, solishtirma ohirligining asta-sekin kamayishi);

- kechikkan bosqichlarida: buyrak funksiyasini buzilishi — konsentratsion xususiyatini pasayishi, nefroangioskleroz yoki birlamchi bujmaygan buyrak natijasi sifatida azotemiya va buyrak etishmovchiligining boshqa alomatlari.

Kolgan organlar va tizimlar (o'pka, jigar, me'da-ichak yo'llari va b.) tomonidan o'zgarishlar odatda kasallikning III bosqichida, aynihsa dekompensatsiya bosqichida aniqlanadi.

V. Gipertoniya kasalligining III bosqichi yurak funksiyasining asta-sekin buzilishi (dimlanish hodisalari, yurak astmasi, ritmini buzilishi va b.), buyrak (buyrak etishmovchiligi). bosh miya (es-hush aynishi, miya insultlari va b.) buzilishi bilan o'tadi. Ko'z tubida ro'y-rost ifodalangan o'zgarishlar.

II. Tez avj olib kechadigan yoki «xavfli gipertoniya» yosh kishilarga xos: o'tkir boshlanishi, arterial bosimning keskin ko'tarilishi, yurak sohasida anginoz ohrihlar, yurak astmasi xurujlari, orha miya suyuhligi bosimini oshishi, neyoretinopatiya belgilari bilan ko'ruv nervi so'rhichi shishi, hon huyilish o'chohlari, buyraklar, yurak, miya funksiyasining buzilishi bilan ajralib turadi. Bemorlar kasallikning boshidan hisoblaganda 3—5 yil o'tgach: aksariyat — uremiya va yurak etishmovchiligidan, kamroh — insultdan vafot etadilar.

Asoratlari: o'tkir va surunkali koronar etishmovchilik (stenokardiya, miokard infarkti); kardioskleroz, yurak etishmovchiligi (chap-o'ng horincha etishmovchiligi va to'liq etishmovchilik), yurak ritmi va o'tkazuvchanligining ohir buzilishlari; miya insulti; psixozlar, psixika buzilishining har xil turlari; birlamchi-bujmaygan buyrak, buyrak etishmovchiligi — uremiya; to'r parda ko'chishi — ko'r bo'lib holish va b.

Prognozi: gipertoniya kasalligining I va II A bosqichida yaxshi; kechikkan bosqichlarida u yomonlashadi; tez avj olib kechishida va kasallik asoratlari bo'lganda yomon yoki ohir bo'ladi.

Differentsial diagnostikasi. Kuyidagi simptomatik gipertenziyalarni istisno hilish zarur:

— buyrakka alohador: glomerulonefrit, pielonefrit, sistem vaskulit, bosh buyrak arteriyalarining okklyuzion zararlanishi buyraklarning rivojlanish nuhsolari;

- markaziy asab tizimining organik zararlanishiga alohador shikastlar, entsefalitlar, miya o'smalarida;

- endokrin patologiyadan kelib chikhan: buyrak usti bezlari, gipofiz o'smalarida, toksik buhoh, klimaksda;

— gemodinamik: aorta aterosklerozi, aorta bo'yni torayishi, aorta va uning tarmohlari panarteriiti, dimlanish gipertenziyasi, politsitemiya va b.

Tashxisning taxminiy ta'rifi: 1) gipertoniya kasalligi, sekin avj olib kechishi, I bosqichi; 2) gipertoniya kasalligi, sekin avj olib kechishi, II bosqichi, asosan yurak zararlanishi bilan; 3) gipertoniya kasalligi, tez avj olib kechishi, III bosqichi, yurak va miya zararlanishi bilan. Asoratlari — tinch turgandagi stenokardiya, miya kon aylanishining dinamik buzilishi; 4) gipertoniya kasalligi, tez avj olib kechishi, III bosqichi, aralash formasi (yurak, miya, buyraklar zararlanishi bilan). Asoratlari — kardioskleroz, insultning holdih hodisalari, nefroangioskleroz, neyoretinopatiya, Nib, surunkali buyrak etishmovchiligi.

Davolash

Bemorlarni kasalxonaga yotkazish (zarurat bo'lganda). Kasalxona rejimiga rioya qilish (dam olish, uyhu, ruhiy orom va b.).

Parhez rejimiga rioya qilish: xolesteringa boy mahsulotlarni (yohli go'sht, yoh vab.) chegaralash, go'shtli sho'rva, hayla va sho'r taomlar man qilinadi. Ovhat vitaminlar (A, V, S, R), kaliy tuzlariga (dieta № 15) boy bo'lishi kerak.

Gipotenziv vositalar ho'llanishi. Ularni ta'sir mexanizmiga ko'ra shartli ravishda uchta guruxga bo'linishi mumkin:

— vegetativ asab tizimi simpatik hismi funksiyasini tormozlaydigan preparatlar — neyrotrop moddalar: asosan markaziy (alfametildon, katapresan, monoaminokisidaza ingibitorlari) periferik ta'siri bo'lgan simptomatik vositalar va ganglioblokatorlar: markaziy va periferik ta'sir qiladigan (rauvolfiya preparatlari, B-adrenoblokatorlar);

sistem hon ohimi arteriolalar sillih mushaklariga ta'sir qiladigan vositalar (miotrop vositalar): dibazol, gidralazin, diazoksid, minoksidin, natriy nitroprussid va b;

- hujayra ichidagi natriy va suvni chiharishni kuchaytiradigan vositalar (diuretiklar): tiazid preparatlar (gipotiazid, siklometiazid, oksodolin); kaliyni ehtiyotlaydigan preparatlar (aldakton, veroshpiron, triamteren); Genle hovuzlohi diuretiklari (furosemid, brinaldiks, etakrinat kislotasi).

Zarurat bo'lganda yurak preparatlari (aynihsa kardial formasida va asoratlar rivojlanganda — chap horincha (aynihsa hon belgilarida va h. k.), siydik haydovchi vositalar (aynihsa hon aylanishi etishmovchiligi bilan shishlar rivojlanganda va b.)-

Koronar tomirlarni kengaytiruvchilar: nitroglitserin, sustak, erinit, trinitrolong, nitrong (tabletkalari yoki 2% li mazi), lomilan, natriy nitrit, intenkordin (intensain), kurantil, shuningdek mentol, validol, korvalol.

Simptomatik terapiya (analgetiklar, vitaminlar bilan davolash, zuluk solish, hon olish, oyohha issih vannalar va boshqa davolash tadbirlari).

Gipertonik krizlarni davolash masalalari alohida e'tiborga loyih:

a) dori-darmonlar bilan davolash — ohir va asoratlangan formalarida arterial bosimni zudlik bilan tushirish mahsadida:

— ganglioblokatorlar: pentamin — 0,2—0,5 ml dan (2 ml gacha) 5% li eritmasi mushak orasiga yoki venaga 20 ml fiziologik eritmada yoki 5% li glyukoza eritmasida, asta-sekin, benzogeksoniy — 0,5—1 ml dan 2,5% li eritmasi mushak orasiga yoki teri ostiga (kuniga 3—4 martadan); imexin — bir yo'la 0,5—0,7—10 ml dan 1% li eritmasi 5—7—10 ml izotonik eritmada yoki 5% li glyukoza eritmasida venaga, asta-sekin (tomchilab, asta-sekin yuborish mumkin);

— alfa-adrenoblokatorlar: tropafen — 0,5—1 ml dan 1—2% li eritmasi teri ostiga yoki mushak orasiga; pirroksan — 2—3 ml dan 1% li eritmasi teri ostiga yoki mushak orasiga; fentolamin — 0,5—0,1 g dan ovkatdan keyin kuniga 3—4 marta (3—4 hafta) ichishga;

— antigipertenziv vositalar: klofelin (gemiton) — 0,5—1 ml (0,05—0,1 mg) dan 0,01% eritmasi mushak orasiga yoki teri ostiga, tez vaqt ichida ta'sirga erishish uchun venaga asta-sekin (3—5 min) yuboriladi: 0,5—1,5 ml dan 0,01% li eritmasi 10—20 ml izotonik eritmada suyultiriladi; rausedil (rezerpin) — 0,05—0,1 mg (0,0005—0,0001 g) kuniga 2—3 marta ichishga (tabletkalar va poroshok); natriy nitroprussid — minutiga 0,5—5 mkgG`kg (odatda minutiga 2,5—3,6 mkgG`kg), arterial bosimni hunt bilan kuzatib turgan holda (sistolik bosim simob ustuni hisobida ko'pi bilan 100—110 mm gacha tushishi kerak). Venaga 50 mg ni 1000 ml 5% li glyukoza

eritmasida suyultirib yubriladi;

— neyroleptik vositalar: droperidol — 2 ml dan 0,25% eritmasi venaga 20 ml 5% li glyukoza eritmasida;

— sedativ vositalar: magniy sulfat — 10—20 ml dan 20—25% li eritmasi mushak orasiga yoki venaga, asta-sekin brom, valeriana preparatlari, korvalol;

diuretik vositalar: furosemid — 2—4 ml dan 1% li eritmasi (0,02—0,04 g) mushak orasiga yoki venaga, ichishga 0,02—0,04 g dan kuniga 2—3 marta;

spazmolitik vositalar: dibazol — 3—4 ml dan 1% li eritmasi yoki 6—8 ml 0,5% li eritmasi venaga yoki mushak orasiga, ichishga 0,02—0,04 g kuniga 2—3 marta, papaverin; simpatolitik vositalar: oktadin (sanotenzin) — sutkalik dozasini ertalab bir marta 10—30 dan 60 mg gacha ichishga tayinlanadi (tabletkalar yoki poroshok 0,025—25 mg dan) va b.;

- antikoagulyantlar zarurat bo'lganda; - boshqa dori-darmonlar ham tayinlanadi (diazoksid yoki giperstat — 300 ml dan venaga, 10—15 minut o'tgach takror yuborish va h. k.); b) zarurat bo'lganda yurak glikozidlari (korgipkon, strofantin) tayinlanadi, huloh orhasiga zuluklar solinadi, boldirga gorchichnik ko'yiladi, oyohha issik vannalar, hon olish, shuningdek nerv-emotsional va jismoniy osoyishtalik tavsiya qilinadi.

9. Dispanserda kuzatuv, sanatoriy-kurortda davolash (Sochi, Sxaltubo, Kislovodsk, Krimning Janubiy qirg'og'i va b.

Profilaktikasi: mehnat va turmushning gigienik sharoitlarini yaratish, turarjoy-maishiy sharoitlar, sohlomlashtirish tadbirlarini yaxshilash; dam olish, uyhuni yaxshi tashkil qilish, korxonada, oilada o'zaro yaxshi munosabatlar; gipertoniya kasalligining ilk formalarini o'z vaqtida aniqlash va davolash.

Utkir va surunkali qon tomir

va yurak etishmovchiligi sindromida hamshiralik jarayoni.

Ozik moddalarning etkazib berilishi va ayrim a'zolar urtasida metabolizm maxsulotlarning almashinuvi yurak faoliyati tufayli amalga oshiriladi. Organizmnng normal xayot faoliyati uchun xujayralar urtasida, xujayralararo muxit va kon urtasida tuxtovsiz modda almashinuvi sodir bulib turishi zarur. Yurak etishmovchiligi miokardning ortikcha ishlashi, avj olib boradigan gipertrofiya, yurak mushagining dilatatsiyasi va xolsizlanib kolishi natijasida rivojlanadi. Yurak mushagining xoldan toyishi kup sonli omillar (yurak poroklari, gipertoniya kasalligi; koronar etishmovchilik, ateroskleroz; revmatizm, utkir infeksiyalar; upka, plevra, jigar kasalliklari; anemik xolatlar; endokrin tizimining xar xil patologiyasi va b.) ta'siri ostida yuz beradi. Dastlab u yo chap bulmacha va upka venalarida (chap korincha etishmovchiligida), yoki ung bulmachada va kon aylanishining katta doirasi venalarida (ung korincha etishmovchiligida) gipertenziya bilan namoyon buladi. Birmuncha keyinrok bu buzilishlarga yurakdan tashkari omillar: a'zolardagi morfologik (distrofik, keyinchalik sklerotik) uzgarishlar, kaxeksiya va boshkalar kushiladi.

Yurak etishmovchiligi klassifikatsiyasi (Muxarlyamov N.M. 1978y.)

Kelib chikishi buyicha	Yurak sikli buyicha	Klinik variantlari	Boskichlari buyicha
Bosim oshib ketishi	Sistolik etishmovchilik	Asosan chap korinchaga tegishli	I A davri B davri
Xajm oshib ketishi	Diastolik etishmovchilik	Asosan ung korinchaga tegishli	II A davri B davri

Birlamchi-miokartsial (metabolik etishmovchilik)	Aralash etishmovchilik	Total	III
		Giperkinetik	A davri
		Kollantoid	B davri
		Sinus ritmi saklangan Bradikarditik	

Kuyidagi klassifikatsiyada surunkali kon aylanishi etishmovchiligining kelib chikishi, yurak sikli, patologik jarayonning kechishi variantlari va boskichlari xisobga olingan.

I boskichning A davri – kon aylanishining klinik belgilardan oldingi surunkali etishmovchiligi – bemorlarda shikoyatlar bulmaydi, biroq maxsus tekshirish usullari bilan jismoniy zurikish berilganda yurak ichi gemodinamikasining ayrim buzilishlari aniklanadi.

III boskichning A davri tinch turganda surunkali kon aylanishi etishmovchiligining ifodalangan klinik belgilari bilan xarakterlanadi. Faol kompleks terapiya usuli bilan dimlanish xodisalarini kamaytirishga, klinik xolatni yaxshilangan va gemodinamikani bir oz barkaror kilishga muvaffak bulinadi.

Odatda surunkali yurak etishmovchiligiga tomirlar etishmovchiligi kushilib keladi. Utkir tomir etishmovchiligi shikastlanish, kon yukotish, suyuklik yukotish (plazmoreya), tomirlar tonusini pasayishi (intoksikatsiya) natijasida rivojlanadi. Kayd kilib utilgan xamma etiologik omillar aylanib yuradigan kon xajmi va arterial bosim kamayishiga, avvalo bosh miyaning kon ta'minoti yomonlashuviga va shu sababli yuzaga keladigan okibatlariga (xushdan ketish, shok, kollaps) olib keladi.

Klinik ma'lumotlar va nazariy bilimlarga asoslanib talaba kuyidagilarni bilishi kerak.

etiologik omillarni, miokardning zararlanish xajmi va darajasini, kon aylanishi etishmovchiligi boskichini aniklash;

laboratoriya, instrumental va boshka kushimcha tekshirish usulining asoslangan rejasini tuzish; yurak dekompensatsiyasining asosiy diagnostik mezonlari, kon aylanishi etishmovchiligining boskichi va fazasini bilish asosida batafsil tashxisni aniklash;

aniklangan tashxisga binoan asoslangan davo olib borishni rejimini – parxez, suv-tuz rejimini tanlash tartibga solish;

yurakning funktsional imkonyatlari, xar xil asoratlarini (tromboembolik xarakterdagi), kasallik prognozini, sanatoriy-kurortda davolashning maksadga muvofikligini, bemorlarni ishga joylashtirishni aniklash.

Etiologiyasi. Yurak-tomirlar etishmovchiligi rivojlanishida kuyidagilar muxim rol uynaydi.

- yurak mushagining uta charchashi (yurak poroklari, gipetoniya kasalligi, nefritlar va b.);

miokardda kon ta'minoti buzilishi (kon tomirlar aterosklerozi, yurakning ishemik kasalligi);

yurak mushagida moddalar almashinuvchini buzadigan neyrogen va metabolik siljishlar (diffuz toksik bukuk, etiologiyasi xar xil anemiyalar va x.k.);

infeksion va toksik omillar;

kon aylanishi organlari xolatini yomonlashtiradigan kushilib kelgan patologik jarayonlar: revmatik jarayon kaytalanishi, kardioskleroz va boshkalar; boshka kasalliklar (masalan, gipertoniya kasalligiga toj tomirlar, aorta aterosklerozi)ni kushilishi; yurak kasalliklariga (ateroskleroz, revmokardit), boshka tizimlarning kasalliklari (upka kasalliklari, anemiyalar, infeksiyalar va b.) kushilishi; akliy va jismoniy charchash, nerv-emotsional zurikishlar, ichkilik, tamakini suiiste'mol kilishning zarari.

Xar xil shikastlanishlar, kon okishi, kelib chikishi xar xil ogrik sindromi, infeksiion kasalliklar, intoksikatsiya (utkir tomirlar etishmovchiligida).

Patogenezi

1. «Retrograd etishmovchilik» nazariyasi, ya'ni zararlangan va charchagan yurak mushagi kerakli mokdordagi kon mikdorini venoz tizimdan arterial tizimga – ung korinchadan upka arteriyasiga xaydash imkoniyatiga ega bulmaydi.

2. «Yurakdan kon otilishi etishmovchiligi» nazariyasi, ya'ni kon sistolik va minutlik xajmi kamayishi natijasida organlar va tukimalarning kon bilan ta'minlanishi buziladi, chap korincha tegishli mikdordagi konni aortaga xayday olmaydi.

3. Etakchi patogenetik mexanizmlar:

- miokard distrofiyasi va energiya almashinuvi buzilishi;
- yurak mushagi kiskarish xususiyatining pasayishi – kuchsizlanishi;
- gemodinamikaning, tukima metabolizmining buzilishi;
- suv-tuz balansi buzilishi, ikkilamchi gineraldosteronizm rivojlanishi.

4. Kup sonli omillar ta'siri ostida aylanib yuradigan kon xajmi kamayadi, xayotiy muxim organlarning kon bilan ta'minlanishi yomonlashadi, gipotenziya rivojlanadi, chap korincha sistolik va diastolik xajmi kamayadi.

Klinik manzarasi. Ushbu xolatning klinik belgilari kechishiga (utkir, xronik), yurak etishmovchiligi tiplariga (chap korincha, ung korincha, total), kon aylanish etishmovchiligi boskichi (I–IIA – IIB – III), yurak dekompensatsiyasining tomirlar etishmovchiligi bilan birga uchrashiga boglik turli-tuman buladi.

I. Sub'ektiv ma'lumotlar. Shikoyatlari:

- uz axvoli yomonlashganini bemor yurak nuksoni, gipertoniya kasalligi va yurak etishmovchiligi paydo bulishida etiologik omil xisoblangan boshka kasalliklar bilan boglaydi;

yurak urishi, yurak tuxtab-tuxtab urishi;

yurak soxasida ogrik (xar xil xarakterda, xar xil kuchda va xar xil joyda);

xavo etishmasligi sezgisi, nafas kisishi, bugilish sezgisi;

oyoklarga va gavdaning boshka kismlariga shish kelishi;

kon tuflash, upkadan kon okishi;

ung kavurgalar ostida yokimsiz sezgilar va ogrik (jigarda kon dimlanishi);

sutkalik diurez kamayishi, nikturiya va boshka buzilishlar;

asoratlari, ayrim organlar va sistemalarning xolatiga boglik xolda umumiy shikoyatlar (ular yurak etishmovchiligi sababli kelib chikkan).

II. Ob'ektiv ma'lumotlar.

1. Kuzdan kechirish: bemorning umumiy axvoli va urindagi vaziyati – aktiv, kaddini baland kilib utirishi, majburiy xolati – kon aylanishining asosiy sababi, turi va boskichiga boglik; teri koplamlarining kurukligi va distrofik uzgarishlari, keyinchalik – sianoz, akrotsianoz, tanaga shishlar kelishi, ana xarorati normal, katta shishlarda – gipotermiya, bemorning vazni avvaliga konikarli, sungr boskichlarda – kok suyak bulib ozib ketishgacha boradi (distrofik boskichi).

Yurak etishmovchiligining tiplari va boskichi, tomir etishmovchiligining klinik formalari (xushdan ketish, kollaps, shok) va kechishiga (utkir, surunkali) kura ob'ektiv ma'lumotlar;

a) chap korincha etishmovchiligi – yurak etishmovchiligining kuprok uchraydigan, bemor uchun eng ogir formasi. Sabablari – aterosklerotik kardioskleroz, gipertoniya kasalligi, nefritlar, aortal va mitral yurak poroklari, yurakning ishemik kasalligi, miokard infarki va x.k.

Chap korincha etishmovchiligi kuyidagilar bilan namoyon buladi:

kichik kon aylanish doriasida kon dimlanib kolishi.

nafas kisishi, bugilish xuruji, aksariyat tunda, upka xayotiy sigimi kamayishi, yutalish, kon tuflash, bemorning ortopnoe xolati, aksariyat gidrotoraks, akrotsianoz, upkada dimlanishdan xirillash paydo buladi;

yurak chegarasining chapga va yukoriga kengayishi, yurak uchida sistolik shovkin, I ton pasayishi, upka arteriyasida II toni va ritm buzilishining xar xil turlari, puls tezlashgan, tulikligi va tarangligi sust, sistolik arterial bosim aksariyat pasayib ketadi, diastolik – oshadi yoki norma atrofida koladi;

xayotiy muxim organlarda kon aylanishining etarli emasligi belgilari – bosh aylanishi, xushdan ketish, Chayn – Stoks nafasi, talvasalar va x.k.

etiologik omillar simptomatikasi bilan;

b) ung korincha etishmovchiligi aksariyat nisbatan sekin, chap korincha etishmovchiligidan keyin rivojlanadi, utkir etishmovchilik esa (utkir upka-yurak) – upka arteriyasi yoki uning yirik tarmoklari bekilib kolganda, jadal ortib boradigan gemopnevmotoraks va ung korincha infarktida rivojlanadi. U asosan yurak chap korinchasi etishmovchiligi sababi sifatida kuzdan kechiriladigan xamma kasalliklarda, shuningdek upka emfizemasi, pnevmoskleroz, ekssudativ plevritlar, upka arteriyasi ogzining torayishi, upka arteriyasi tarmoklarining obliteratsiya kiladigan endarteriitida rivojlanadi.

Ung korincha etishmovchiligi kuyidagilar bilan namoyon buladi:

- Katta kon aylanish doirasi venalari va organlarida kon dimlanishi: venoz bosim oshishi, burtib chikkan buyin venalari, jigar katalashuvi – kon dimlangan jigar, bir tekis kattalashgan jigar pulsatsiyasi, ung kovurgalar ostida ogrik, oyok panjasi, boldirlarga, keyinrok butun tanaga ishi kelishi (anasarka) va astsit, gidrotoraks, gidroperikard va xokazo, boshka parenximatoz organlarda dimlanish xodisalari;

- yurak ung bulimining chap korincha va bulma, upka arteriyasi konusi xisobiga kattalashuvi; puls tezlashgan, tulikligi va tarangligi sust; shovkinlar borligi va yurak tonlarining uzgarishi asosiy sababga boglik; xanjarsimon usik asosida eshitiladigan sistolik shovkin uch tavakali klapandagi nisbiy etishmovchilik bilan izoxlanadi, tonlar bugiklashgan;

- kichik kon aylanish doirasida kon ta'minoti etishmovchiligi belgilari. Katta kon aylanish doirasida dimlanish rivojlanib borgan sayin kichik doirada dimlanish kamayadi, nafas kisishi, bugilish kamayadi, upka arteriyasidagi II ton aktsenti sustlashadi.

- etiologik omillar simptomatikasi.

v) total yurak etishmovchiligi miokard zararlanishining ogir xollarida rivojlanadi va chap – ung korincha etishmovchiligi simptomlari va sindromlari borligi bilan xarakterlanadi. Bunda aksariyat ung korincha etishmovchiligi belgilari ustunlik kilib, keyin jadal upka induratsiyasi, jigarning yurak sirrozi, kaxeksiya shishlari – kon aylanish etishmovchiligining distrofik boskichi rivojlanadi.

Boshka organlar va sistemalar tomonidan buladigan klinik belgilar:

- upkadan perkutor tovush kiskarishi, kuyi bulimlarda, odatda ikki tomondan nam xirrilagan tovushlar, balgam ajraladigan yutal, kon tuflash, upka shishi munzarasi – yurak astmasining ogir xollarida;

- jigardan – uning dimlanishi va kattalashuvchi, palpatsiya kilganda ogrik, sklera va teri koplamlari sargayishi, jigar xar xil funktsiyalarining buzilishi;

- buyraklardan «dimlangan buyrak» sindromi – proteinuriya, mikrogematuriya, kamrok silindruriya, oliguriya, siydikning solishtirma ogirliги oshgan;

- me'da ichak yullaridan – dispentik xodisalar, korinda anik bulmagan ogriklar, korin katalashuvi – astsit;

- kon yaratilish sistemasidan – eritrotsitoz, gemaglobin mikdori oshishi, SOE sekinlashuvi va x.k. Moddalar almashinuvidagi uzgarishlar: mineral almashinuvidagi, energetik balansdagi siljishlar, gormanal buzilishlar, oksil balansi buzilishlari.

Jaroxatlanganlarda yurak kon-tomir tizimi kasalliklarini kechishida xamshiralik jarayoni.

Xarbiy urush vaktida kushin urtasidagi kasallanishni urganish xarbiy dala terapiyasining asosiy vazifalariga kiradi. Mexnat va yashash sharoitining yomonlashishi sababli tinch vaktga nisbatan kasallanish xarbiy urush vaktida oshadi.

Jaroxatlanganda ichki a'zolarining kasallanishi.

Odam tanasining turli joyidagi uk tekkan jaroxatlarda ichki a'zolar tomonidan uzgarish kuzatiladi. Bu uzgarishning patogenezi juda murakkab va turli shaklda kechadi. Jaroxatlanganda uzi ogrik komponent bulib MAS funksiyasi uzgaradi, sungra shu sababli turli a'zo va sistemalar faoliyati boshkarilishi, neyro-gumoral mexanizm buziladi. Patogenezida kupgina patologik jarayonlar, jaroxatning xosil bulishi, birinchi navbatda yalliglanish jarayoni, infeksiyalar asosiy rol uynaydi. Shuningdek yukoridagi kursatilgan mexanizmlar natijasida organizm umumiy reaktivligining uzgarishi, organ va tukimalarning butunligining buzilishi, kon ketishi natijasida kamkonlik rivojlanishi, tolikish, asabiy charchash., sovuk kotish va x.k.lar kabi jangdagi xolatlar bulishi, tashki muxitning zararli tasirlari muxim axamiyatga ega.

Yurak kon – tomir tizimi kasalliklari.

Yurak kon – tomir tizimi kasalliklari kupincha jaroxatning erta va kechki muddatlarida kuzatiladi. Erta muddatlarida odatda kon aylanish tizimi funksional buzilishi kuzatiladi. Kechki davrlarida jaroxat infeksiyasi kushilib, tomir va yurakda yalliglanish jarayoni rivojlanishi kuzatiladi .

Angiodistoniya, miokard distrofiyasi. Xarbiy jaroxatni birinchi dakika va soatlaridan keyin kupchilik jaroxatlarda sirkulyator apparatning funksiyasini uzgarishini aniklash mumkin. Jaroxatdan keyin umumiy darmonsizlik, puls tezlashishi, bazan xansirash, yurak soxasida ogrik, kon bosimining pasayishi, bazan sianoz kuzatiladi. Ogir jaroxatlarda bazan shok yoki kollaps yuzaga keladi. Bu xolatlar reflektor genezga ega bulib, uz vaktida yordam kursatish natijasida organizmning moslashuv mexanizmi tezda yukoladi. Oyok va kul barmoklarida sianoz, oyok-kullarning sovushi, yuz terisining okarishi kizarish bilan almashinishi, vazomotor kurinishlar paydo bulishi umurtka va miya jaroxati uchun xarakterli. Puls jaroxatdan keyingi erta muddatlarda sekinlashadi, bradikardiya moyillik uzok vaktgacha saklanadi (20 kungacha). Miya va umurtka pogonasi jaroxatlarida yoshlarda stenokardiya uchrashi kursatilgan, bazan kon bosimi kutariladi.

Kukrak kafasi jaroxatlarida yurak kon-tomir tizimida uzgarish odatda jaroxatdan keyin juda tez rivojlanadi va tomir tizimi xamda miokard funksiyasi buzilishi bilan kechadi. Jaroxatdan sung tezda xansirash, yurak urishi, bazan yurak soxasida ogrik, darmonsizlik kuzatiladi. Xansirash jaroxatlangan kishining kamgina xarakatida xam kuchayadi, shuning uchun odatda majburiy xolatga utadi. Nafas tez va yuzaki, yuzlarda, lablarda sianoz, buyin venalari burtgan, puls tezlashgan, bazan aritmik buladi. EKGda utkir davrda voltaji kamaygan, T tishcha manfiy yoki deformatsiyalangan buladi, S-T segmenti uzgargan, ekstrasistoliya kuzatiladi.

Infeksion – toksik (sepsis, anaerob infeksiya) asoratli jaroxatlarda yurak kon- tomir tizimida uzgarish asosan kup uchraydi. Bu asoratlarning kupincha erta umumiy kurinishlari EChT ning oshishi, leykotsitlar sonining oshishi, tana xarorati kutarilishi, taxikardiya, uzining yomon xis kilishi xisoblanadi.

Klinik kuzatishlar va EKG malumotlari shuni kursatadiki, jaroxat infeksiyasida kupchilik xolatlarida miokardda distrofik uzgarishlar kuzatiladi. Bir kator xolatlarida miokardit, endokardit, perikardit, xatto pankardit kurinishda yalliglanish jarayoni rivojlanadi.

Miokardit – odatda jaroxatning kechki muddatlarida paydo buladi va yakkol ifodalanmagan simptomlar bilan kechadi, chunki kukrak kafasi jaroxati asoratlari (pnevmotoraks, empiema, abtsess) va jaroxat sepsisi fonida rivojlanadi. Yaradorlarda miokardit klinikasi odatda infeksiion miokardit kechishi va simptomlaridan kam fark kiladi. Sepsis yoki boshka patologik jarayon tufayli EChT tezlashishi, periferik konni uzgarishi, tana xaroratining kutarilishi fonida yuzaga keladi. Birok miokardit rivojlanishi odatda bu kursatkichlar (tana xaroratini keskin oshishi, leykotsitozni bulishi, EChTni tezlashishi) uzgarishi bilan birga kechadi.

Endokardit – tananing turli joylardagi jaroxatlarida kuprok kukrak kafasi va oyoklarning jaroxatida ayniksa jaroxat sepsis bilan asoratlanganda kuzatiladi. Limfa yullari, arteriya, venalar shikastlanishi, infeksiyalangan jaroxatlar kupincha endokardit kelib chikish manbai xisoblanadi.

Bunda makroorganizm va uning reaktivligi katta rol uynaydi. Jaroxat, kon yukotish, oksillar parchalanish maxsulotlariga sensibilizatsiya va boshka sabablar organizm reaktivligi, uning immunobiologik xususiyatini sezilarli darajada uzgartiradi. Tolikish, sovkotish xam katta axamiyatga ega.

Endokard yalliglanishi utkir endokardit va kaytalangan endokardit kurinishida kechadi.

Utkir endokardit jaroxat olgandan sung tezda kupincha jaroxatdan sepsis rivojlanganda yuzaga keladi. Kaytalangan endokardit kupincha kup mikdorda bulgan jaroxatlarda, uzok davom etgan ogir jaroxatlarda rivojlanadi.

Jaroxatlanganlarda kupincha ikki tavakali kopkok, kamrok yarimoysimon va aorta kopkok , juda kam xolatlarda kombinatsiyalashgan kopkok lar zararlanishi kuzatiladi.

Perikardit – kuprok oyoklar va kukrak kafasi jaroxatlanganda uchraydi. Birinchi navbatda perikard infeksiyalanishi va kup marta zararlanishi natijasida rivojlanadi, ochik pnevmotoraks va yiringli plevritlarda yalliglanish jarayoni atrofdagi tukimalardan utadi. Yaradorlardagi perikardit simptomlari tinchlik vaktidagi kuzatilgan perikardit simptomlariga nisbatan kam buladi. Perikarddagi yalliglanish jarayoni infeksiyalangan jaroxat fonida, bazan sepsisning asorati sifatida rivojlanadi. Bu klinik simptomlarning uzgarishi tashxis kuyishni kiyinlashtiradi.

Jaroxat natijasida paydo bulgan ichki organlar kasalliklarini davolash va profilaktikasi jaroxat olgandan keyingi erta muddatlaridan boshlash lozim. Jang maydonidan yaradorlarni uz vaktida ayniksa yilning sovuk vaktlarida olib chikish, shoshilinch jarroxlik yordami kursatish muxim profilaktik tadbirlardan xisoblanadi. Evakuatsiya vaktida sovukga karshi kurash, bemorlarni tashishda kulay sharoit yaratish, tuyimli ovkatlanish, jaroxatga infeksiya tushishiga karshi kurashish turli xil kasalliklarni oldini olishda katta rol uynaydi. Yaradorlarda yurak kon tomir kasalliklarini davolash xammaga kabul kilingan usulda utkaziladi. Lekin sepsis, yukori isitma, ogrik kabi simptomlarda klinikasi va davolash taktikasi uzgarishi mumkin.

Savollar.

1. Kaysi yurak kon – tomir tizimi kasalliklari yaradorning erta muddatida paydo buladi?.
2. Kaysi yurak kon – tomir tizimi kasalliklari yaradorning kechki muddatida paydo buladi?.
3. Yaradorlarning erta muddatida yurak kon – tomir tizimi kasalliklari kelib chikishiga nima sabab buladi.?
4. Yaradorlarning kechki muddatida yurak kon – tomir tizimi kasalliklari kelib chikishiga nima sabab buladi.?
5. Yurak mushagi yalliglanish sindromida xamshiralik tashxisini kuyish.
6. Endokard yalliglanishida xamshiralik tashxisini kuyish.

YURAK RITMI VA O'TKAZUVCHANLIGINING BUZILISHI — YURAK ARITMIYALARI

Ta'rifi. «Yurak aritmiyalari» deganda miokardning ko'p hirrali funktsiyalarini o'zgarishi, organik va funktsional xarakterdagi turli-tuman omillar (kasallikning) ta'siri natijasida uning avvalo ritm bilan bir maromda va birin-ketin hisharishi tushuniladi.

«Yurak aritmiyalari» hozirgi zamon kardiologiyasining eng muhim muammosi hisoblanadi va hozirgi vaqtda ilgari davrlardagiga karaganda anik tashxis kuyish uchun keng imkoniyatlar ochilmokda.. Darhahihat, adabiyot manbalardan olingan dalolatlarga asosan, yurak ritmi va o'tkazuvchanligining turli xil buzilishlari birmuncha ko'p uchraydi. Bu yurak patologiyasi bo'lgan bemorlar (yurakning ishemik kasalligi, gipertoniya kasalligi, miokarditlar, o'pka-yurak va b.), boshqa a'zolar va tizimlarning yallihlanishli, toksik-allergik tabiatli patologiyasiga uchragan bemorlar sonining oshishi bilap boglik. Bundan tashhari, yurak aritmiyasi sonining oshishini zamonaviy diagnostikaning tubdan yaxshilanishi, shuningdek yurakning kator funktsiyalarini buzilishlari (avtomatizm, ko'zhaluvchanlik, o'tkazuvchanlik va qiskaruvchanlik) bilan izohlanishi mumkin.

Biror sohlom yurakning ayrim hisharishlari davomliliği bo'yicha bir-biridan ko'pi bilan 0,12 s ga farh hiladi. Ko'pchilik sohlom odamlarda yurak kisharishlari tempi (sur'ati) 1 da 60 va 100 o'rtasida o'zgarib turadi. Sohlom odamlarning taxminan 38 foizida u 60 dan past va 0,3 foizida minutiga 100 dan yuhori bo'ladi.

Yurak aritmiyasi masalalari bo'yicha bir necha klassifikatsiyalar tavsiya etilgan. A. S. Smetnevning V. G. Kukes bilan hamkorlikda yozilgan «Ichki kasalliklar» darsligida (1982) yurakning u yoki bu funktsiyasi buzilishini hisobga olib tuzilgan yurak aritmiyasi klassifikatsiyasi keltirilgan.

Hozirgi vaqtda amaliy mahsadlar uchun ozmi-kupmi soddalashtirilgan klassifikatsiyadan foydalanilyapti. Aritmiyalarning bu klassifikatsiyasini VOZ ekspertlari va xalharo kardiologlar jamiyatining ishchi guruhi (1978) ishlab chihhan. Bu klassifikatsiyada eng ko'p tarqalgan aritmiyalar: ekstrastoliya, paroksizmal taxikardiya, titroh aritmiya, atrioventrikulyar blokadaning klinik manzarasi, diagnostikasi va davolash printsiplari ko'zdan kechiriladi. Sub'ektiv va ob'ektiv ma'lumotlarni o'rganish asosida, aritmiya va uning etiologiyasi masalalariga doir o'z nazariy bilimlariga tayanib, talaba quyidagi masalalarni hal qilishni bilishi kerak:

1. Aritmiyalar tabiatini va turlarini aniqlash;
2. Sabab bo'lgai omilni hisobga olgan holda tekshirishning asoslangan rejasini tuzish;
3. quyidagilarga asoslanib uzil-kesil va batafsil tekshirish rejasini tuzish:
 - aritmiyalar simptomatikasi va EKG ma'lumotlarini bilish;
 - asosiy kasalliklar o'rtasida va yurakning turli funktsiyalari buzilishi yoki aritmiyalariipg turlariga bohlih holda dnfferentsial diagnostika o'tkazishni bilish.
4. Aritmiyalarning turli belgilari, miokard, organlar va sistemalar holatini hisobga olgan holda jarayonning asosiy sababchisini asoslangan davolash natijasi, prognozi, asoratlari va boshqalarni aniqlash.

Etiologiyasi va patogenezi

Etiologik omillar hoyat turli-tuman:

- yurak aritmiyalari paydo bo'lishida yurak-tomirlar sistemasining organik (toj tomirlar aterosklerozi, miokard infarkti umuman, ishemiya kasalligi, miokarditlar, tuhma va orttirilgan yurak poroklari, revmokardit, har xil etiologiyali yurak zararlanishi, miokardiopatiyalar), funktsional xarakterdagi (yurak nevrozi, neyrotsirkulyator distoniya va b) kasalliklari birinchi o'rinda turadi;

- endogen (moddalar almashinuvi holati, gumoral regulyatsiyani buzilishi, kislota-ishhor muvozanatini o'zgarishi), endokrin buzilishlar (tireotoksikoz, handli diabet va b) fizik (shikast, gipo va gipertermiya, nihoyatda charchagan yurak) va ximiyaviy omillar (chekish, alkogol, giyohvandlik, toksomaniya); dorivor vositalar (strofantin, korglikon, adonis, digitalis, siydik haydovchi dorilar va b.) muayyan ahamiyatga ega;

- so'nggi vaqtlarda allergik omillar katta o'rin tutadi, etiologiyasi aniklanmagan aritmiyalar ham uchraydi — bular «idiopatik» kelib chihhan aritmiyalar deyiladi.

Aritmiyalar patogenezi murakkab. Aritmiyalar patogenezi negizida ikkita elektr fiziologik mexanizm: 1) ektopik avtomatizm va 2) ho'zholish to'lhinlarining aylanma sirkulyatsiyasi yotadi (V. I. Makolkin, S. I. Ovcharenko, 1987).

Aritmiyalar yurak avtomatizmi va o'tkazuvchanligi funktsiyalarining bir vaqtning o'zida yoki boshqa-boshqa buzilishlari ohibatida paydo bo'ladi, sohlom yurakda sinus tuguni maksimal avtomatizmga ega. Sohlom yurakda yurak hisharishlarining sinusli ritmi uning avtomatizmi markazlarining normal subordinatsiyasini sahlab holishi to'hrisida dalolat beradi, u turli patologik holatlarda o'zgaradi va aritmiya rivojlanishiga olib keladi.

A. V. Vinogradov fikricha (1987), ular rivojlanishning ikkita dastlabki mexanizmini farh qilish mumkin:

1. Lokal zararlanish ta'sirida yoki boshqa biror sababdan mahalliy avtomatizm ho'zholish tezligining sinus tugunidagi ho'zhalish tempi (sur'ati) dan oshib ketadigan: odatdagi vazifasi pasaygan markazlarning tormozlanishi.

2. Aritmiyaning ikkinchi birlamchi mexanizmi asosida yurakda impulslar sekinlashib o'tadigan o'choh yoki o'chohlar hosil bo'lishi bilan birga ularni o'tkazishning bir tomonlama blokadasi yotadi.

Aritmiyaning asosiy vakillarini tasvirlashga kirishishdan oldin yurak avtomatizmi funktsiyasi buzilishlarining ayrim formalari to'grisida birmuncha to'xtalib o'tamiz. Avtomatizm buzilishi natijasida sinus aritmiyasi, sinus taxikardiyasi va bradikardiyasi paydo bo'ladi:

- sinus aritmiyasida ayrim hisharishlar orasidagi farh 0,12 s dan oshadi. Nafas olish vaqtida yurak hisharishlarining tezlashuvi va nafas chiharish vaqtida ularning sekinlashuvi kuzatiladigan nafas aritmiyasi va yurak hisharishlari tempi o'zgarishlari nafasga bohlih bo'lmagan doimiy aritmiya farh hilinadi;

- sinus taxikardiyasida yurak hisharishlari tempi minutiga 100 martadan oshadi. U chinihhan odamlarda minutiga 190—200 martagacha, emotsional va jismoniy charchashda minutiga 100—150 martaga etishi mumkin;

- sinus bradikardiyasida yurak hisharishlari tempi 1 minutda 60 dan kam bo'lar ekan. U soglom odamlarda uyhu, husish vaqtida, miokard iifarkti bo'lgan bemorlarda va ba'zi bir infeksiyon kasalliklarda kuzatiladi.

Avtomatizm funktsiyasi buzilishlarishshg yuhorida aytib o'tilgan turli xil shakllari klinik namoyon bo'lmay, balki ho'shimcha tekshirishlar yo'li bilan (EKG va b.) aniqlanadi.

Yurak aritmiyasi ayrim shakllarining hishacha ta'rifi

Ma'lumki, yurak aritmiyalari yurak-tomirlar tizimining turli xil kasalliklarida va boshqa patologik holatlarda paydo bo'ladn; binobarin, aritmiyalar klinikasini bir butunicha jarayonning asosiy sababchisi klinikasi, yurak dekompensatsiyasi bilan birga ko'zdan kechirish zarur.

I. Ekstrasistoliya. U miokardit, miokard infarkti bo'lgan bemorlarda; mitral stenozda, o'chohli distrofiyalar, kardiosklerozda va boshqalarda eng ko'p kuzatiladi. Bo'lmacha, bo'lmacha-horincha (atrio-ventrikulyar) va horincha ekstrasistolasi, namoyon bo'lishiga ko'ra — aritmiya va alloritmiya farh hilinadi. Alloritmiya deganda muntazam takrorlanadigan aritmiya, xususan har bir ikkinchi zarbda ekstrasistola — bigeminiya, har bir uchinchi zarbda trigeminiya, har bir to'rtinchi zarbda kvadrigeminiya paydo bo'lishini tushunmoh kerak. Bundan tashhari, erta va kechikkan ekstrasistolalar fark hilinadi.

1. Sub'ektiv ma'lumotlar: shikoyatlar bo'lmaydi yoki bemorlar yurak sohasida yohimsiz sezgi, yurak urishi, uning notekis urishi, yurak to'xtab kolgandek sezgi paydo bo'lishi yoki nevroitik xarakterdagi shikoyatlar (bosh ohrishi, injiklik. uyhu yomonligi va b.), yohimsiz sezgilarni hayd hiladilar.

2. Ob'ektiv ma'lumotlar. Asosiy kasallik va uning asoratlarini belgilari. Puls aritmik, ekstrasistoliya tipida. Puls paypaslab ko'rilganda yurakning ekstrasistolik hisharishi aksariyat umuman aniklanmaydi, bu kichik zarb bilan otilishga bohlih. Yurak auskultatsiyasida I ton kuchayishi ehtimolligi buladi, aorta ustidagi II ton pasaygan yoki u yo'koladi. Arterial bosim har xil, aksariyat xolda gipotoniya kuzatiladi.

3. Ekstrasistoliya turiga ko'ra EKG ni tekshirish:

- bo'lma ekstrasistolalarida R tishcha o'zgarishi mumkin, QRS kompleksi esa normaga muvofih keladi;

- ekstrasistoliyaning atrioventrikulyar formasida — horincha kompleksi normal shaklda bo'ladi, R tishchasi manfiy, aksariyat xolda umuman aniklanmaydi. Bu QRS kompleksi bilan mos kelishi sababli yuz beradi;

- horincha ekstrasistolalarida kengayma (0,12 s dan ortih), QRS deformatsiyasi bo'ladi, R tishchasi bo'lmaydi. Kompleks o'zgarishi Giss dastasi oyohchasi blokadasidagi kabi EKG ma'lumotlarini eslatadi.

II. Paroksizmal taxikardiya. Paroksizmal taxikardiya (PT) — bu yurak ritmining 1 dakikada 130 martadan ortih, ba'zan 1 dakikada 220 martagacha to'satdan tezlashishi bo'lib, to'satdan boshlanishi va shunday tez to'xtashi bilan xarakterlanadi. PT boshlanishi bo'yicha supraventrikulyar (bo'lmacha va atrioventrikulyar) va horincha (yoki korincha usti va horincha) turlariga bo'linadi. Ekstrasistoliyada ahamiyati bo'lgan xolatlarni paroksizmal taxikardiya ham bevosita taalluhlidir. Biroq uning horincha formasi aksariyat yurakning ishemiya kasalligida, miokard infarktida, yurakning ohir kasalliklarida, yurakning glikozidlardan zaxarlanishlarida, miokarditlarda, yurak nuksonlarida, yurak kateterizatsiyasida va koronarografiyasida kuzatiladi.

1. Sub'ektiv ma'lumotlar. To'satdan yurakning ura boshlashi, ba'zan yurak sohasida stenokardiya tipi bo'yicha ogrihlar paydo bo'lishi, keskin behollik, ko'ngil aynishi, husish, bosh aylanishi bilan o'tadi; xuruj to'satdan mo'l peshob ajratish, ichak peristaltikasini kuchayishi, tana xaroratini oshishi bilan yakunlanadi.

2. Ob'ektiv ma'lumotlar. Asosiy kasallik klinikasi. Kamdan-kam hollarda paroksizmal taxikardiya sababi aniqlanmay holishini (yurakning funktsional kasalliklarida) hisobga olish lozim.

PT vaqtida umumiy ahvol ohir, teri hoptamlari rangpar, sovuk; ter bosadi, ko'rhuvi va shok, hushdan ketish va kollapsning boshqa belgilari kuzatiladi; yurak dekompensatsiyasi rivojlanishi yoki oshishi, o'pka shishi, tonlarning bo'hihligi va boshqa yurak patologiyalari fonida avj olib boradigan gipotoniya paydo bo'lishi istisno hilinmaydi.

3. EKG ni tekshirish. U paroksizmal taxikardiyaning turiga bo'liq:

— horincha usti paroksizmal taxikardiya uchun T tishcha bilan ko'shib ketadigan o'zgargan R tishcha xos, horincha komplekslari esa o'zgarishsiz holadi, Giss dastasi oyokchasi blokadasi paydo bo'lishi ehtimolligi buladi;

— horincha paroksizmal taxikardiya QRS kompleksi kengayishi va deformatsiyasi xos, bunda horincha kompleksi formasi horincha ekstrasistolalaridagi EKG ni eslatadi.

III. Titrok aritmiya. Titroh aritmiya (TA) bo'lmalar titrashi va haltirashi ko'rinishida kuzatiladi; horinchalar titrashi va haltirash. Titroh aritmiya quyidagi sabablardan paydo bo'ladi: yurakning organik xarakterda zararlanishi; infeksiyalar; intoksikatsiyalar; anesteziyalar; yurak glikozidlari dozasi oshib ketishi; kaliy tanhisligi; jismoniy va ahliy charchash; chekish, alkogolni suiiste'mol qilish; etiologiyasi noma'lum titroh aritmiyalar ham bo'ladi (titroh aritmiyaning alohida formasi).

1. Sub'ektiv ma'lumotlar. Turli-tuman va asosiy jarayonning kechishi va titroh aritmiya turiga bog'liq: yurak urishi, yurakning notekis urishi, bosh ohrihi, bosh aylanishi, yurak sohasida — to'sh orhasida hisadigan ohrihlar, nafas hisishi, o'ng hovurhalar ostida ohirlik his qilish, haltirash, ko'p terlash, poliuriya va b. Ayrim hollarda (bo'lmalarning uzoh davom hiladigan titroh xurujlari va horinchalarning haltirash xurujlari) to'satdan hushdan ketish, talvasalar, shok va boshqalar hayd hilinadi.

2. Ob'ektiv ma'lumotlar, Bemorlarning ahvoli odatda o'rtacha ohirlikda yoki ohir bo'ladi. Puls aritmik, titroh aritmiya tipida, minutiga 150—200 martagacha etishi mumkin (taxisistolik formasi) va normal (normosistolik formasi) yoki minutiga 60 zarbdan kam (bradiaritmik formasi), odatda to'lihligi va tarangligi huchsiz bo'lishi mumkin. Puls tanhisligi (yurak kisharishlari soni va puls chastotasi o'rtasida farh bo'lganda, yurak hisharishida hamma to'lhinlar ham bilak arteriyasiga etib bormaganda), arterial gipotoniya moyillik xos. Nisbiy yurak to'mtohligi chegarasi etiologiyaga binoan kengaygan, yurak tonlari bo'hihlashgan, bo'hih, o'pka arteriyasi ustida II ton aktsenti bo'ladi. Titroh aritmiya yurak dekompensatsiyasi paydo bo'lishiga yoki avj olishiga, tromb hosil bo'lishiga imkon berishi tufayli kichik va katta hon aylanish doiralari dimlanish belgilari ham kuzatilib, bizga ma'lum tromboembolik asoratlar vujudga keladi.

3. EKG ma'lumotlari: bo'lmalar titraganda bo'lma to'lhinlari soni minutiga 400—700 martagacha etishi mumkin, EKG da tishcha bo'lmaydi. Uning o'rniga butun diastolani katta-kichikligi va davomliligi turlicha bo'lgan uzluksiz birinn ketin keladigan to'lhinlar egallaydi. Sorincha

komplekslari xaotik (tartibsiz) joylashgan, ba'zan R—R intervallari juda keng chegaralarda kuzatiladi;

- bo'lmachalar haltiraganda — bo'lma tishchalari yuhoriga ko'tariladigan birmuncha tik va pastga tushadigan birmuncha hiya tizzasi bilan uzluksiz birin-ketin keladi. Ularning davomliligi odatda 0,18—0,20 s ga teng;

- horinchalar haltirashida — horincha kompleksi oxirgi hismi QRS keyingisining boshlanhich hismiga tushishi natijasida diastolik pauza bo'lmaydi, QRS kompleksini ham, uning oxirgi hismini ham aniq ajratishga muvaffah bo'linmaydi;

- horinchalar titrashida — horincha kompleksining o'ziga xos tasvirlari yo'holadi, shakli va davomliligi 0,04 s dan 0,14 s gacha o'zgarib turadigan to'lhinar paydo bo'ladi.

IV. Yurak blokadası. Yurak o'tkazuvchanligi funktsiyasi buzilishi natijasida paydo bo'ladi. Kasalliklar va patologik holatlardan tashhari (etiologiyasi va aritmiyaning boshqa turlariga harang) yurak blokadalari (to'lih blokadan tashhari) yuragida sezilarli zararlanish bo'lmagan shaxslarda (uchuvchilarda, kosmonavtlarda) uchraydi, bu vegetativ innervatsiya buzilishi bilan bohljh (A. V. Sumarokov, V. S. Moiseev, 1986).

Patologik zararlanish o'chohining joylashuviga ko'ra quyidagi blokadalar fark hilinadi: 1) sinoaurikulyar, 2) bo'lma ichi, 3) atrioventrikulyar, 4) horincha ichi. Bular o'z navbatida Gis dastasi oyokchasi blokadası, o'tkazuvchan sistema tarmohlari va oxirgi shoxobchalari blokadasiga bo'linadi. Bundan tashhari, atrioventrikulyar blokada ifodalanganligi bo'yicha uchta darajaga (I, II, III) bo'linadi. Bo'lmadan keladigap hamma impulslar horinchalarga odatdagidan kamroh tezlik bilan etib kelsa, atrioventrikulyar blokadaning I darajasi to'hrisida o'ylash kerak, II darajasida — bo'lmachaning ayrim impulslari horinchalarga etib bormaydi va bo'lmacha impulslaridan biri horinchalarga etib bormaganda bo'lma-horincha o'tkazuvchanligi buzilishining III (to'lih) darajasi hahida so'z yuritiladi.

1. Sub'ektiv ma'lumotlar: yurak blokadası turıxa ko'ra (noto'lih, to'lih) bosh ohrihi, bosh aylanishi, behollik, hulohda shovhin, yurakning siyrak urishi, yurak sohasida ohrih (ba'zan stenokardiya tipi bo'yicha) bo'lishi ehtimol. To'satdan hushdan ketish, sianoz, talvasalar, husish va boshqalar (Morgani—Adams—Stoks xurujlarida).

2. Ob'ektiv ma'lumotlar. Asosiy kasallik simptomlari va sindromlari (kardioskleroz, intoksikatsiya, miokarditlar va b.). To'hri yoki noto'hri ritmli bradikardiya kuzatiladi; gemodinamik xarakterdagi gipertoniya (hamma vaqt emas), «zambaraksimom» yurak ritmlari, yurak etishmovchiligi manzarasi va b.

EKG ma'lumotlari:

- birinchi darajali bo'lma-horincha blokadası 16 dan 50 yoshgacha bo'lgan amaliy jihatdan sohlom uchuvchilar sostavining 0,5 foizida topiladi. Simptomsiz kechadi. EKG da — PQ intervalining 0,21 s dan ko'proh uzayishi; ba'zan R tishchalari bundan oldingi kompleksning T tishchasi bilan ho'shilib ketadi;

- noto'lih atrioventrikulyar blokada (blokadaning II darajasi). Bu formasida bo'lma impulslarining hammasi ham horinchalarga o'tavermaydi. ayrim horincha hisharishlari tushib holadi. Sohlom kishilarda kamdan-kam uchraydi (amalda sohlom 67000 erkakdan 3 nafarida). Noto'lih blokada (Venkebax yoki Mobits tipidagi) izchillik bilan o'tadigan yurak sikllarida RQ intervali uzayishi hayd hilinadi va keyingi siklda bo'lmacha impulsi horinchalarga o'tmay holadi (ularning nisbatlari 5:4, 4:3, 3:2). Alohida R tishcha hayd hilinadi, shundan keyin RQ intervali to'lih normallashuvigacha kamayadi. Venkebax II darajali blokadası RQ intervali oldindan o'zgarmay, horinchalarga aurikulyar impuls o'tishi muntazam yo'holishi bilan o'tadi;

— to'lih atrioventrikulyar blokada (III darajali blokada), bunda bo'lma impulslari chastotasi, odatda, etarli darajada yuhori, horinchalarning esa — 25—30—50, siyrakroh va kamroh bo'ladi. Bo'lma va horincha komplekslari bir-biriga bohlih bo'lmagan holda to'hri ritmda keladi. Agar o'tkazuvchanlik buzilishi Giss dastasi tarmohlangan joydan yuhorida paydo bo'lganda EKG da horincha kompleksi shakli o'zgarmagan bo'ladi. Blokadaning Sh darajasida Morgani—Adams—

Stoks xurujlari paydo bo'lishi aynihisa xavfli, bunda prognoz keskin yomonlashadi va talvasalar, puls yo'holishi, arterial bosim (asistoliya natijasida), ritmning asta-sekin tiklanishi bilan o'tadi. Bunday bemorlar mehnatga layokatsiz, hon aylanishi etishmovchiligi avjiga chihib boradi, tromboembolik asoratlar paydo bo'lishi uchun optimal sharoitlar vujudga keladi.

Korincha ichi o'tkazuvchanligi buzilishlariga bo'lma-horincha dastasi oyohchalarining blokadasida va shu dasta mayda tarmohlarining blokadasida kiradi. Aytib o'tilgan formalari aksariyat yurakning ishemiya kasalligida, miokarditlar, kardiomiopatiyalar, endokardit, o'pka-yurak kabilarda kuzatiladi.

EKG da QRS kompleksi kengaygan. Chap oyohcha blokadasida R kompleksining eng katta tishchasi I usulda yuhoriga yo'nalgan. S—T segmenti pastga siljigan. T tishcha kengaygan va manfiy. O'ng oyohcha blokadasida QRS kompleksining eng katta tishchasi I usulda pastga yo'nalgan, R tishcha kichik, S tishcha enlik, yassilashgan va tishchali, T tishcha musbat.

Giss dastasi periferik tarmohlarining blokadalari uchun hamma usullarda tishchalar voltajining kichikligi xos. Kompleks kengaygan va tishchali. T tishcha kichraygan, tekislashgan yoki manfiy. Diagnostikasi.

To'hri diagnostikaga bemor shikoyatlarini, mazkur kasallik anamnezini, ob'ektiv ma'lumotlar va ho'shimcha tekshirish natijalari hunt bilan taxlil qilish yo'li bilan erishiladi. Asosiy mahsad: asosiy jarayon (kasallik) ni, uning joylashuvini va kechish xarakterini aniqlash; aritmiyalarning klinik formalari (turlarini) aniqlashdan iborat. Yurak aritmiyalari, asosan a'zolar va tizimlar (avvalo yurak) ning organik kasalliklari, birmuncha kamroh — funktsional holatlar ohibati natijasida paydo bo'ladi. Shuningdek aritmiyalarning ayrim turlari (sinus aritmiyasi, bradikardiya va taxikardiya; ekstrasistoliya; blokadalar va b.) klinik jihatdan yuzaga chihmasligi, ya'ni bemorlarning shikoyatlar hilmasliklari ham ma'lum. Bularning jamini kunt bilan ho'shimcha tekshiruv o'tkazish zarurligi, binobarin, bemorni tekshirish rejasini tuzishda yondoshish zarurligini takozo hiladi. Tekshirish rejasiga: hamma hollarda EKG (yurak-tomirlar sistemasi holatini birmuncha chuhur o'rganish uchun ko'rsatmalar bo'lganda fonokardiogramma, exokardiografik tekshirish), umumiy klinik, bioximiyaviy (ohsil spektri, protrombin, xolesterin, fermentlar — ALT va AsT va boshqalar, hon ivuvchanligi va b.), immunologik (ASG, ASL-O, S-reaktiv protein, DFA, T- va limfotsitlar) va etiologik omilni (yurakning ishemiya kasalligi, miokard infarkti, miokardit, revmokardit, endokardit, yurak poroklari, endokrin buzilishlar) diagnostika qilish uchun boshqa ko'pgina tekshiruvlar kiritiladi. Asosiy kasallikni aniqlashga o'ylab, jiddiy yondoshish lozim. Buning boisi shundaki, aritmiyalarning takdiri, ularning kechishi ko'p jihatdan asosiy jarayonning kechishiga, sabab bo'lgan omilni davolashga nechohlik ilmiy jihatdan asoslanib yondoshishga bohlih.

Davolash.

Yurak aritmiyasiga davo qilish asosiy jarayonning kechishi, xarakteri va ohir-engilligini va klinik formalari — aritmiyalar turini va boshqalarni hisobga olib o'tkaziladi. Kasalxonaga yotkizish ko'rsatmalar bo'yicha yurak dekompensatsiyasini hisobga olib, parhez rejimi (10-yoki 15-stol), o'rinda yotish, suv rejimi (suyuhliklar, tuz, ohsilga, mikroelementlarga boy ovhat va b.) ga rioya qilish.

Aritmiyalarni yurak turli funktsiyalarining buzilishlariga ko'ra davolash:

I. Ekstrasistoliya: sababiga ko'ra davolash, har kimning o'ziga xos yondoshish, sedativ preparatlar (seduksen), chekishdan, kofe, ichkilik ichishdan voz kechish. Antiaritmik preparatlar ho'llanishga katta o'rin beriladi;

— horincha usti ekstrasistoliyalarida sutkasiga 120 mg dan verapamil (izoptin), sutkasiga 20—240 mg dan propranolol, kuniga 2—3 marta 0,2 g dan kordaron tavsiya hilinadi. Novokainamid (0,25 g dan 2—4 marta), ritmodan (0,1 g dan 3 marta) kamroh ho'llaniladi;

— horincha formasida — meksitil (0,2 g dan 3 marta), etmozin (200 mg dan 3 marta).

Shoshilinch yordam ko'rsatish uchun — 5—10 ml dan 10% li novokainamid eritmasi mushak orasiga yoki hutblaydigan aralashma: 200—300 ml 10% li glyukoza eritmasi, 2—4g kaliy xlorid, 8—20 TB insulin yuborish.

II. Paroksizmal taxikardiya:

— paroksizmal taxikardiyaning horincha usti formasida karotid sinusni massaj qilish, ko'z sohhalarini bosish, husish refleksii ho'zgatish ba'zan yordam beradi. Dori-darmonlardan ichishga verapamil (sutkasiga 120 mg), propranolol 1 mg dan, jami 3—5 mg propranol, digoksin yoki strofantin (0,25—0,5 mg);

— paroksizmal taxikardiyaning horincha formasida lidokain, aymolin (2 ml 2,5% li eritmasi izotonik eritmasi venaga), novokainamid; naf bermaganda elektr impuls terapiyadan foydalaniladi. Paroksizmal taxikardiya xuruji gipotoniya fonida bo'lsa — noradrenalin (2—4 ml 0,2% li eritmasi 500 ml 5% lp glyukoza eritmasida tomchilab venaga yuboriladi). Takroran paroksizmal taxikardiya xurujining oldini olish uchun — mikstil 0,2 g 3 marta yoki inderal 10—40 mg dan 3—4 marta; shuningdek kordaron, izoptin. Sedativ vositalar (elenium, valeriana, seduksen) keng ho'llaniladi.

3. Titroh aritmiya: taxisistoliya bilan titrok aritmiya xurujini bosish uchun 5—10 ml 10% li novokainamid eritmasinn venaga, 2 ml 2,5% li izotonik eritmadagi aymalin eritmasini venaga yuborish tavsiya etiladi: 10 ml 10% li kalpy xlorid eritmasi yoki hutblaydigan eritmani tomchilatib yuborish. Shuningdek venaga digoksin, ichishga yoki venaga inderal tavsiya hilinadi. Naf bo'lmaganda — maxsus apparat — defibrillyator yordamida elektr impuls terapiya. Xuruj to'xtatilgandan keyin aritmiyaga harshi kuvvatlab turadigan terapiya (ichishga 10—20 mg dan kuniga 3 marta inderal 0,2 g dan 2—3 marta xinidin bisulfat bilan birga; xinidin o'rniga 0,25 g dan kuniga 3 marta 10 kun delagil, keyinroh kuniga 0,25 g yoki 0,1 g dan kuniga 4 marta ritmodan ho'llanish mumkin (A. V. Sumarokov, V. S. Moiseev, 1986). Titroh aritmiyani davolashda dori vositalaridan eng ta'sirchani xinidin. Bir martalik dozasi 0,2 g. Birinchi kuni sinov dozasi (0,2 g) beriladi. Bemor dorini yaxshi ko'targanda davolashni boshichma-boshich oshib boradigan sutkalik dozalarda (masalan, 0,6—0,8—1,0—1,2—1,4 g) davom ettirish kerak. Sutkalik dozani 2—27g soatlik tanaffuslar bilan kun mobaynida bo'lib-bo'lib berish lozim. Korinchalar haltiraganda

va titraganda shoshilinch reanimatsion tadbirlar ko'rish talab etiladi (yurakning yopih massaji, o'pkaning sun'iy apparat bilan ventilyatsiyasi, elektr defibrillyatsiya va b.).

4. Yurak blokadasi. Davolash blokadaning ifodalanish darajasiga ko'ra olib boriladi:

I—II darajali atrioventrikulyar blokadada asosiy kasallikni davolash, sedativ va simptomatik terapiya. Kuyidagilar keng ho'llaniladi: atropin 1—2 ml dan 0,1% li eritmasi teri ostiga, platifillin — 1—2 ml dan 0,2% li eritmasi teri ostiga; naf bermaganda — izadrin venaga tomchilab, ko'rsatmalar bo'lganda — kortikosteroidlar va b.;

- to'liq atrioventrikulyar blokada (blokadaning III darajasi), aynihsa Morgani—Adams—Stoks xuruji hollarida shoshilinch choralar ko'rish: izadrin, izoprenalin 5—20 ml dan sutkasiga 4—8 marta; alupent 20 mg dan kuniga 4—6 marta; atropin — 1—2 mg dan venaga; yurakning bilvosita massaji; o'pkaning sun'iy ventilyatsiyasi, so'ngra 0,5 ml 0,1% li adrenal eritmasi venaga, keyin tomchilab, Morgani—Adams—Stoks xurujlari tez-tez bo'lib turganda yurakni sun'iy haydovchi yordamida doimiy elektr stimulyatsiyasi;

- korincha ichi o'tkazuvchanligi buzilganda: izuprel 0,005—0,01 g dan sublingval har 2—4 soatda, eufillin 0,15 g dan kuniga 3 marta va boshqa antiritmik vositalar. Bunda asosiy jarayon hisobga olinishi kerak, albatta.

Kechishi, natijasi va prognozi.

Ular bir necha omillarga:

— asosiy kasallik kechishiga va xarakteriga, uni ta'sirchan davolashga;

— yurak aritmiyalari kechishi va turiga, yurak turli funktsiyalarining buzilish darajasiga; - davo tadbirlarining ta'sirchanligiga, asoslab berilganiga bohli; - ko'p hollarda kechishi va prognozi

yaxshi (ekstrasistoliya, paroksizmal taxikardiya, titroh aritmiya ayrim formalari va I va II darajali blokada, biroh horincha ekstrasistolalarida, paroksizmal taxikardiya, titroh aritmiyaning tez-tez bo'ladigan xurujlarida, shuningdek to'liq ko'ndalang blokadada prognoz yomonlashadi).

Profilaktikasi:

Sabab bo'lgan omillar rivojlanishining oldini olish va ular avj olishiga harshi choralar ko'rish. Aritmiya turli formalari avj olishining oldini olish. Yurak dekompensatsiyasi paydo bo'lishi, ohirlashuvining oldini olish; shu mahsadda bemorlar asosiy kasallik bo'yicha dispanserlanadi va doimiy kuzatib boriladi.

REVMATIZM

Xozirgi vaktida revmatizmni biriktiruvchi tukimaning – asosan yurak tomirlar sistemasining sistem yalliglanib zararlanishi bilan utadigan infeksiyon-allergik kasallik sifatida kuzdan kechiriladi. Asosan xronik, kaytalanib kechadi, kasallanish asosan bolalaik yoshda kup buladi, biroq kasallik yosh ulgayganda xam uchrab turadi.

Etiologiyasi. Revmatizm rivojlantirishida kuyidagilar muxim axamiyatga ega:

- infeksiya, allergiya (infeksiyon – allergik nazariya);
- streptokokk infeksiyasi (A guruxidagi β -gemolitik streptokokk, shu masalani isbotlaydigan dalillar);
- irsiy-konstitutsional (tabiiy va streptokokka karshi immunitet pasayishi, streptokokka suzuvchanlik);
- moyil kiladigan omillar (tashki muxit omillari, sovkotish, charchash va b.);
- uchokli infeksiyalar (tez-tez angina, xronik tonzillit, tish kariesi, sinusitlar va boshkalari bulib turishi);
- kasb-kor, turar joy sharoitlari, jins, yosh, epidemiologik sharoitlar.

Revmatizm patogenezi birmuncha murakkab. Streptokokk uchta asosiy yunalishda ta'sir kursatib, kuyidagilarga sabab buladi:

- adaptatsion sistemalarni toksik-reflektor zararlantiradi;
- biriktiruvchi tukimani toksik zararlantiradi;
- retikulo – endotelial sistema va endokardga spetsifik antigen ta'sir kursatadi.

Xozirgina aytib utilganlar kuyidagi xolatlarga olib keladi:

- immunologik, tukima va tomir reaktivligi kayta kurulishiga, biriktiruvchi tukimaning sistem zararlanib, infeksiyon-allergik yalliglanish jarayoni paydo bulishiga, spetsifik antitelolar xosil bulishiga, sekinlashgan tipdagi allergik reaksiya shakllanishiga;
- autoanigenlar va autoantitelolar xosil bulishiga, autoimmun agressiya xosil bulishiga;
- biriktiruvchi tukimaning turt boskichidan yoki fazalardan iborat tegishli potomorfologik uzgarishlariga: I – mukoid bukish; II – asosiy moddaning fibrinoid aynishi va nekrozi; III – Ashoff – Talalaev granulemasi xosil bulishi; IV – skleroz – biriktiruvchi tukimaning usib kalinlashuvi.

Revmatizm klinik kurinishlarining yuzaga chikkanlik darajasi kasallik fazasiga (aktiv, aktivmas), jarayonning aktivlik darajasiga, yurak poroklari borligiga, kon aylanishi buzilishi boskichiga va boshkalarga aloqador buladi.

Sub'ektiv ma'lumotlar. Shikoyatlari:

- nafas kisish: xarakteri (nafas olish, nafas chikarish kiyinlashgan, aralash), kaday xollarda (tinch turganda, jismoniy xarakat bilan boglik, tez yurishda, bugilish sezgisi va b.). Bularning xammasi miokardning zararlanish darajasiga, yurak poroklari borligiga, kon aylanishi buzilishi darajasiga, xar xil asoratlar yoki organizmning boshka organlari va sistemalari zararlanishiga boglik;

- yurak urushi: doimiy yoki jismoniy xarakat, xis-xayajon, emotsiya bilan boglik. Yurak urishi patogenezi (yurak patologiyasi, serebral, endokrin buzilishlar va b.).

- soxasida ogrik: ogriklar xarakteri, davomliliigi, tarkalish. Ogrik sindromining differentsial diagnostikasi (kovurgalararo nevralligiya, plevral katlamlanishlar, ateroskleroz, stenokardiya, miokard infarkti, vaskulit va b.);

- bugimlardagi ogriklar: ogrikarning xarakteri, joylashuvi, shishib chikish, kizarish, temperatkra, ogrikarning kuchib yurishi, xarakat chetlanishi;

- teri koplamlari va kurinib turadigan shillik pardalarning uzgarishi (revmatik tugunlar, eritemalar va x.k.);

- tana temperaturasi: temperatura egri chizigi xarakteri:

- burun konashiga, korindagi ogrikka, terlashga, ish kobiliyati pasayishiga, darmonsizlik, serjaxllikka va boshkalarga umumiy shikoyatlar;

- yurak etishmovchiligiga, bugilishga, yaxshi uxlay olmaslikka, yutalga, kon tuflashga, ung kovurgalar ostida ogrikka, badanga shish kelishga, diurez buzilishiga va boshkalarga (yurak etishmovchiligi rivojlanganda) shikoyatlar.

- revmatizmning yurakdan tashkari kurinishlariga xos shikoyatlar.

Kursatib utilgan sub'ektiv ma'lumotlarning patogenezi va patofiziologik asoslari, asosiy jarayonni aniklashda, umuman diagnostikada ularning axamiyati.

II. Sub'ektiv ma'lumotlar analizi (mazkur kasallik anamnezi – uchokli infektsiya, sovkotish, shamollash bilan alokasi, kasallikning boshlanishi va kechishi va b.; xayot anamnezi – turmush, mexnat sharoitlari, boshdan kechirilgan kasalliklar va b.; bemor shikoyatlari).

III. Ob'ektiv ma'lumotlar.

1. Kuzdan kechirish: bemorning urindagi vaziyati (aktiv, biroq poliartritlar bulganda va yurak etishmovchiligi rivojlanganda majburiy), nafas kisishi, bemorning kurinishi, rangparlik yoki akrotsianoza, petexiyalar, revmatik tugunlar, eritema, shishlar borligi.

2. Bugim sindromi: shishinkirash, kizillik, temperaturaning maxalliy kutarilishi, palpatsiya kilganda ogrik, funktsional buzilishlar, deformatsiyalar, zararlanishlarning simmetrikligi va kuchib yurishi, davolanishga tez moyil buladi.

3. Yurak zararlanishi: yurak uchi turtkisining, yurak chegaralarining uzgarishi, yurakning biror porogiga xos «mushuk xurillashi» sistolik va diastolik shovkin va boshka ma'lumotlar. Puls, arterial bosim uzgarishi, aritmiya borligi, perikard ishkalanishi shovkini (kasallik fazasiga va yurak klapan apparati tomonidan buladigan asoratlar borligiga boglik).

4. Revmatizmning yurakdan tashkari kurinishlari:

— upka zararlanishi — revmatik pnevmoniya, kuruk yoki ekssudatli plevrit, upka infarkti, dimlanish bronxiti, upka arteriyalari sklerozi;

— seroz pardalar (perikardit, peritonit, plevrit, meningit va x.k.), me'da-ichak yullari, kon yaratilish sistemasi (anemiya, leykotsitoz, neytrofilez, SOE oshishi, bioximiyaviy va immunologik uzgarishlar) zararlanishi;

— jigar zararlanishi — uning kattalashuvi, ogrishi, turli funktsiyalarining buzilishi va revmatik gepatitdan dalolat beradigan boshka ma'lumotlar;

— buyrak zararlanishi — proteinuriya, mikro-makrogematuriya, silindruriya va uchokli yoki diffuz glomerulonefrit, buyraklar infarktining boshka belgilari;

— nerv sistemasi zararlanishi — xoreya, meningit, entsefalit, serjaxllik, uyku buzilishi, psixik buzilishlar, vaskulitlar, tomirlar trombozlari;

— endokrin sistema zararlanishi: kalkonsimon bez zararlanishi — gipotireoz; buyrak usti bezlari zararlanishi — gipotoniya, adinamiya, gipogenitalizm, infantilizm xodisalari; me'da osti: bezi insulyar apparati patologiyasi.

VI. Laboratoriya va boshka maxsus tekshirish metodlari ma'lumotlari.

— kon umumiy analizi — SOE oshishi, neytrofilez, leykotsitoz, eozinofiliya, gemoglobin va eritrotsitlar mikdorining kamayishi;

— bioximiyaviy va immunologik tekshirishlar — disproteinemiya (albuminlar darajasi kamayishi, alfa- va gamma-globulinlar mikdori oshishi), S-reaktiv oksil paydo bulishi, chukma sinamalari (musbat), giperfibrinogenemiya, mukoproteinlar, glyukoproteinlar, difenilamin, antigialuronidaza, antistreptolizin-0, antifibrinolizin, geparinni chuktiruvchi fraktsiya, sial kislotalar, seromukoidlar, tirozin mikdori oshishi, antikardial antitelolar va limfotsitlar blast transformatsiyasi paydo bulishi;

— umumiy siydik analizi — solishtirma ogirligi, siydik sindromi;

— EKG ma'lumotlari — taxikardiya va atrioventrikulyar utkazuvchanlikning buzilishi, RQ intervali kengayishi, titrok aritmiya, ekstrasistoliya, T tishchening yassilanishi va manfiyligi;

— FKG ma'lumotlari — tonlar, aynksa I ton sustlashishi, sistolik va diastolik shovkin, aktsentlar borligi va ularning dinamikasi (yurakning zararlanganlik darajasiga va yurak poroklari borligiga boglik);

— rentgenologik tekshirish ma'lumotlari — yurak kattalashuvi, miokard kiskarish kobilyatining pasayishi, pulsatsiya, upka tasviri kuchayishi (yurakning zararlanganlik darajasiga boglik.);

— kapillyarlar utkazuvchanligining oshishi (musbat Nesterov, sinamasi), kapillyaroskopiya va retipofotografiya ma'lumotlari.

Davolash. Umumiy plani: statsionar, sanatoriy-kurort va dispanser boskichlari.

Statsionarda davolash:

I. Etiologik davolash: infektsiya uchoklarini yukotish, asosiy infektsiya — kasallik kuzgatuvchisiga karshi kurash.

II. Patogenetik terapiya — desensibilizatsiya kiladigan va yalliglanishga karshi preparatlar kullanish:

1) salitsilat kislota unumlari (atsetilsalitsilat kislota, salitsilamid, kversalin);

2) pirozolon katori unumlari (amidopirin, analgin, butadion, reopirin, pirabutol va b.);

3) xar xil ximiyaviy guruxlardagi nosteroid, yalliglanishga karshi preparatlar (indometatsin, mefanamat kislota, brufen);

4) glyukokortikosteroid preparatlar (prednizolon, triamtsnnolon, kortizon, deksametazon va b.) k.uyidagi kasalliklarda ishlatiladi:

— aktivligi maksimal (III) darajadagi revmatizm, ayniksa birlamchi revmokatitda;

— kon aylanishi buzilishi ogir boskichdagi kaytalama revmokatitda;

— ifodalangan kardit (pankarditda) da, poliserozit, pnevmoniya kabilarda;

— jarayon davomli, uzluksiz-kaytalanib kechganda va odatdagi antirevmatik preparatlar bilan davolash naf bermaganda;

— autoinfektsiyani bartaraf etish va yalliglanish (aksariyat) tabiatidagi ikkilamchi kasalliklar kushilishiga yul kuymaslik maksadida parallel ravishda antibiotiklar tayinlanadi;

— gormonal preparatlar fakat statsionar sharoitlarida tayinlanadi;

5) xinolin unumlari — delagil, rezoxin, xloroxin, immun depressantlar, antilimfotsitar zardoblar. Geparin, lagoxilus kullanish.

III. Simptomatik, umuman mustaxkamlaydigan davolash vositalari, umumiy gigienik tadbirlar sistemasi. Ogrik koldiradigan yurak dorilari, siydik xaydovchi dorilar, antikoagulyantlar (kursatmalar buyicha), askorbinat kislota, V gramma vitaminlari, anabolik gormonlar, gemotransfuziya va asosiy jarayonga tortilgap ayrim organlar va sistemalar funktsiyasini yaxshilashga karatilgan boshka davolash tadbirlari.

Sanatoriy-kurortda davolash:

— bemorlarni sanatoriy-kurortlarda davolashga kursatmalar va monelik kiladigan dollar, yil fasllari, kasallik fazalari;

— kurort omillari, bemorlarning yashash joylaridagi kurortlar;

— asosiy kurortlar (Kislovodsk, Belokurixa, Sochi, Sxaltubo, Matsesta, Krimning Janubiy soxili) kon aylanishi buzilishlari borligiga va boskichiga kura.

Profilaktikasi. Revmatizm mos tadbirlardan foydalanilgan takdira profilaktikasi ta'sirchan kasalliklar guruxiga kiritiladi. Uni profilaktika kilishning ikki turi tafovut kilinadi:

— birlamchi profilaktika — revmatizmning oldini olish — bu revmatizm rivojlaiishining oldini olishga (yul kuymaslikka) yunaltirilgan tadbirlar; sotsial-sog'lomlashtiradigan tadbirlar, axolining sanitariya-gigienik madaniyati saviyasini oshirish, individual profilaktika choralari — uchokli (streptokokkli) infektsiyalarni sanatsiya kilish va x.k.

— ikkilamchi profilaktika — revmatizm kaytalanishining oldini olish, optimal utkazish muddatlari — baxor va kuzda, medikamentoz va yil buyi profilaktika kilish (bitsillin bilan);

— revmatizm va yurak etishmovchiligi kaytalanishini profilaktika kilish uchun ayrim gruppalardagi bemorlarni planli regospitalizatsiya kilishning axamiyati (kasallikning yomon kechishi, yurak dekompensatsiyasi).

V. Ovkat xazm kilish a'zolari tizimi kasalliklari bilan kasallangan bemorlarni tekshirish usullari

5.1. Ovkat xazm kilish a'zolar tizimi xastaliklarida bemorni surab-surishtirish (interrogatio)

Ovkat xazm kilish sistemasi kasalliklari bilan kasallangan bemorlarni shikoyati patologik jarayonda xazm kilish tarkibining kaysi kismida joylashishiga karab turlicha buladi.

Ogiz bushligida maxalliy yalliglanish yoki tishlar kariesi natijasida kelib chikadigan ogriklar stomatologiya xirurgiya soxasiga taallukli bulib xisoblanadi.

Stamatitlar (ogiz bushligi shillik kavatining yalliglanishi) - maxalliy sabablar yoki umumiy kasalliklarning bir kurinishi sifatida yuzaga kelishi mumkin.

Stamatitlar ogiz bushligidagi ogriklar bilan birga kuzatiladi. Ogriklar asosan tilda va milklarda bulib, utkir va tuzli ovkatlar iste'mol kilganda bu ogriklar kuchayadi.

Tilning achib ogrishini yomon sifatli anemiyaning simptomlaridan biri bulishi mumkin. (Addison- Birmer kasalligi). ogizda achchik va yokimsiz ta'm bulishi gastritlarda va ayniksa jigar, ut yullari kasalliklarida kuzatiladi.

Xaddan tashkari ogiz kurishi kandli diabetda kuzatiladi. Kizilungach kasalliklariga xarakterli bulgan shikoyatlarga: disfagiya, kilungach buylab ogrik, kusish, zarda kaynashi va kon ketishlar kiradi.

Disfagiya — bu kabul kilingan ovkat maxsulotlarini kiyin yutish yoki tula yuta olmaslik bulib xisoblanadi. Disfagiya kizilungach rakida, yot jism yutganda, kizilungach ishkor yoki kislotalar ta'sirida kuygandan keyin chandik xosil bulishi, shu bilan birga aorta anevrizmasi yoki kuks orti usmasi, bilan kisilganda va divertikul xastaligida yuzaga kelishi mumkin.

Kizilungachdan kon ketishi jigar sirrozida kengaygan varikoz venalar yorilishi natijasida ruy beradi.

Oshkozondan kasalliklarida asosiy shikoyatlar epigastral soxada ogrik, kungil aynishi, kusish, ishtaxa pasayishi, kekirish, zarda kaynashi xisoblanadi. Oshkozondan soxasida ogrik bulganda nafakat uni lokalizatsiyasining, balki uni (irradiatsiyasi, xarakteri va kanday sharoitdan keyin yuzaga kelishini (ovkatlanish vakti, ovkat xarakteri va xokazo) aniklash kerak. Shu bilan birga ogrik nimadan keyin pasayishi va yukolishiga ahamiyat berish kerak. Kusish - tez-tez uchraydigan shikoyatlardan biri bulib, oshkozondan turli kasalliklarida kuzatilishi mumkin (utkir va surunkali gastritlar, yara kasalliklari, piloroduodenal stenoz, oshkozondan raki va boshkalar).

Bemorning surab – surishtirganda, kusish simptomi oshkozonga boglik bulmagan xolda boshka kasalliklarda xam kuzatilishi mumkinligini nazarda tutmok kerak. Masalan: bosh miya usmalarida, meningitda, uremiya, xoletsistit, peritonit va boshka kasalliklarda xam uchratish mumkin. Shu bilan birga ayrim dori preparatlari kabul kilganda (digitalis va b) va oshkozondan shillik kavatiga ba'zi ximiyaviy vositalarning ta'siri (sulema, mo'shyak va b) natijasida xam kusish kuzatilishi mumkin buladi.

Utkir gastritda ovkat egandan sung kusish kuzata boshlanadi: oshkozondan atoniyasi, gipersekretsiyasida esa kusish ovkatdan keyin 3-4 soat utgach boshlanadi.

Oshkozondan chikish kismi stenozida naxorda kusish xarakterli bulib, kusuk massasida ovkat koldiklari saklanadi. Kusuk massa 3-4 l mikdorda buladi. va «palagda tuxum» xidiga uxshash xidga ega buladi. Ba'zan kuchli kusishga oshkozondan shillik kavatidagi mayda tomirlar zararlanadi va buning natijasida kusuk massalarida kon tomchilari aniklanadi.

Oshkozonda kup mikdorda kon ketishi jiddiy simptomlar xisoblanib, oshkozondan rakida va yara kasalligida yirik tomir zararlanishi natijasida yuzaga keladi. B'zan kon ketishda oshkozondan shillik kavati kuyishi, gemorragik diatez, portal gipertoniyada oshkozondan venalarining varikoz kengayishi xam sabab bulishi mumkin ekan. Bunday xollarda kusuk massasidagi kon ochik kizil rangda buladi. Agar kusuk kon ketishdan keyin ma'lum vakt utgach yuzaga kelsa, bu vakt ichida kon oshkozondan saklanmasi bilan kushilishga ulguradi va buning natijasida kusuk massa kofe kuyikasi rangida buladi. Bu kupincha oshkozondan rakida kuzatiladi.

Kusishdan oldin bemorda kungil aynish xissi paydo buladi. Bu simptom oshkozondan kasalligi bilan boglik bulmasligi xam mumkin. Bu simptom gipertonikk krizlarda, buyrak kasalliklari va boshka kasalliklarda xam uchraydi.

Oshkozonda bijgish jarayonining kuchayishi natijasida bemorda xavo yoki ovkat kushmasi bilan kekirish kuzatiladi. Nevroz bilan kasallangan bemorlarda uzok masofadan eshitiluvchi, bolalarda ovozli xavo bilan kekirish kuzatiladi. Bu simptom «aerofagiya» deyiladi. Bundan tashkari achchik yog xidiga uxshash kekirish uchraydi. Bunday kekirish bijgish jarayonida organik kislatalar (yog, sut, kislata va boshkalar) xosil bulganda yuzaga keladi. Ba'zida bemorlar zarda kaynashidan shikoyat kilishadi. Bu kupincha oshkozondan saklanmagan kislatalikning oshishi natijasida yuzaga keladi, lekin kislatalik normal bulganda va xatto past bulganda xam zarda kaynashi kuzatilishi mumkin. Zarda kaynashining yuzaga kelish sababi- kardial sfinkter etishmovchiligi natijasida oshkozondan saklanmasining kizilungachga kaytib utishidir.

Surab- surishtirishda bemorning ishtaxasiga xam etibor berish kerak. Oshkozonda kislatalik muxiti past bulganda, anemiyada ishtaxa pasaygan buladi, aksincha yukori kislatalik muxiti bilan kechadigan oshkozondan kasalliklarida ishtaxa yukori buladi. Birok shuni inobatga olish kerakki, kislatalik muxitning oshib ketishi bilan kechuvchi oshkozondan yara kasalliklarida bemorning ishtaxasi yukori bulishiga karamay, ogrik xurujidan kurkib ovkat eyishdan

uzlarini tiyishadi. Ba'zi bemorlarda xaddan tashkari yukori ishtaxa ya'ni, bulimiya (voechiy appetit) kuzatiladi.

Ishtaxaning umuman yukolishi (anoreksiya) va ayniksa gushtli ovkatlardan aynib kolish oshkozon rakiga xarakterli buladi. Ishtaxa yukolishi bilan birga ozib ketishdan shikoyat kilinadi. Ichak kasalliklarida bemorning asosiy shikoyati bemorning ichaklar buylab ogrik xissi, metiorizm, ich ketishi kabziyat va bazan ichakdan kon ketishi mumkin. Ichakdagi ogriklar ichak muskullarining spazmi natijasida yuzaga kelib kupincha ingichka ichak (enterit) va yugon ichak (kolit) yalliglanishi protseslarida kuzatiladi. Spastik ogriklar shuningdek, mo`shyak, miss kabi ximiyaviy moddalar bilan zaxarlanganda kelib chikishi mumkin. Ayniksa miss bilan surunkali zaxarlanganda ogrik sanchiksimon xarakterda buladi (sivintsovaya kolika polika)

Shuningdek ogriklar ich utmasligi sababli ichaklarning keskin kengayishi yoki kup mikdorda gaz tuplanishi natijasida yuzaga kelishi mumkin.

Ichaklarda ogrik kuzatilganda, uning kanalizatsiyasini aniklash muxim xisoblanadi. Ogrik chap yonbosh soxada bulsa, sigmasimon ichak kasalliklaridan , aksincha unig yonbosh soxada ogrik bulsa , kur ichak kasalliklari, appenditsitdan darak beradi. Korinning urta soxasidagi ogriklar ingichka ichak kasalliklarida kuzatiladi. Defekatsiya aktida ostida yuzaga keladigan ogriklar tugri ichak kasalliklarida (gemorroy, anal teshigi yorigida, sigmasimon va tugri ichak usmasida) kuzatilib, axlatda kon ketishi bilan birga kechadi.

Agar kon ketish ichaklarning yukori kismidan bulsa, bu un ikki barmokli ichak yara kasalligiga xarakterli buladi va bunda axlat kora rangda buladi.

Ichakdan kon ketishi boshka kasalliklarda xam sodir bulishi mumkin. Masalan kopilyarotoksikozda , Verlgof kasalligida, mezenterial tomir trombozlarida. Ma'lum mikdorda kon yukotishda , bemorda teri koplamlari okarishi, umumiy xolsizlik, bosh aylanishi, sovuk ter bosishi kuzatiladi. Ichaklarda bijgish va chirish jarayonlarining kuchayishi natijasida korin dam bulishi (meteorizm) va ogriklar paydo buladi.

5.2. Hazm a'zolarini umumiy kuzdan kechirish.

Xazm a'zolari kasalliklari bilan kasallangan bemorlarni kuzdan kechirish umumiy sxema buyicha olib boriladi. Oshkozon –ichak traktidan kup mikdorda kon ketishida yoki yomon sifatli usmalar bulganda, teri va shillik kavatlar rangpar buladi. Usmaning jigar va memora tugunlariga metastaz berganida teri rangi sargish rangda buladi.

Oshkozon – ichak saratonida bemorda xaddan tashkari ozib ketish kuzatiladi. Bunda tanada asosan oyoklarda distrofik siniklar yuzaga keladi. Oshkozon saratoning chukurlashgan protsessida m.sternocleidomastoideus oyokchalari orasida joylashgan limfa tugunlari kattalashib paypaslaganda kattik buladi. Xazm sistemasi a'zolarini kuzdan kechirish ogiz bushligidan boshlanadi. Bunda tilning xolatiga katta axamiyat beriladi, chunki til «oshkozon oynasi» xisoblanadi. Oshkozon va ichak kasalliklarida tilda ok yoki jigar rang karam kurinishidagi distrofik uzgarishlarni kurish mumkin. Oshkozonda kislatali muxit pasayganda, axiliyada til silliklashgan ya'ni, surgichlari atrofiyaga uchragan buladi. Bundan tashkari tish, milk, va bodomcha bezlarga xam axamiyat berish kerak. Karies tishlar , stomatitlar, gingivit nafakat xazm a'zolari, balki boshka a'zolar uchun xam infektsiya uchogi bulib xisoblanadi. Ogiz bushligida kupgina tishlarning bulmasligi ovkat maxsulotining yaxshi chaynalmasligiga sabab buladi. Bu esa uz navbatida oshkozon- ichak kasalliklarini keltirib chikaradi.

Bodomcha bezlarini kuzdan kechirganda uning xajmiga, konsistentsiyasiga, karash va yiringli tikmalar bor yukligiga, ikkilamchi kavat rangiga e'tibor berish kerak. Korinni kuzdan kechirishda bemor chalkancha yotgan xolatida boshlanadi. Dastlab korinning tuzilishi

va kattaligiga etibor beramiz. Soglom odamning korin tuzilishi uning gavda tuzilishiga karab xar xil buladi. Organizm tolikkanda korining xaddan tashkari tortilishi, korin muskullari tonusi oshganligini kuzatilishi mumkin. Korin ulchamining kattalashishi esa kuyidagi xolatlarda bulishi mumkin: teri osti yog kavatining uta yaxshi rivojlanishi, semizlikda, meteorizmda va korin bushligiga suyuklik tuplanishida va xomiladorlikda.

Ba'zan tuxumdon yoki oshkozon osti bezida kista paydo bulganda xam korin ulchami kattalashadi. Yukoridagilarni bir-biridan ajratish uchun shuni nazarda tutish kerakki, semizlikda korin terisi torayganda burma xosil buladi, astsitda esa burma xosil bulmaydi. Bundan tashkari korin bushligida suyuklik tuplanganda kindik burtib chikgan buladi. Semizlik yoki meteorizmda esa bu xolat kuzatilmaydi. Astsitni kistadan farqlashning eng ishonchli usuli bu – korinni perkussiya kilib kurishdir.

Ayrim xollarda oshkozon chikish kismi torayishi natijasida korinning yukori kismi burtib chikadi. Ba'zan uni xatto kuz bilan xam kurish mumkin.

Maxalliy meteorizm kupincha usma yoki chandikli uzgarishlarda bulishi mumkin.

Umumiy meteorizm esa bijgish protseslari natijasida yuzaga keladi.

Korinning yuzaki palpatsiyasi.

Korinni kuzdan kechirish.

Kuzdan kechirishda korin devori koplamlari xolatini , teri osti venoz tutami tuzilishini, toshmalar, chandiklar bor yukligi aniklanadi. Ayniksa operatsiyadan keyingi chandiklarga ularning lokalizatsiyasi, xarakteriga axamiyat berish lozim. Shu bilan birga kuzdan kechirishda korin devori shishganini, undagi infiltratlar va burtgan churralarni kurish mumkin.

Korinni kuzdan kechirish:

- Korindagi chandiklar, striya, churralar, tomir uzgarishlari, jaroxat va toshmalar bor-yuklini kuzdan kechirish.
- Korindagi peristaltika yoki pulsatsiya bilan boglik bulgan xarakterga etibor berish.
- Korin shakli va konturini kuzdan kechirish;
- -yassi
- kayiksimon
- burtgan



Korinni kuzdan kechirish:

- Teri: chandiklar, kengaygan venalar,(kindik atrofining kukarishiga e'tibor berish).

- Shakli va konturi: kindik , burmalar, kengayishi (yog kavati, suyuklik, xomila, xavo tuplanishi, fibroz usma, tulgan siydik pufagi, soxta xomiladorlik, saraton usmasi, va boshkalar)

Kayiksimon korin:

- Peristaltika
- Astsit
- Nafas xarakatlarini kuzatish
- Korin muskullari kiskarishi uchun boshni kutarish.

Bemordan keladigan xidlarga aloxida etibor karatish lozim. Masalan , jaroxatdan va ogiz bushligi yoki nafasidan keladigan keladigan xidlarga e'tibor beriladi.

5.3. O'orinni fizikal tekshirishning texnikasi.

Korinni kuzdan kechirish , ichak shovkinlarini auskultatsiya kilish, korin palpatsiyasi va perkussiyasi , jigar palpatsiyasi, tugri ichakni tekshirish kabi usullarning xammasi bitta guruxga kiradi, chunki bu barcha tekshirish usularining natijasi bir-biriga boglik xolda baxolanadi.

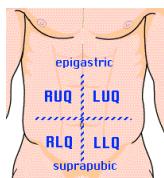
Korinni fizikal baxolash muolajasi:

- Bemorni tayyorlash
- Bemorning siydik pufagi bushagan bulishi shart
- Bemor kattik kushetkaga chalkancha xolatda yotishi kerak
- Tekshiruv utkaziladigan xona tinch bulishi kerak
- Tekshiruv maxalida bemorning yuz kiyofasiga karab , diskomfort belgilarini kuzating
- Tez xarakat kilishdan saklanib , sekin astalik bilan xarakat kiling
- Shifkorning kuli va fonendoskop ilik xolda bulishi kerak
- Anik ogrikli soxalarni oxirida tekshiring.

Terminologiya

Korinda lokalizatsiyani belgilash uchununga mos terminologiyadan foydalaning

- Ung yukori bulak (RUQ)
- Ung pastki bulak (RLQ)
- Chap yukori bulak (LUQ)
- Chap pastki bulak. (LLQ)



Urta chizik:

1. epigastral
2. kindik atrofii
3. kov usti

Boshka a'zolar bilan bogliqligi.

- Kukrak kafasi kasalliklari kupincha abdominal simptom bilan namoyon buladi.
- Korinda ogrik bilan shikoyat kilganda kukrak kafasini tekshirish juda muxim xisoblanadi.
- Erkaklarda chov soxasi vat ugri ichakni tekshirish zarur .
- Ayollarda chanok soxasi va tugri ichakni tekshirish zarur



5.4. Korin bushligi a'zolarini paypaslab tekshirish usullari

Korin bushligi a'zolari palpatsiyasi

Korin bushligi a'zolari xastaliklariga tashxis kuyishda fizikal tekshirish usullaridan birinchi navbatda palpatsiya usuli yordamila tekshirish katta diagnostik axamiyatga egadir. Palpatsiyaning ikki kurinishi farklanadi: yuzaki va Obratsov-Strajesko buyicha chukur , metodik , sirpanuvchi palpatsiyadir.

Yuzaki palpatsiya. Yuzaki palpatsiya usuli , korin bushligidan patologik jarayonlarda , korin devoridagi ogrik va mushaklar taranglashishi darajasini aniklashga imkon beradi. Bundan tashkari bu usul yordamida churralar, yuza joylashgan usmalar, kattalashgan jigar va talok a'zolaridagi patologik uzgarishlar aniklanadi.

Palpatsiya tekshirish usuli vaktida kuyidagi koidalarga amal kilish zarur:

- Shifokor bemorni ung tomonida utirishi va uning kullari ilik bulishi kerak, chunki sovuk kullar ta'sirida korin muskullari reflektor kiskaradi;
- Bemor chalkancha , boshi pastda , korin mushaklari bushashgan , kullari tana buylab uzatilgan xolda yotadi;

- Shifokor kulini bemorning korniga kuyib, sekin bosib kuradi va ogrik bor yoki yukligini , korin muskulini taranglashganligini aniklaydi.
- Korin palpatsiyasining dastlab chap yonbosh soxadan boshlab, keyinchalik ung yonbosh soxasiga utamiz, ya'ni olingan natijalarni takkoslash maksadida simmetrik palpatsiya kilinadi.

Keyichalik kulni yukori yunaltirib (4-5sm ga) simmetrik soxalarni yuzaki palpatsiya kilish davom ettiriladi. Utkir appenditsitda yuzaki palpatsiya yordamida ung yonbosh soxada yakkol korin muskullari taranglashishi va kattik ogrikni aniklash mumkin.

Xuddi shunday natija utkir xoletsistitda ung kovurga osti paypaslaganda ogrikning nomoyon bulishi bilan xarakterlanadi.

Obraztsov-Strajesko buyicha chukur , sirpanuvchi metodik palpatsiya.

Yuzaki palpatsiyadan sung Obraztsov-Strajesko buyicha chukur, sirpanuvchi, metodik palpatsiya utkaziladi.

V.P.Obraztsovgacha , palpatsiya tekshirish usuli yordamida korin bushligini fakatgina patologik uzgarganligini aniklash mumkin deb xisoblangan. V.P.Obraztsov birinchi bulib, uzining kuzatuvlari va ilmiy tekshirish usullariga asoslanib, umuman soglom odamning korin bushligi a'zolarini paypaslash mumkin ekanligini isbotlaydi.

Metodik palpatsiya deb atalishiga sababa'zolarini paypaslash ma'lum bir ketma-ketlikda olib boriladi. Palpatsiyani sigmasimon ichakdan boshlaymiz, keyinchalik kur ichak , rars soesalis ilei , appendiks, kundalang chamber ichak , oshkozonning katta va kichik egriligi , privratnik jigar, talok, oshkozon osti bezi va buyraklar palpatsiyasi ketma-ketlik asosida bajariladi.

Chukur sirpanuvchi palpatsiya deyilishiga sabab, nafas chikarish vaktida shifokor kulini asta-sekin korin bushligini orka devori buylab chukur uzatib, tekshirilgan a'zo buylab sirpanuvchi xarakterlar yordamida uning xolatini aniklash mumkin bular ekan.

Chukur metodik sirpanuvchi palpatsiya usulini kullashda kuyidagi koidalarga amal kilinishi lozim:

Ung kul barmoklari bir oz bukilgan xolda tekshirilayotgan a'zoga parallel xolda kuyiladi;

Engil sirpanuvchi xarakterni bajarish uchun teri burmasini xosil kilish kerak;

Bemor nafas chikargan vaktida ung kul barmoklari bilan asta- sekin korin bushligi orka devoriga chukur bosiladi;

Korin devori va tekshirilayotgan a'zo buylab, kul bilan sirpanuvchi xarakter kilinadi.

Sigmasimon ichak palpatsiyasi .

Sigmasimon ichak palpatsiyasi Obraztsov-Strajesko buyicha ung kulning bir oz bukilgan turta barmoklari orkali palpatsiya kilinadi.

Shifokor kul barmoklarini sigmasimon ichakka paralel kuyib, terini korinni ichki tomoniga karab bir oz xarakterlantiradi, bemor nafas chikarganda korin muskullari bushashadi va shunda shifokor kul barmoklarini korin bushligini orka devorigacha yunaltiradi. Shundan sung , shifokor kul bosimini susaytirmasdan, teri buylab kindik boylamigacha xarakter bilan ichaklarni paypaslaydi.

Sigmasimon ichakni kullar yordamida korinni tashki tomondan xam palpatsiya kilish mumkin. Bunda ung kul barmoklari yarim bukilgan xolda sigmasimon ichakka paralel xolatda kuyib, terini kindikka karab xarakterlantiradi. Bemor chukur nafas chikarganda korin bushligiga karab chukurrok bosiladi va kindik boylami yunalishida sirpanuvchi xarakter kilinadi.

N.D. Strajeskoning kuzatuvlariga kura, soglom odamda sigmasimon ichak 91% xollarda sillik, ogriksiz, kattik konsistentsiyali, silindrsimon shaklda m'yoriy bulib xisoblanadi. Uning kengligi 2,5-3sm. xar xil patologik xolatlarda uning yukorigi xususiyatlari uzgarishi mumkin. Saraton kasalligida , polipoz, yalliglanish jarayonlarida (sigmoidit), axlat massalari va kup mikdorda gaz tuplanishida uning xajmining nisbattan kattalashuvi kuzatiladi. Koli xastaliklarida sigmasimon ichak ingichka arkon kurinishida buladi. Uning yuzasi notekis, gadir-budir bulib, bu kupincha yomon sifatli xosiladek , sil yaralarida va unda kattik axlat maxsulotlari tuplanib kolganda kuzatiladi.

Agar ichak notekis va kattik bulishi axlat massalari tuplanishi bilan boglik bulsa, klizma orkali ichak bushaganida bunday belgilar yukoladi.

Sigmasimon ichakda ogrik bulishi , unda yalliglanish jarayoni bulganda (sigmoidit, dizenteriya), kuzatiladi. Shu bilan birga ichakdagi suyukliklar xisobida palpatsiya tekshiruvda korinda kuldirash eshitiladi.

Kur ichak palpatsiyasi.

Kur ichak palpatsiyasi asosida xam sigmasimon ichak palpatsiyasidek printsip yotadi: ung kul barmoklari bir oz bukilgan xolda kur ichakka nisbatan paralel xolda kuyiladi , sung terini kindikka tomon xarakatlantiriladi, bemor nafas chikargan vaktida kul barmoklari Bilan korin bushliginingorka devoriga bosiladi va kur ichak buylab tashki tomonga yunaltirib sirpanuvchi xarakat kilinadi.

Agar korin muskullari taranglashgan bulsa, kur ichakni paypaslash uchun V.P Obratsov taklifiga kura chap kul kata barmogi Bilan kindik soxasi bosiladi, natijada kur ichak soxasidagi muskullar bushashadi.

Kur ichakni bemor chap yonboshi soxada yotgan xolatda xam paypaslanadi, bunda xam chukur sirpalanuvchi palpatsiyada kullanilgan koidalar asosida paypaslanib tekshiriladi. Agar kur ichak yukorirokda joylashgan bulsa, bimonual palpatsiyani kullash tavsiya etiladi.

Oshkozon

Yonbosh ichakning terminal kismi (pars coecalis ilei) kichik chanok tomon yunalib, m.psoas ni kesib utadi va kur ichakning tugash kismidan yukorirokga kelib tushadi . Enbosh ichakning terminal kismi yagona paypaslab buladigan kismi bulib, uning kolgan kismilarini paypaslab aniklab bulmaydi .

Enbosh ichakning terminal kismi kiyshik joylashganligi sababli avval ung kul barmoklari yarim bukilgan xolda shu kismga paralel xolda kuyiladi va yukoridan chapga va ung tomonga , pastga va ung tomonga karab chukur sirpalovchi palpatsiya utkaziladi. Soglom kishilarda 75-80% xollarda yonbosh ichakning terminal kismi paypaslanganda N.D Strajeskoning kuzatishlariga kura agar pars coecalis ilei suyuk saklanma bilan tulgan va kiskarmagan bulsa u xolda baland ovozda kuldirash kuzatiladi va yupka devorli nay shaklida paypaslanadi. Shu urinda agar pars coecalis ilei muskullari kiskargan va kuyuk saklanma bilan tulgan bulsa, unda sillik va kattik «jimjilok kengligidagi» silindr shaklida (taxminan 1-1,5 sm) paypaslanadi.

Chap kulni bel soxasiga kuyib ung kul yordamida oddiy usul bilan kur ichak paypaslanadi. Soglom odamlarda 79% xollarda yuzasi shillik , ogriksiz ikki barmok kengligidagi (taxminan 4,5-5 sm) silindr kurinishida paypaslanadi . ayrim kasalliklarda (usma, tuberkulyoz) ichak yuzasi notekis, gadir – budir konsistentsiyasi togayga uxshash buladi. Kur ichak ulchamlarining kattalashishi surunkali kabziyat yoki ichak torayishlarida axlat masalligari va gaz tuplanishi natijasida yuzaga kelishi mumkin. Aksincha muskullar spazmida va ich ketishlarida ichak xajmi kichrayadi. Ayrim xollarda kur ichak korin bushligining orka devoriga tutkichlar orkali yaxshi birikmaganligi sababli xaddan tashkari xarakatchan buladi. Kur ichakning bunday xarakatchanligi ,

ichakning kisman yoki tulik tutilishiga olib kelishi mumkin . aksincha kur ichak butunlay xarakatsiz bulishi mumkin. Bu xolat kupincha yalliglaish jarayonlaridan keyin yuzaga keladi (appenditsit, perisalpingit) kur ichak soxasida ogrik va kuldirash bulishi unda yalliglanish jarayoni borligidan dalolat beradi .

Kur ichak chuvalchangsimon usimtasining palpatsiyasi (appendix).

N.D Strajesko appendiksni kuyidagicha palpatsiya kilishni taklif kildi:

«Agar biz kur ichakning palpator joylashishi tugrisida tasavvurga ega bulsak , u xolda yonbosh chukurcha orka devoridan kul barmoklarini uzmasdan , sirpanuvchi xarakatlar bilan yukoriga va pastga bulishini tekshiramiz. Bunda biz asta-sekin kadamma-kadam xar ikkala tomonga xarakat kilamiz. Agar usimta shu soxada joylashgan bulsa , va paypaslab kurilsa, u xolda uni yonbosh chukurcha devoriga bosib, barmok orasida paypaslash mumkin va uning xususiyatlari tugrisida tasavvurga ega bulishi mumkin.soglom odamlarda appendikulyar usimta s 16% xollarda ogriksiz , yuzasi sillik , goz pati kalinigida , silindr shaklida buladi.

N.D Strajesko kuzatuvlariga asosan , surunkali appenditsitda appendikulyarusimta

kalinlashib, katikkla-shadi va chandikli yalliglanish natijasida paypaslab kurish kiyin bulmaydi. Ba'zan chuvalchangsimon usimta bemor chap yonboshda yotganda xam engillik bilan paypaslab kuruladi. Surunkali appenditsitda bemor chap yonboshda yotganda ogrik kuchayadi. Chuvalchangsimon usimta yalliglanish ekssudati bilan tulganligi sababli, u noksimon xosila kurinishda paypaslanadi. V.P Obratsov tugri ichak orkali barmoklar yordamida paypaslab kurganda infiltrat borligini aniklagan va unga kata axamiyat bergan.

Kundalang chamber ichak palpatsiyasi

Yugon ichakning bu kismini paypaslab tekshirishdan oldin, oshkozoning pastki chegarasi aniklanadi. Chunki kundalang chamber ichak oshkozondan 2-3 sm pastda joylashgan. Oshkozoni pastki chegarasini topib, yarim bukilgan ung kul barmoklari shu chegaradan 2-3sm pastga va korinning urta chizigidan 4-5 sm unga kuyiladi.

Teri burmasi yukori tomonga suriladi va nafas chikarganda barmoklar bilan korin bushligi orka devorigacha bosib kuruladi. Shundan sung yukoridan pastga karab sirpanuvchi xarakatlar kilinadi. Ichak aniklangandan sung uning ung va chap tomondan joylashishini kuzatamiz. Shu usul orkali kundalang chamber ichak korin urta chizigidan chap tomondan xam paypaslab kuruladi. Agar ichak kulga unnamasa , unda ichakni pastdan va yukoridan kidirishga xarakat kilish kerak. Shu sharoitda xam paypaslanmasa , u xolda korin yoki kismlari tekshirib kuruladi, chunki tusatdan ichakning pastga tushish xollari sigmasimon ichakni egallaydi, ya'ni uning ung kismi kur ichakka chap tomonni sigmasimon ichakka yondashadi. Shu bilan birga kundalang chamber ichakni ikki kullab, ya'ni bimanual palpatsiya usuli orkali paypaslash mumkin.

V.P Obratsov bu palpatsiya usulini kuyidagicha amalga oshirilishini tashkil kilgan : « Tekshiruvchi ikki kul barmoklarini yarim bukkan xolda kindikni xar ikki tomonga kuyib paypaslashni kindik soxasidan boshlaydi, sung barmoklar yukori va pastga karab xarakatlantiriladi. Bunda biz paypaslaganda , silindr shakldagi , yukori va pastga engil xarakatlantiruvchi kundalang joylashgan ichakni aniklaymiz». Normada kundalang chamber ichak 71% xollarda paypaslanadi. Uning eni 5-6sm ni tashkil kiladi .

Agar talok , sigmasimon ichak , tugri ichak soxalarida biror bir tusik bulsa (yomon sifatli usma , chandik), kundalang chamber ichak peristaltikasi kuchayadi va paypaslab kurulganda ulchami katta , kattik bulib, kuldirashi va dam bulishi kuzatiladi.

Ichakning ikkala egriligi ikki kul orkali (bimanual) palpatsiya kilinadi shuni e'tiborga olish kerakki flexura coli lienalis ni yukori joylashganligi (IX-X kovurga) sababli uni kam xollarda paypaslab tekshirish mumkin.

Bunga karama-karshi joylashgan flexura hepatica xarakatchan bulib, entereptozda (pastga tushishi) natijasida kulga yaxshi unnaydi.

Yugon ichakning kutariluvchi va tushuvchi ksimlarini paypaslab tekshirish usuli.

Yugon ichakning kutariluvchi va tushuvchi kismini V.X Vasilenko taklif etgan usul orkali utkaziladi. Buning uchun chap kul bel soxasiga kuyiladi va ung kul orkali chukur, sirpanuvchi palpatsiya koidalariga asosan paypaslanadi : ung kul barmoklari yarim bukilgan xolda kutariluvchi yoki tushuvchi ichakka nisbatan karama-karshi xolda kuyiladi, teri kindikka tomon yunaltiriladi . Bemor nafas chikargan vaktida kul barmoklari korin bushligining orka devorigacha yunaltiriladi va tashki tomonga karab sirpantiriladi.

Ingichka ichak palpatsiyasi

Ingichka ichak paypaslanmaydi, fakatgina yonbosh ichakning terminal kismi bundan mustasno . Ingichka ichak devori yukori bulganligi va suyuk saklanma borligi sababli , uni korin bushligining orka devoriga fiksatsiya kilib bulmaydi.

Oshkazon palpatsiyasi.

Soglom odamlarda, V.P Obraztsov buyicha , oshkozoning katta egriligini 50-60% xollarda palpatsiya kilish mumkin. Oshkozoning kichik egriligi esa fakatgina yakkol gastroptoz bulgan bemorlarda paypaslanadi. Oshkozoning chikish kismi soglom odamlarning 25% da paypaslanadi.

Oshkozoning katta egriligining palpatsiyasi

Oshkozoning katta egriligini paypaslashdan oldin uning xolati xar xil bulishini xisobga olgan xolda avval uning pastki chegarasi aniklanadi . Bunda Obraztsov buyicha perkutor palpatsiya yoki auskultativ perkussiya usulidan foydalaniladi.

V.P.Obraztsov buyicha perkutor palpatsiya kuyidagicha bajariladi: chap kul panjasi kukrak kafasining chap tomoniga bir oz xanjarsimon usimta orkasini kamragan xolda kuyiladi. Sungra oshkozoning yukori kismidagi xavoni suyuklik bilan birlashtirish maksadida kul bilan engil bosiladi. Ung kul yarim bukilgan ung kul barmoklari bilan korin urta chizigi buyicha pastki tomonga karab kiska urib boriladi . bunda pleska shovkini eshitiladi va oshkozoning pastgi chegarasi tugaganda bu shovkin yukoladi .

Normada bu chegara erkaklarda 3-4 sm ayollarda esa 1-2 sm yukorida joylashgan . yukoridagi usuldan tashkari oshkozoning pastki chegarasini aniklashda auskultativ perkussiyadan foydalaniladi. Bu usulda epigastral soxaga stetofonendoskop kuyiladi va bir vaktning uzida korin old devori buylab urta chizikdan chapga , pastdan yukoriga ya'ni oshkozonga karab perkussiya kilib boriladi. Perkutor zarba 1 ta barmok bilan past ovozda beriladi. Oshkazon chegarasi baland ovozni eshitish orkali aniklanadi. Ayrim xollarda perkutor zarba berish urniga korin terisi engil ishkalanadi. Bu usul auskultator affriktsiya deyiladi.

Oshkozonning pastgi chegarasini aniklagandan sung chukur sirgaluvchi palpatsiya utkaziladi. Ung kul yarim bukilgan ung kul barmoklari bilan umurtka pogonasi ishkalanadi va bemor nafas chikargan paytida sirpanuvchi xarakat bajariladi. Bunda oshkozon katta egriligi , umurtka pogonasida joylashgan « ostonacha» kurinishida paypaslanadi.

Oshkozon chikish kismi (piloruantral) ni palpatsiyasi

N.D Strajesko fikricha ; agar bu piloroantral kismni palpatsiya kilmokchi bulsak unda chukur palpatsiya printsipli asosida ung kul barmoklarini bir oz bukilgan xolda paypaslaymiz . Odatda umurtkadan ung tomonda jigar chegarasidan pastda ung tugri muskul soxasida silindr shaklidagi piloroantral kism paypaslanadi. U uzing konsistentsiyasi va shaklini uzgartirishi mumkin. Goxida u kattiklashib 40-50 sekund ichida kiskaradi, goxida esa bushashgan bulib bu bushashish 1-2 minut davom etadi.

Piloroantral kismni xarakati chegaralangan bulib, palpatsiya davrida bosib kurilganda past ovozli kuldirash eshitilishi mumkin.

Korin pal'patsiyasi. Yuzaki pal'patsiya usulidan boshlab barcha bulaklaridagi ogrik soxalarini aniklang.

- Barmok yostikchalarini ishlatish
- Bemor yuz kiyofasini kuzatish
- Sungra , yuzaki pal'patsiyadan sung korin chukur pal'patsiyasini utkazing
- Korindagi xosilalarni yoki kuchli ogrik soxalarini aniklashga xarakat kiling.
- Korin muskullari bushashi natijasida bemor oyoklarini tiza soxasidan bukishi mumkin.



Jigar va ut pufagi pal'patsiyasi.

Jigarni pal'patsiya kilishdan avval, ung kulni kaerga kuyishni bilish uchun, urta umrov chizigi buyicha perkussiya metodi orkali jigarning paski chegarasi aniklanadi. Jigar pal'patsiyasi Obraztsov Strajesko metodi buyicha bajariladi.

Obraztsov jigarni palpatsiya kilish texnikasini kuyidagicha ta'riflaydi; «bemor gorizantal xolda uncha baland bulmagan yostikda boshini bir oz kutargan xolda , kullarini kukrak soxasiga kuyib chalkancha yotadi. Shifokor bemorni kravati yonida utiradi. Chap kul kaftini va oxirgi turt barmoklarini bemorning ung bel soxasiga kuyib, bosh barmogi bilan oldindan kovurga yonini bosadi.

Chap kul bilan ung bel soxasi bosilganda korin orka devori oldinga yondashadi; barmok bilan kovurga yoyi bosilganda esa, kukrak kafasining kengayishiga tuskinlik kiladi. Ung kul kaftning

II-V barmoklari yozilgan xolda kuyiladi (urta barmok biroz bukilgan buladi.) bunda barmok oxirlari bir chizikda yotadi.

Kullarni joylashtirgandan sung , ung kul bilan teri bir oz pastga suriladi va bemor nafas chikargan vaktida sekin – asta barmoklar ung kovurga ostiga kiritiladi . Kulni olmasdan turib , bemorga chukur nafas olish suraladi. Bunda jigarning pastki chegarasi , ya'ni ung kul barmoklari bilan korin devori bosilganda xosil bulgan sun'iy chuntakka tushadi.

Keyinchalik diofragmaning kiskarishi natijasida jigarning pastki chegarasi chuntakdan sirgalib tushib barmoklarni aylanib utadi.

Jigarni paypaslaganda , birinchi navbatda uning ulchamlari aniklanadi. Jigarning pastki tushishi splanxnoptozda (korin bushligi organlarining pastga tushishi) keskin ozishda , asteniklarda , korin devori bushashganda va kukrak ichki bosimi oshganda kuzatiladi. Buni aniklash uchun jigarning yukori chegarasi perkussiya kilinadi - jigar pastga tushgan bulsa uning chegarasi pastga siljib , me'yordan pastrokda joylashadi.

Jigarning ayrim kasalliklarida, uning o'lchamlari kichrayishi turtkisimon palpatsiya usulidan foydalaniladi. Bu palpatsiya usulida o'ng qo'l barmog'lari yoki ikki qo'l yordamida qorin devori bo'ylab pastdan yuqoriga qarab turtkisimon urib boriladi. Jigar bo'ylab urilganda qattiq jism sezilib, avval pastga siljiydi, keyin esa qaytib o'z joyiga keladi va qo'lga uriladi. Bu simpton "suzayotgan muz" simptomi deyiladi.

Jigar o'lchaganlarini aniqlash M.G.Kurlov bo'yicha aniqlanadi. Dastlab, o'rta o'mrov chizig'i bo'yicha jigan o'lchami aniqlanadi. Normada bu o'lcham 9 sm ga teng ($\pm 1-2$ sm), keyin oldingi o'rta chiziq bo'yicha o'lchanadi, bu o'lcham – 8 sm ga teng ($\pm 1-2$ sm) va nihoyat chap qovurg'a yoyi bo'yicha o'lchanadi, bu esa – 7 sm ($\pm 1-2$ sm) ga teng bo'ladi.

O't pufagini tekshirish uchun Obraztsov-Strajesko metodi bo'yicha yuzani va chuqur palpatsiyadan foydalaniladi. O'tkir xolestsistitda, o't-tosh kasalligi xurujida va surunkali xolestsistitning qy'zish davrida yuzaki palpatsiyada yt pufagi sohasida ogriq va qorin muskullarining taranglashishi aniqlanadi.

O't pufagi proektsiyasi normada qorin devorining qorin to'g'ri muskuli tashqi tomoni bilan qovurga oyoqning kesishgan joyida joylashgan bo'ladi. Shu bilan birga uning proektsiyasi o'rta o'mrov chizigi bilan o't-o'ovurg'a oyog'ining kesishgan joyida ham joylashishi mumkin. Sog'lom odamda o't pufagi paypaslanmaydi. O't pufagining o'lchamlari kattalashgan holatlarda (o't pufagi empiemasi va istesuasda, umumiy o't yo'li obturatsiyasida, kurvuazo` sitoli) uni palpatsiya qila olish mumkin.

Kattalashgan o't pufagi noksimon ko'rinishda paypaslanadi. Kam hollarda o't pufagi rakida va o't-tosh kasalligida paypaslay olish mumkin.

Surunkali xolestsistitda yuqoridagilardan tashqari quyidagi palpatsiya usuli qo'llaniladi: o'ng qo'l katta barmogii o't pufagi sohasiga qo'yiladi va bemor nafas chiqarganda qo'l barmoqi o'ng qovurg'a ostiga kiritiladi. So'ngra bemorga chuqur nafas olish buyuriladi. Nafas olish vaqtida o't pufagi pastga tushadi va katta barmoqg'a tegadi. Agar o't pufagi zararlangan bo'lsa, unda og'riq kuzatiladi.

Jigar palpatsiyasi

- Standart usul

- Qo'l barmog'ini qovurg'a yoyi ro'parasiga qo'ying va ichki tomonga qarab chuqurroq bosing .

- Bemordan chuqur nafas olishini so'rang.

- Siz qo'lingiz ostida jigar chegarasini sezishingiz kerak. Yoki bemor nafas chiqarganda jigar qo'l ostingizdan sirpanib ketishi mumikn. Normada jigar palpatsiya og'riqsiz bo'ladi.

- Qorin parda ta'sirlanishi.
- Qorin parda ta'sirlanishi simptomi.
- maqsadingiz to'g'risida bemorni ogohlantirmang
- Qo'lingiz bilan qorinni chuqurroq bosing
- bir soniyadan so'ng tezda bosimni to'xtating
- bosim to'xtatilgach, og'riq kuchaysa, musbat deb hisoblanadi.

“Kryuka” usuli



5.5. Qorin bo'shligi a'zolari perkussiyasi.

Normada qorin bo'shlig'ining barcha qismida, perkussiyada tinpanik tovush aniqlanadi. Bu tovush ichaklar sohasida balandroq, oshqozon sohasida esa pastroq bo'ladi. Shunga qaramay oshqozon pastki chegarasini ichakdan ajrata olishi qiyin bo'ladi.

Jigar pastki chegarasini, taloqni, eksudat suyuqligini, astsitni, oshqozon osti bezi yoki tuxumdon kistasining va yuza joylashgan o'smalarni aniqlashda pastroq perkussiya usuli qo'llaniladi, chunki bunda aniq ma'lumotlar olish mumkin.

Astsit suyuqligini aniqlash.

Qorin bo'shlig'ida erkin suyuqlik yig'ilganida (astsit) bemorni har xil horlatda perkussiya qilish kerak: tik turgan holda, chalqancha yotqizib, yonboshcha yotqizib perkussiya qilinadi.

Agar, suyuqlik kam miqdorda yig'ilgan bo'lsa, unda tezda-tirsak holatida perkussiya qilinadi.

Bemorni chalqancha holda yotqizilganda, kindik sohasidan boshlab past ovoza perkussiya qilinadi. Bu sohada timpanik tovush eshitiladi. Keyinchalik qorinning yon tomonlariga qarab sekin perkussiya qilib boriladi. Agar qorining yon tomonlarida suyuqlik bo'lsa, to'linroq tovush eshitiladi.

Astsit borligi to'risida ishonch hosil qilmasa, unda bemorga qarama-qarshi tomonga yonboshlab yotish so'raladi va qo'l barmog'larini olmay turib yana perkussiya qilib boriladi. Agar bo'g'iq tovush aniqlangan joyda timpanik tovush paydo bo'lsa, unda qorin bo'shlig'i erkin suyuqlik borligiga yana bir bor ishonch hosil qilinadi. Shu bilan birga to'la ishonchli bo'lmagan hollarda, bemorni siydik pufagi bo'shattirib, tik turgan holda, qorin o'rta chiziqi bo'ylab yuqoridan patsga qarab perkussiya suyuqlik bo'lsa, unda qorinning pastida to'mtoq tovush eshitiladi. Qorindagi suyuqligi fmontuatsiya metodi orqali ham aniqlashg mumkin. Bunda shifokor chap qo'lini qorin devorining yon tomoniga qo'yadi va qarama-qarshi tomondan o'ng qo'l barmog'lari bilan qisqa

va engil perkutor zarba beradi. Buning natijasida yuzaga keladigan suyuqlik tebranishlari chap qo'lga seziladi.

Astsitni tuxumdon va oshqozon osti bezi kislotasidan qiyosiy tashxislash uchun qorinni perkussiya qilish katta amaliy ahamiyatga ega. Astsitdan farqli, kistalarda qorining o'rta qismida bo'g'iqlik perkutor tovush eshitilib, yon tomonlarida esa timpanik tovush eshitiladi.

Meteorizmda ham qarshi kattalashib, perkussiyada qorinning barcha qismlarida timpanik tovush eshitiladi.

Qorin perkussiyasi

- Har bir kvadratni asta-sekin perkussiya qiling-eng baland tovush timpanik bo'lishi kerak.
- Qanday tovush eshitayotganingizni aniqlang, bo'g'iqli yoki timpanik
- Timpanik tovush normada qorinning ko'pgina qismlarida chalqancha holda yotganda eshitiladi.
- G'ayri oddiy to'mtoqlik abdominal massalar yiqilishining belgisi bo'lishi mumkin.
- Qorin uchun xos perkutor tovushlar.
- Timpanik: musiqali, o'pka tovushiga qaraganda baland tonli (havo bilan to'lgan bo'shliq jism).
- Bo'g'iqlik-timpanik: timpanik va o'pka tovushi o'rtasidagi ton. (chap o'pka asosi)
- O'pka tovushi: ma'lum balandlikdagi turg'un tovush (o'pkada, ba'zan qorin sohasida)
- To'mtoq tovush: qisqa, baland tovush katta bo'lmagan rezonansda (parenximotoz organlarda)

Jigar perkussiyasi

Jigar qattiq organ bo'lib, perkussiyada to'mtoq tovushni beradi. U yug'oridagi o'pka bilan, pastdan esa ichaklar bilan chegaralangan.

Jigarning yuqorisi absolyut to'mtoqlik chegarasi normada VI qovurga sathida joylashgan. Xuddi shu chiziq bo'ylab jigarning pastki absolyut to'mtoqlik chegarasi aniqlanadi. Barmoq-plessimetr aniqlanadigan chegarasi nisbatan parallel holda kindik satqiga qo'yiladi va yuqoriga qarab to'mtoq tovush paydo bo'lguncha sekin perkussiya qilib boriladi. Jigar chegarasi barmoqning pastki satqidan belgilanadi.

Normada jigarning pastki chegarasi o'rta-o'mrov chizig'i bo'ylab, qovurg'a yoyining pastki chegarasidan o'tadi. Shundan so'ng jigarning pastki chegarasini oldingi o'rta chiziq bo'ylab (e.mediane anterior) aniqlashga o'tamiz. Barmoq-plessimetr aniqlanadigan chegaraga nisbatan parallel holda kindik sathiga qo'yiladi va yuqoriga qarab to'mtoq perkutor tovush paydo bo'lguncha, sekin perkussiya qilib beriladi. Barmoqning pastki sathidan belgilanadi. Bu chiziq bo'yicha jigarning pastki chegarasi normada. Xanjarsimon o'simta va kindik o'rtasidagi masofaning yug'ori va o'rta 13 qismi chegarasida joylashgan bo'ladi.

Oldingi o'rta chiziq bo'yicha jigarning yuqorigi chegarasini aniqlab bo'lmaydi, chunki bu tomondan jigar yurak bilan chegaralangan bo'lib, faqat to'mtoq tovushni beradi. Shuning uchun bu chegara shartli ravishda aniqlanadi. Bunda jigar yuqori chegarasi o'rta-o'mrov chizig'i bo'yicha lin Mediana anterior gacha perkussiya qilib borilganda, ularning kesishishidan hosil bo'lgan nuqtadan chiziq o'tkaziladi. Bundan tashqari jigar chegaralari chap qovurg'a yoyi bo'yicha ham aniqlanadi. Buning uchun barmoq –plessimetr chap qovurg'a yoyiga perpendikulyar

holda taxminan IX-qo'urg'a sohasiga qo'yiladi va to'sh sohasiga qarab sekin perkussiya qilib boriladi. Perkutor tovush o'zgargan sohaga, barmoqning tashqi chegarasidan aniqlab belgi qo'yiladi. Normada jigarning pastki chegarasi bu sohada VII-VIII qovurg'aga to'g'ri keladi. Yuqorida ko'rsatilgan chiziqlar bo'yicha jigar o'lchamlarini o'lchash faqatgina palpatsiya qilgandan so'ng o'tkaziladi.

Jigar perkussiyasi.

- O'ng o'rta-o'mrov chizig'i bo'yicha ko'krak qafasidan boshlab jigarning yuqori chegarasigacha, to'mtoq tovush paydo bo'lguncha perkussiya qilib boriladi.
- Shu chiziq bo'yicha qorin bo'ylab jigarning pastki chegarasigacha to'mtoq tovush paydo bo'lguncha perkussiya qilib boriladi.
- Shu nuqtalar orasida jigar o'lchamini aniqlang. Bu katta yoshdagi sog'lom odamda bu o'lcham 6-12 sm ga teng.



Taloq o'lchami kattalashganligini aniqlash.

Chap tomondan oldingi qo'ltiq osti chizig' bo'yicha eng pastki qovurg'a oralig'igacha perkussiya qilib boriladi.

Normada bu sohada timpanik tovush bo'lishi kerak.

Bemorga chuqur nafas olish buyuriladi va yana shu soha perkussiya qilinadi.

Shu sohada to'mtoq tovush eshitilishi taloq kattalashganligidan darka beradi.

Bemorni fizikal baholashda harorat va arterial bosimni o'lchash, nafas va pulsni baholash kabi qo'shimcha ko'nikmalar o'tkaziladi. Tana haroratini o'lchash orqali yallig'lanish va infektsiya belgilarini aniqlash mumkin. Yurak cho'qqi turtkisi (ritmi, chastotasi, sifati) ni aniqlash va preferik pulsni baholash.

5.6. Qorin boshligi a'zolari auskultatsiyasi

Sog'lom odamda qorin bo'shlig'i sohasida ichaklar perestaltikasi eshitiladi ichakning xavfli o'smalar yoki chandiqli protsesslar natijasida toraishida perestaltika kuchayadi va toraygan sohadan biroz yuqrida baland quldirash eshitiladi. Enteritlarda ham xuddi shunday kuchaygan perestaltikani va baland quldirashni eshitish mumkin.

Qorin bo'shlig'ida tovushlarni umuman yo'qolishi muhim diagnostik ahamiyatga ega bo'lib, bunday holat ichaklar perezida (o'tkir peritonit) kuzatiladi.

Ba'zan jigar (perigenatik) va taloq (perispleni) sohasida qorin parda ishqalanish shovqini eshitilishi mumkin. Bu yallig'lanish oqibatida fibrin tolalarning o'tirib qolishi bilan bog'liq.

Qorin auskultatsiyasi texnikasi.

Stetoskopni qorin sohasini osta qo'ying.

Ichakdagi shovqinlarni eshitishdan boshlang.

Ichakda shovqinlar yo'qligi to'g'risida xulosa qilish uchun 2 minutdan ortiq eshitib turish kerak.

Tovushlar me'yori, baland, past yoki umuman yo'qligiga ahamiyat beriladi.

Buyrak yonbosh arterialar va aorta ustidagi tovushlarni eshitib ko'ring.



Jigar auskultatsiyasi

Bu tekshirish metodi jigar kasalliklarini aniqlashda kam ahamiyatli bo'lib, hisoblanadi. Ba'zi hollarda (perigenatit, perixoletsistit) jigar sohasida qorin parda ishqalanish shovqini eshitilib, ba'zan buni hatto qo'l bilan ham sezish mumkin.

5.7. Oshkozon –ichak xastaliklarida laborator tekshirish usllari

Labarator taxlillar.

Axlatni tekshirih

Axlatni tekshirish ichakning organik kasalliklari, funktsional uzgarish-lari turrisida va unda parazitlar (gijjalar, lyambliyalalar va boshkalar) bor-yukligi turrisida tasavvur beradi. Kasalxonaga yotkizilgan bemorlarning xammaeida, odatda, gijja tuxumlari boryukligi tekshirib kuriladi. Analiz uchun siydik, xayz koni va boshka yot modda xamda ajralmalar aralash-magan, yangi, fakat «sof» axlat olinadi. Tagga kuyiladigan tuvak yoki kechasi tutiladigan tuvakdan axlat olinadigan bulsa, bemor avval kovurini bushatib olishi kerak. Ayollarda xayz boshlangan va kinidan ajralmalar ke- layotgan bulsa, paxta yoki doka tampon bilan kinni bekitib kuyiladi. Tekshirish uchun axlatni laboratoriyaga mumkin kadar tezrok etkazib beriladi. Amebiozni aniklash uchun axlatni ilikligida tekshirib kuriladi, uning sovib kolishiga yul kuymaslik kerak.

Tekshirish ba'zan bemorga maxsus parxez buyurilganidan keyin utkaziladi; chunonchi, axlatda yashirin kon bor-yukligini gusht, balik, olma (tarkibida temir buladigan maxsulotlar) eyishdan 3 kun parxez kilinganidan keyingina aniklash mumkin. Axlat toza, kuruk tuvakka yiriladi. Kattik kabziyat maxallarida axlatni klizma yordamida olishga tugri keladi. Dizenteriyaga gumon tugilganida bakteriologik tekshirish uchun axlatni shisha tayokcha bilan yoki ste-ril surtgich bilan turri ichakdan olinib, ozik muxitli probirkaga solinadi. Axlatni tekshirish maxaligacha kupi bilan 12 soat saklab kuysa buladi. Bu vaktida uni mikroorganizmlar va fermentlar ta'-siri ostida uzgarib kolmasligi uchun sovuk joyda saklash kerak. Axlat kuruk, toza idishga (bankachaga) solinib, usti kogoz bilan bekitiladi. Axlatli idishga yorlik yopishtirilib, unga bemorning familiyasi, namuna olingan oy, kun yozib kuyiladi.

Axlatni xamisha kuzdan kechirib kurish zarur. Undagi yangi kon bilan xazm bulib ketgan konni (koramoysimon axlat) ajrata olish, konsistentsiyasini (kattik, yumshok, yarim suyuk, suyukligini),

shaklini (odatdagidek shaklga kirgan, fragmentayoki «kuy kiyi» kurini-shida bulib, kumalok-kumalok xolda tushadigan axlat), rangini aniklay olish kerak. Axlatning normal ranggi jigarrang bulishi lozim. Axlatni saklab turish zarur bulganida unga 5—10% li formalin eritmasi kushib kuyiladi.

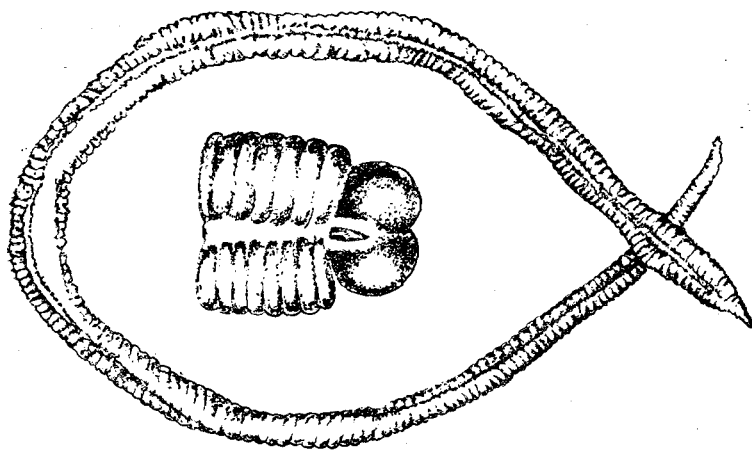
Axlat analizi umumiy koprologik analiz (grekcha korgoz — axlat degan suzdan olingan) va ma'lum maksadni kuzda tutadigan (axlatda kon, gijja tuxumlari bor-yukligini bilish uchun utkaziladigan) analiz bulishi mumkin va xokazo. Shisha yoki sirlangan bankalarga 50 g axlat solinib, bankalar to laboratoriyaga junatilgunicha maxsus yashchiklarda xojatxonada saklanadi. .

Yashirin kon bor-yukligini aniklash uchun utkaziladigan tekshi-rishdan 3 kun avval bemorning ovkatidan gusht, balik, olma, shuningdek oshkuklar (ismalok, shovul) istisno silinadi. Tekshirishni utkazib bulgandan keyin, axlatni kanalizatsiya sistemasiga tukishdan oldnn yukumsnzlantiriladi. Uni avtoklavga kuyush, vkish, usti-ga kaynok suv, 50% li karbol kislotasi eritmasi, 10% li lizol eritmasi yoki 50% li xlorli oxak eritmasi kuyish yuli bilan bunga erishiladi. Axlatni shu eritmalar bilan yukumsizlantirish uchun ularni axlat ustiga kuygandan keyin 5—10 soat turizib kuyish kerak. Axlat 1:5 xisobida kuruk xlorli oxak bilan aralastirilganida gijja tuxumlari 1 soatdan keyin kirilib ketadi.

Ovkatni normal xazm kiladigan odamda sutkali axlat mikdori kup darajada uzgarib turadi va bu talaygina sabablarga, jumladan, eyiladigan ovkatning tarkibi va mikdoriga boglik buladi. Usimlik ovkatlari iste'mol kilinganida gushtli, balikli ovkatlar iste'mol kilinganidan kura kuprok axlat xosil buladi. Odam aralash ovkatlar bilan ovkatlanib yurganida sutkasiga urta xisobda 100—200 g axlat kelib turadi.

Normada axlat kolbasasimon shaklda buladi. Orka teshik torayib kolganida, turri ichakda rak bulganida axlat tasmaga uxshab tusha-di. Kuy kiyi degan axlat spastik kolitda kuzatiladi. Axlat kon-sistentsiyasi (kattik-yumshokligi) undagi kletchatka, suv va yor mikdoriga borlik buladi. Ich surganida axlat suyuk, kabziyat vaktlarida kattik bulib koladi.

Axlat rangi sterkobilin mikdoriga borlik va odatda jigarrang buladi. Uning ranggi ba'zi maxsulotlarni iste'mol kilishga karab uzgarib turadi: sut maxsulotlari sarik rang bersa, gusht maxsulotlari usimlik maxsulotlariga Karaganda ancha tuk rang beradi. Kora olxuri, kofe, kondan kilingan kolbasa, jigar, chernika, kora uzumlardan tayyorlangan vinolar axlat ranggining tuk, deyarli kora bulib tushishiga sabab buladi. Xazm apparati-ning yukori bulimlari (me'da, un ikki barmok ichak) dan kon ketganida gemoglobinning me'da shirasidagi xlorid kislotasi ta'siri ostida gematnn xloridga aylanishi natijasida axlat koramoyga uxshab kopkora bulib tu-shadi. Ichakning pastki bulimlaridan kon ketgan maxallarda kon axlat bilan bir kadar baravar aralashib, uz rangini saklab koladi. Ba'zi dori moddalar ichilganida axlat rangi uzgaradi; aktivlashtirilgan kumir ichilganida axlat kora rangga kirsas, vismut ichilganida surmarang tusga kiradi, temir preparatlari ichilganida esa axlat rangi korayashil bulib koladi. Axlatning nuxat pyuresiga uxshagan rang va konsistentsiyada bulishi korin tifi uchun xarakterlidir; axlatda sal kupiklanib turadigan kon aralash yalkur (shilimshik) bulishi dizenteriyada uchraydi, uning och sarik rangda bulib tushishi (axlatga



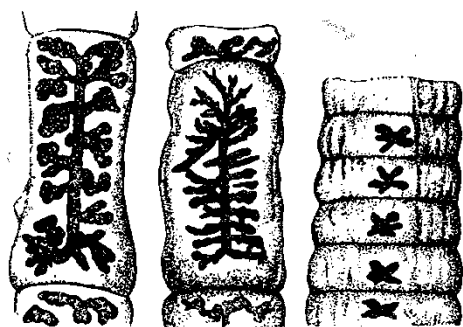
1-rasm. Askarida.

odatdagicha rang berib turadigan bilirubinning ichakka etarli tushmay turishi) umumiy ut yuli tikilib kolishiga borlik bulib (axo-lik axlat), sarik kasalligida kuzatiladi.

Axlatning xidi unda indol bilan skatol bulishiga borlik. Gusht-li ovkat iste'mol kilinganidan keyin axlat xidi ayniksa utkir bu-ladi; sutli ovkatlar iste'mol kilinganida axlat xidi deyarli bulmaydi. Yugon ichakda chirish protsesslari zuraygannda axlat ayniksa kulansa xidli buladi; ichakda bijrish protsesslari ustun turgan balsa, axlatdan achimsik xid kelib turadigan bulib koladi.

Oddiy kuz bilan karab kurilganida (makroskopik tekshirishda) kuyidagi patologik aralashmalarni topish mumkin: gijjar yoki ularning bugimlari, masalan, tasmaimon gijja burimlari, xazm bulmay kolgan ovkat koldiklari, shilimshik (yalkur), yiring, kon (odatdagi rangi saklanib kolgan kon), axlat konkrementlari (tosh-lari). Iirik gijjar—askaridalarni topish xammadan oson, ular uzunligi 26 sm dan 30 sm gacha boradigan, ikkala uchi utkirlashib kelgan och-push-ti chuvalchanglar kurinkshida buladi (erkaklari urro-chilaridan kura kaltarok va ingichkarok bulib, dum tomoni ilmokka uxshab kayrilib turadi, 1-rasm). Bolalar axlatini dikkat bilan karab kurilganida ba'zan ok iplarga uxshab ketadigan juda mayda gijjalarni topish mumkin. Bular ostritsalar degan gijjalardir.

Ilmoksiz gijja burimlari uzunasiga chuzilgan, kamar buladi,



2-rasm. Serbar gijja.

ichida daraxtga uxshab shoxlab ketgai bachadoni anik kurinib tura-di, bu bachadonining 17tadan to 30 tagacha ingichka-ingichka «shoxlari» buladi. Ilmikli gijja burimlari xam uzunasiga chuzilgan-u, lekin bachadonining «shoxlari» ancha serbar va soni kamrok (7—12 ta) buladi. Serbar gijja burimlari kalta va keng, bachadoni tupgul kurinishidadir (2-rasm).

Gijjalarni tuptnrishda axlatda ggija boshchasi — skoleksi topilishi katta axamiyatga ega, busiz davoni muvaffakiyatli deb xi-soblab bulmaydi. Buni bilib olish uchun tushirilgan axlatni shisha bankaga solinib, kora kogoz ustiga kuyiladi, ustiga suv kuyilib, shisha tayokcha bilan obdon aralashtiriladi, keyin axlatning kalkib chiktsan kismalari oxista tukib tashlanadi, chukmasi ustiga esa yana euv kuyiladi. To chukma toza bulib kolmaguncha shunday kilinaveradi. Oxirgi safarda banka ichidagi suyaklik mayda kuzln metall tur yoki kil elakdan utkaziladi. Gijjaning

ingichkalashib kelgan uchidan boshchasi kidirib kuruladi, parazitning turi esa uni mikroskop ostida kuzdan kechirib aniklanadi.

Axlatdagi xazm bulmay kolgan ovkat koldiklarya xazm apparatining ba'zi kasalliklarida va normada uchraydi (mevalarning urur va danaklari va boshkalar). Kora iplar kurinishida buladigan mus-kul tolalari, xazm bulmay kolgan biriktiruvchi tukima zarralari, yog bulakchalari (uzok davom etib kelayotgan ich ketar vaktida bular ayniksa kup buladi) topilishi mumkin. Ok ipir-ipirlar yoki kattikkina okish pardalar kurinishida shilimshik (yalgur) bulishi ingichka ichak shillik pardasi yallirlanganini kursatadigan alomatdir. Kupincha shilimtsph bilan aralash buladigan yiring yuron ichak pastki buliminiy patologiyasiga (ichak sili, yarali kolit, yugon ichak usmasining emirilishiga) boglik bulsa, fakat ana shun-dagina topilishi mumkin.

Axlatning xammasini elakka solib, okib turgan suv tagiga tutib yuvilganidan keyingina juda mayda ut va axlat toshlari (konkre-mentlar)ni topish mumkim. Bunda suvning xammasini, keyin dezinfektsiya kilish uchun aloxida chelakka tukish lozim. Axlatni vodo-provoddan suv okizib kuyib, doka xaltada yuvib olish xam mumkin.

Axlat reaksiyasi neytral reaksiyaga yakpn buladi va ovkat xiliga karab yo kuchsiz ishkoriy yoki kuchsiz kislotali bulishi mumkin. Reaktsnyasining kuchli ishkoriy bulishi ichakda chirish protsesslari kuchayganida kurilsa, kuchli kislotali bulishi unda bijgish pro-tsessslari kuchayganida kuruladi. Axlat reaksiyasini aniklash uchun lakmus korozdan foydalaniladi, uni distillangan suv bilan namla-nib, axlat surtmasi ustiga kuyiladi;axlat siydikka aralashmagan bulishi kerak.

Axlatdagi konni aniklash (mikroanaliz). Bu tekshirish xazm ap-paratidan kishi bilmas, ya'ni yashirin kon ketayotgan-ketmayotganini bilib olish uchun muxim axamiyatga ega, zotan kon juda kam bulishi va axlyatni odatdagicha kuzdan kechirib karalganida topilmasligi mumkin. Tekshirishdan avval bemorning ovkatidan gusht, balik, olmani istisno kilish zarur. Kupincha benzidin bilan utkaziladigan sinama (Gregersen reaksiyasi) va gvayak nastoykasi bilan utkaziladigan sinama (Veber reaksiyasi)dan foydalaniladi.

Gregersen reaksiyasini kuyish uchun 0,02 g benzidin, 0,08 g bariy peroksid, 4 ml 50% li sirka kislota eritmasi olinadi. Benzidin va bariy peroksidi kuruk probirkalarda saklanadi. Probirkaga avval sirka kislota kuyiladi, keyin uning ustiga benzidin bilan ba-riy peroksid kushiladi. Shupday xolda reaktiv fakat 30 minut da-vomida yarokli buladi. Tekshirib kurish uchun axlatni yoroch tayokcha bilan olinib, buyum oynasiga yupka kavat kilib suriladi, keyin ustiga ok kogoz kuyiladi. Surtmaga 2—3 tomchi reaktiv tomizilib, kuk rang paydo bulishiga karab turiladi. Bu rang paydo bulishi-ning tezligi bir-biriga kesishgai ikkita kalta chizik, ya'ni krest-lar bilan shartli ravishda belgilanadi. Kuk rangning darxol pay-do bulishi 4 krest, 15 sekunndan keyin paydo bulishi 3 krest, 1 minutdan keyin paydo bulishi 2 krest, taxminan 2 minutdan keyin paydo bulishi 1 krest bilan belgilanadi. 2 minut va bundan kura kuprok vaktan keyin rang paydo bulishn e'tiborga olinmaydi—reaksiya manfiy deb xisob-lanadi. Natijani anik bilish uchun usha axlat portsiyasining uzidan foydalanib, reaksiya bir necha marta takrorlanadi.

Veber reaksiyasini kuyish uchun kuyidagi preparatlar zarur: muz sirka kislota, 90% li uzum spirti, efir, yangi tayyorlangan gvayak nastoykasi, ozon berilgan skipidar yoki yangi tayyorlangan vodorod peroksid, xloroform. Gvayak nastoykasi kuyidagicha tayyorlanadi: probirkaga biroz mikdor (pichok uchida) gvayak smolasi solinib, ustiga 5 ml spirt kushiladi va tindirib kuyiladi. Ozonlangan skipidar oddiy skipidardan olinadi, uni Petri kosachasiga yoki likobchaga kuyilib, 48 soat davomida yorur joyda koldiriladi. Uni orzi ochik kora shishada saklanadi.

Reaksiya kuyidagicha utkaziladi. Axlat yaxshilab korishtirilib, keyin toza yoroch kurakcha bilan taxminan 1 choy koshik axlat olinadi va chinni xovonchaga solib, ustiga yarim suyuk butka xosil buladigan kilib muz sirka kislota kuyiladi, butkani xovoncha toshi bilan yaxshilab krrishtirib, probirkaga kuyiladi. Ustiga 5 ml efir ku-shiladi. Probirka orzini tikin bilan maxkam bekitib, stol yuziga yotkizib kuyiladida, 30 minut dumalatiladi, sungra tik turrizib kuyilib, «efirli» kavati toza kuruk probirkaga kuyib olinadi, keyin 15—20 tomchi gvayak nastoykasi, 30 tomchi skipidar yoki

15 tomchi vodorod peroksid kushiladi. Reaksiya musbat bulib chikkanda kuk yoki zangori rang paydo buladi.

Axlatni mikroskopda tekshirish. Axlatni mikroskop ostida kuzdan kechirilganida, yukrida aytib utilganidek, usimlik tolalari, meva va sabzavotlarning kletchatkasi kurinishida ovkat koldiklari topiladi. Me'da shirasi kamayib kolganida biriktiruvchi tukima tolalari topiladi. Ba'zan kraxmal donalari uchraydi. Lyugol eritmasi kushilganida bular yaxshirok kurinadigan bulib koladi. Kraxmal donalarining kup bulishi xazm apparatining ov-katni xazm kilish funksiyasi buzilganini kursatadi. Uzgarmagan, kundalang yullarini saklab kolgan muskul tolalarining kup bulishi me'da osti bezi faoliyati izdan chivdanidan darak beradi. Axlatda kup yor bulishi ut chikarish funksiyasi buzilganini, me'da osti bezi funksiyasi etishmay kolganini (lipaza fermenti etarli chikib turmasligini) kursatadi. yor mayda-mayda tomchilar yoki yog plastinkalar» kurinishida uchraydi. erni yaxshirok aniklab olish uchun preparat maxsus buyok moddasi — sudan bilan buyaladi. Yog kislotalar tuzlarining kristallari rangsiz bulib kolaveradi, neytral yor va yor kislotalar kristallari esa, och zarraldok rangga buyalib koladi.

Gijja tuxumlari bor-yukligini aniklash uchun axlatni tekshirish. Axlatning oynadagi oddiy surtmasini tekshirish xamisha xam murodni xosil kilavermaydi, shuning uchun kontsentrlangan axlat chukmasi tayyorlanadi. Mana shunday chukmada gijjalar, ya'ni gel-mintlar tuxumlarini topish oson buladi.

Oddiy ch u k m a tayyorlash kuyidagicha kilinadi: probirkaga axlatning xar xil joylaridan nuxatdek-nuxatdek 5—6 namuna oli-nadi, ustiga 15—20 baravar kup xajmda suv kuyilib, shisha tayokcha bilan yaxshilab korishtiriladi. Bu aralashma tindirib kuyiladida, keyin suyuk kismi oxista tukib tashlanadi. Tomizsich bilan tubidan buyum oynasiga bir tomchi chuk ma olinib, koplari oyna bilan koplanadi va mikroskop ostiga kuyilib, kuzdan kechiriladi. Bunday surt-madan bir necha kilib tayyorlanadi.

Flotatsiya (boyitish) usuli shunga asoslanganki, suyuklikning nisbiy zichligi gijja tuxumlarning nisbiy zichligidan katta bulsa, bunday suyuklikda ular kalkib yuzaga chikadi. Ana shunday suyuklik tarikasida natriy xloridning tuyingan eritmasidan foydalaniladi (1 l suvga 400 g). Bir necha axlat bulagi pastak stakancha yoki diametri 15—16 mm keladigan probirkalardagi ana shu eritma bilan korishtiriladn. Korishtirib bulgandan keyin kavarik menisk xosil bulishi uchun probirkaning orzigacha yana shu natriy xlorid eritmasidan kushiladi va ustiga koplari oyna yopiladi. Bir soatdan keyin koplari oyna oxista olinib, buyum oynasiga kuyiladi. Shunda koplari oynaga yopishib kolgan gijja tuxumlari buyum oynasiga utib koladi. Tegishli stakanchalar yoki probirkalar bulmasa, axlatni oddiy chinni kosachada korishtirish mumkin. Bir soatdan keyin yuzidan ingichka sim bilan bir tomchi olinib, buyum oynasiga tushiriladi.

Perianal ki'rma olish usuli urrochi parazit orka teshik soxasidagi teri burmalariga kuyib ketgan ostritsa tuxumlarini topish uchun kulllaniladi. Kiygoch kilib kesilib, 50% li glitserin eritmasiga xullangan yoroch tayokcha yoki gugurt donasi bilan xozir aytilgan joylardan kirma olinadida, uni buyum oynasining kirrasi bilan boshka buyum oynasidagi. glitserin tomchisiga tozalab tushiriladi va mikroskop ostiga kuyib, kuzdan kechirib chikiladi.

Ilmoksiz gijja (xukiz solityori) yukkan bulsa, bemorning axlat-ida kupincha gijja lichinkalari — onkosferalar topiladi. Onkosfera dumalok shaklda buyaadi. Uning radial yunalishda yulyul buladigan kora tusli pardasi ichida 6 ta ilmorini topsa buladi.

Chuchka solityorini hukiz solityoridan ajratish kiyin. Axlatda gijja tuxumlari yoki onkosferasi topiladigan bulsa, bularni tasmasimon gijjalar oilasiga mansub parazitlar deb aytiladi, xolos.

Serbar gijjaning etuk tuxumlari odatda oval (tuxumsimon) shaklda, tuk jigarrang tusda, yirik bulib kuzga tashlanadi, pardasi ikki konturli, ichidagi suyukligi donador buladi, kattaligi 60 mkm atrofida keladi.

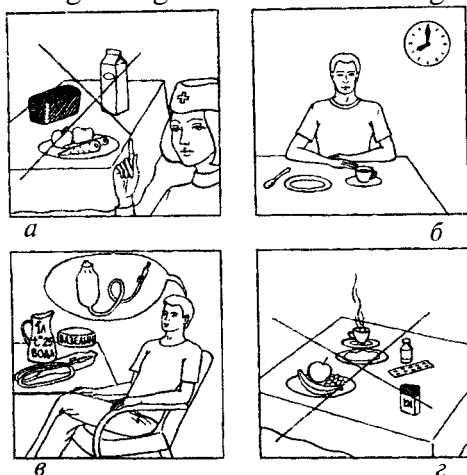
Askarida tuk jigarrang tusda, oval shaklda buladigan yirik tuxumlar kuyadi, tuxumlarining kalin, kungirador pardasi buladi. Ururlanmagan tuxumlarining gadir-budur pardasi bor.

5.8. Xazm tizimi xastaliklari bilan ogrigan bemorlarni instrumental tekshirish usullari

Bemorlarni me'da-ichak yullarining rentgenologik va endoskopik tekshiruvga tayyorlash

Bemorni me'daning rentgenologik tekshiruviga tayyorlash

Me'dani rentgenologik tekshirish tashxisiy axamiyatga ega. Uning maksadi me'da va ichaklarni ulardagi moddalar va gazlardan xoli kilishdir. Tekshiruvdan bir kun avval bemor dagal ovkatlar emasligi kerak, aks xolda bular tekshirishga xalakit beradigan gazlar xosil kiladi. Bir kun avval kechkurun va ertalab, ichaklar tekshiruvdan 2 soat oldin xukna yordamida tozalanadi. Rentgenologik tekshiruv kuni surgi dorilartayinlash mumkin emas. Chunki ular korinni dam kiladi.



Bemorni me'daning rentgenologik tekshiruviga tayyorlash (a, b, v, g).

Bemorni yugon ichakning rentgenologik tekshiruviga tayyorlash.

Yugon ichakni 2 usulda tekshirish mumkin: 1) yugon ichakni xukna vositasida bariy aralashmasi bilan tuldirish (irrigoskopiya); 2) bir kun avval kontrast modda kabul kilishdan sung yugon ichakni kuzdan kechirish. Odatda yugon ichak me'dani rentgenologik tekshirishdan 24 soat utgach kuzdan kechiriladi. Tibbiyot xamshirasi bemorni irrigos-kopiyaga 3 kun mobaynida tayyorlaydi. Bemor gaz xosil kiladigan moddalar kabul kilmaydi (kora non, sut, kartoshka va boshkalar). Meteorizmدا bemorga kuniga 3 maxal moychechak damlamasi beriladi va kechki ovkatdan sung el xaydovchi naychani 2 soatga 3 kun mobay-nida kuyiladi. Tuz, surgilar tayinlash tavsiya kilinmaydi. Bemorga tekshirishdan 1 kun avval tushki ovkatdan oldin 400—450 g kanakunjut moyi beriladi va yugon ichakni yuvish uchun xukna kilinadi. Kechki uxlashdan va ertalab nonushtadan oldin tozalash xuknasi kullaniladi. Sungra ovkat lukmasining ichak buylab surilishi uchun bemorga engil nonushta beriladi va kaytadan tozalash xuknasi kilinadi. Ichakni tekshi-rishdan 1 soat oldin el xaydaydigan naycha kuyiladi. Yugon ichakka xukna yordamida bariy aralashmasi yuboriladi. Ingichka ichakni tekshirish uchun bariy sulfat aralashmasini tekshiruvdan 6—8 soat oldin ichgan ma'kul.

BEMORNI UT PUFAGI VA UT YULLARINING RENTGENOLOGIK TEKSHIRUVIGA TAYYORLASH

Xoletsistografiya organizmga kontrast modda yuborish va keyin rentgen tasviri yordamida ut pufagi va ut yullarining shakli, xolati, faoliyatini ur-ganish xamda ut pufagidagi toshlarni aniklash imkonini beradi.

Tekshirishdan oldin 3 kun davomida meteorizm chakiruvchi maxsulotlar tanovul kilinmaydi. Tekshirish uchun tana massasining xar 20 kilogrami-ga 1 g xisobidan 0,5 g dan xar 5 dakikada yarim soat davomida shirin choy bilan preparat kabul kilinadi. Kontrast modda jigarga tushib, ut bilan ajraladi va ut kopida yigiladi. Uning maksimal kontsentratsiyasi preparat bilan kabul kilingandan 15—17 soat utgach kuzatilali. Agar tekshiruv muolaja ertalab soat 9—10 ga belgilangan bulsa, preparat tekshirishdan 1 kun oldin kechki soat 17—19 larda ichiladi. Yod saklovchi rentgeno-kontrast preparatlar kungil aynashi, ich surishi kabi noxush xolatlarni kel-tirib chikarish extimolini esda tutish lozim. R-grammada ut kopi soyasi-ning intensivligi, xolati, formasi, kattaligi, deformatsiyasi, konkrelintlar va x. z. aniklanadi. Ut kopining xarakat funkniyasini tekshirish uchun bemorga ut xaydovchi nonushta, 2 ta tuxum sarigi yoki 20 gr sorbit 100—150 ml suvga kushib beriladi. Xar 15 dakikada (seriyno) 3—4 marta R – da tekshiriladi. Xolegrafiya — vena ichiga kontrast modda yuborish bilan ut pufagi va ut yullarini rentgenografik tekshirishdir.

Bemorni 2 kun mobaynida tekshirishga tayyorlanadi. Tekshiruvning bu usulida kontrast modda bemor venasiga yuboriladi (bilignost eritmasi, bilitrast).

ESLATMA: Kontrast moddani bemor venasiga yuborishdan oldin sinama utkazish kerak, chunki ayrim bemorlar tarkibida yod maxsuloti bulgan dori vositalarini kabul kila olmaydilar. Bunday bemorlarda venaga kontrast moddani kiritish yoki sinama bajarish man etiladi.

1. Tekshiruvdan 1—2 kun oldin bemorning kontrast moddaga sezuvchanligip tekshiriladi: vena ichiga 1—2 ml bilignost yuboriladi.

2. Muolaja naxorga bajarilishi xakida bemor ogoxlantiriladi.

1. Tekshiruvdan 1—2 soat oldin tozalovchi xukna kilinadi.

2. Rentgen xonasida bemorni yotkizib, venasiga asta-sekin suv xammomida ilitilgan 20% li bilignost eritmasini 30—40 ml xajmda yuboriladi, xarorat 37°S bulishi kerak.

ENDOSKOPIK TEKSHIRUVLAR VA BUNDA TIBBIYOT XAMSHIRASINING KATNASHUVI

Tekshirishning bu usullari xozirda kapa axamiyag kasb etmokda. Ular fakat tashxisiy jixatdan emas, balki davo usuli sifatida xam kullanib, uning yordamida bronx, kizilungach, me'da va 12 barmok, ichak, siydik chikarish a'zolari kasalliklariga davo kilinadi.

Endoskopik tekshiruvlar maxsus tayyorgarligi bulgan malakali shifokor lar tomonidan utkaziladi. Xamshira shifokor yordamchisi xisoblanadi va u bemorni tekshnruvga tayyorlashni bilishdan tashkari apparatlarni karab turish, ishlata olish va muolaja vaktida uni tez muvofiklashtirishni uddalashi kerak.

Bronxlarni endoskopik tekshiruvga tayyorlash. Traxeya va bronx-larning ichki yuzasini maxsus asbob, bronxoskop yordamida kurib tekshirish bronxoskopiya deb ataladi. Tekshiruv 2 ta yunalishda olib boriladi:

Diagnostika maksadida bronxoskopiya kilish — traxeya va bronx-lardagi xavfli usmalar, yiringli kasalliklar, upka sili, yot jismlar va rentgenda aniklashning iloji bulmagan moddalarni topish maksadida kullaniladi.

Davolash maksadida bronxoskopiyadan bronxlardagi yot jismlar va ajratmalarini olib tashlash xamda dori moddalarini maxalliy kullashda foidalaniladi.

Xamshira tekshiruvgacha asbobning ushlagich va yoritgichini spirt bilan artadi, kushimcha moslamalarni yukumsizlantiradi va asbobni steril stolga tulik xolda tayyorlaydi. Muolaja maxlliy anesteziya yoki narkoz ostida olib boriladi. Maxalliy ogriksizlantirish endoskopiyadan 20 dakika avval ogiz bushligi, xalkum va kizil ungachning yukori kismiga pul-verizatoridan 1- 3 % li dikain eritmasini sepish uyli bilan amalga oshi-riladi. . Muolajani shifokor bajaradi

Ezofagoskopiya — kizilungachning ilk rivojlanish boskichilagi usmalarini uz vaktida aniklash, undagi yot jismlarni tashxis kilish va chikarish uchun kizilungach shillik pardasini kuzdan kechirish. Ezofagoskopiya, shuningdek davolash maksadida xam kullaniladi.

Gastroskopiya — me'da shillik, pardasining xavfsiz, xavfli usmalari, me'da yaralarini aniklash, biopsiya kilish va polioplarni chikarish uchun kuzdan kechirishdir.

Duodenoskopiya — 12 barmok ichak shillik, pardasini kuzdan kechirish, shu ichakdagi yaralarni tashxis kilish va ularni davolash usulidir.

Kolonoskopiya — yugon ichak shillik, pardasini kolonoskop yor-damida tekshirish, bu shillik, pardani umumiy kuzdan kechirishga imkon beradi. Kolonoskopiya yordamida yugon ichakning turli xil kasalliklari (yallig lanish, xavfli va xavfsiz usmalar, kon okishi va boshkalar) aniklanadi.

Bemorni tekshirishdan oldin 2—4 kun mobaynida parxez taomlar tayinlanadi, kora non, sut, kartoshka iste'mol kilinmaydi. Tekshirishdan bir kun oldin, ikkinchi nonushtadan sung 30-40 ml kanakunjut moyi beriladi, kechkurun uxlashdan oldin tozalovchi xukna bajariladi. Bemor kechki ovkatni iste'mol kilmaydi. Bu muolaja bolalar, keksa yoshdagi va kandli diabeti bor bemorlarga kullanilmaydi. Ertalab tekshirishdan 2 soat oldin ichak tozalanadi. El xaydovchi naycha kiritiladi.

Rektoromanoskopiya — tugri ichak shillik, pardasini kuzdan kechi-rish. Bu muolaja maxsus asbob rektoskop yordamida bajariladi. Bu tekshiruvda tibbiyot xamshirasining vazifasi bemorni tayyorlash, asboblarni tekshi rish va rektoskop kiritilgandan sung shifokorga yordam berishdan iborat. Tekshirish vaktida rektoskop naychasining tashki uchiga yunaltirib togora kuyiladi, chunki muolaja davomida ichakdan yuvindi suv yoki suyukdik axlat okib tushishi mumkin. Kabziyatda bemorni tayyorlash tekshirishdan bir necha kun oldin boshlanadi: tuzli surgi, 15%li magniy sulfat eritmasi (1 osh koshikdan kuniga 3 marta) beriladi. xar kuni xukna kilinadi. Xamshira bemorni muolajaga tayyorlashdan oldin kechkurun 2 marotaba xukna kilib, el xaydaydigan naycha kiritadi va engil ovkat berib, ertalab xam 30 dakika tanaffus bilan yana ikki marotaba xukna bajaradi va el xaydaydigan naychani kiritadi. Muolajani shifokor bajaradi. Xamshira esa bemorni kuzatib turishi lozim.

Tekshirish tugallangandan keyin rektoskopning sterillanadigan kismlari-gina ajratiladi, yuviladi, kolgan kismlari spirt va xloramin bilan artiladi.

Laparoskopiya — korin bushligi xamda kichik chanok a'zolarida turli kasallik jarayonlarini aniklash va kuzdan kechirish maxsus optikali laparoskop yordamida bajariladi. Tekshirishdan 1 kun avval kechkurun va tekshirishdan oldin tozalash xuknasi bajariladi. Teri ostiga 0,5 ml 1%li atropin sul'fat eritmasi yuboriladi. Tibbiyot xamshirasi bemorni arava-chada muolaja xonasiga olib keladi va uning nazorati ostida bemor tekshiriladi sung bemor xonaga olib kelinadi.

Barcha endoskopik tekshiruvlar asorat berishi mumkinligini unutmaz lik kerak. Anestetiklar kiritishga allergik reaksiya, kon ketishi, xushdan ketish shular katoriga kiradi. Xamshira bemorning axvolini doim diqqat bilan kuzatishi va biror noxush alomatlar paydo bulganda shifokorga xabar kilishi lozim.

SKANIRLASH

Diagnostika maksadida radio farmatsevt i k preparatlardan foydalanish-ga asoslanib turib bemorni tekshirishning bu metodi meditsinada radio-izotoplar yordamchda skanirlash deb ataladi. Bu moddalar zarar kilmay-digan juda oz mikdorlarda orga-nizmga yuborilganidan keyin skaner deb ataladigan maxsus pribor yordamida tekshirilayottan organning katta-kichikligi, shakli, xolati va funktsional axvoli turrisida axborot olish mumkin.

Bemorni rentgenologik yul bilan tekshirish uchun biror monelnk bulgan xollarda skanirlashni kullanish mumkin. Ba'zan skanirlash klinik metodlarni xisobga olmaganda kasallikni aniklab olish yoki patologik protsessning urnashgan joyini belgilab olishda yagona diagnostika metodi bulib koladi.

Endoskopiya

Kavak organlar (me'da, ichak, bronxlar)ni kuz bilan kurib turib tekshirib chikish uchun endoskop deb ata-ladigan maxsus asbob kullaniladi. Endoskop u yoki bu organga solinadigan ,nay kurinishidagi maxsus asbob-dir. Endoskopdagi aloxida optik moslama organni kuz-dan kechirib

chikishga, biopsiya kiluvchi moslamasi esa gistologik tekshirish uchun undan kichik bir bulak kesib olishga imkon beradi. Fotosistemi organ bushlirining fotosuratini tushirib olishga imkon tugdiradi.

Kizilungachni tekshirish uchun ezofagoskop, me'da va un ikki barmok ichakni tekshirish uchun gastroduodenoskop, yuron ichakni tekshirish uchun rektoskop, bronxlarni tekshirish uchun bronxoskop ishlatiladi. Endoskopiya bemorni tekshirishning kushimcha metodidir.

ULTRATOVUSH DIAGNOSTIKASI

Ultratovush diagnostikasi (exoskopiya) boshka tekshirish metodlari bilan topib bulmaydigan patologik tuzilmalarni aniklab olish uchun ultratovushdan foydalanishga (tekshirilayotgan tana kismalarining ichkarisiga ultratovush tulkinlarini yuborishga) asoglyachgan. Myagalan, exoskopkya yordamida ut pufagida rentgenologik yul bilan topib bulmaydigan mayda konkrementlarni (toshlarni) aniklab olish mumkin. Bu metod amaliyotda tobora kup kullanilmokda.

5.9. Xazm tizimi xastalıkları.

O'tkir gastrit.

Ushbu kasallik yoshga bo'liq bo'lmagan holda uchraydi. Moyil omillarga: alimentar sabablar(ovqatlanish rejimi va ratsionining buzilishi haddan tashqari ko'p ovqatlanish sifatsiz ovqat) toksikoinfeksiyalar, ba'zi dori vositalarini qabul qilish (bromidlar, yod vositalari) kiradi.

Simptomlari. Be'morda takroriy qusish, epigastral sohada xurujsimon og'riq, qorinda tolishish, og'riq hissi, ko'ngil aynish, ogiz qurishi, umumiy holsizlik kuzatiladi. Bimorni umumiy tekshirganda tili karashli, teri qoplamlari rangpar bo'lib yopishqoq ter bosgan bo'ladi. Bazan ichning suyuq o'tish, tana harorati ko'tarilishi mumkin. Bemorning qorni dam bo'lib, epigastral sohada kuzatiladi. Qorin parda ta'sirlanish simptomi marifiy bo'ladi.

Diagnostika

Anamnez va klinik kurinishiga asoslanib tashxis kuyiladi. Utkir gastritni asosan gastroenterokolit, salmonilyoz pankreatit kasalligi bilan kiyosiy tashxislash kerak.

Davolash. Ovkatdan zararlanganda, sun'iy kusish chakirilib oshkozon saklanmasidan bushatiladi (bir necha stakan ilik suv ichirilib barmok yordamida xalkum mexanik tarzda kitiklanadi) kerak bulgan paytda oshkozon ishkoriy eritma yoki oddiy ilik suv bilan yuviladi. Agar bemor sifatsiz ovkat iste'mol kilgan bulsa aktivlashtirilgan kumir 3 osh koshikgacha beriladi. Shu bilan birga magniy sulfat bir stakan ilik suvga 15-30 gramm mikdorida ichish uchun tavsiya etiladi. Ogrik simptomida («utkir korin» bundan mustasno) baralgin 5 ml muskul orasiga yoki vena ichiga, 50% analgin, 4-6 ml no-shpa yoki 2-4 ml 2% li papaverin bilan birga yoki galidor 2ml 2,5% eritmasi muskul orasiga yuboriladi. Organizm suvsizlanganda fiziologik eritma yoki 5% glyukoza 20ml yuboriladi. Xlorpepsin sindromida natriy xlorning 10% li eritmasi 10ml vena ichiga yuboriladi (ogir xollarda 20 milligacha).

Oshkozon yuvilgandan sung ichishga almangel, almak, vikair tavsiya etish mumkin.

Bemorga yotok rejimi buyurilib, 1-2 kun ovkatlanmaslik tavsiya etiladi. Figmonoz gastritda bemor jarroxlik bulimiga gaspilizatsiya kilinadi.

Kizilungach Oshkozon va unikki barmokli ichakdan kon ketishi.

Oshkozon– ichak traktidan kon ketishi yaradan va yaradan tashkari bulishi mumkin . Yaradan kon ketishi odatda surunkali kalliyozi va penitratziyalovchi yarada oshkozon va XII barmokli ichakningn utkir yaralarida kam xollarda esa oshkozon ichak anastemozining pepsik yarasi bor bulgan bemorlarda kuzatiladi. Yaradan tashkari kasalliklar esa 5 - 10 % xollarda oshkozon? ichakdan kon ketishiga sabab buladi. Bu kupincha portal giperteziyasida kizilungach va oshkozon vorinozi venalarining kengayishi natijasida Mellori Veys sindromida, erroziv gemoragik gastritda diafragmani kizilungach teshigi kisilgan churrasida kizilungach va oshkozonning xavli va xavsiz usmalarida korin atrofi anevrizmining yorilishidan yuzaga kelishi mumkin.

Kizilungachdan kon ketishi

Kupincha kizilungach travmalarida , jaroxatlarida , ximiyaviy kuyishlarida va ayniksa kizilungach kengaygan venalaridan kon ketishi kuzatiladi. Tashxis kuyishda anamnezga va kon ketish belgilariga asoslanadi : teri rangining okarishi , bosh aylanishi , AG`B ning pasayishi , puls tezashishi , xolsizlik , kujuk massalarida kon bulishi.

Davolash chora-tadbirlari asosan , arteriya va portal sistema buylab kon okishini kamaytirishga karatilgan bulishi , ya'ni kon oldini olish kerak . Buning uchun 5% li 200 ml glyukoza eritmasi 15-20 ed pituitrin kushib yuboriladi . 30 dakikadan sung Yana 5-10 ed pituitrin 20ml glyukoza bilan yuborish mumkin buladi . Kon ivishini kuchaytirish uchun vikazol 1ml mG`o ga , 10% li - 10,0 li gemofobin eritmasi , E – aminokopron kislotasi 5% li eritmasi 100ml vG`i ga tomchilab yuboriladi . Shu Bilan birga 12,5 % li ditsinon eritmasidan 2ml kuniga 1-3 marta yuboriladi . Bulardan tashkari kon tuxtatishda. Bleykmor zondini , endoskopik sileroterapiya metodi (maxalliy anesteziya ostida endoskop orkali 3% li trombovor eritmasi 1,5 -3 ml yuboriladi natijada tomir atrofida sileroz zona xosil buladi)ni kullash mumkin .

Kiliungach venoz kengaygan varikozlardan kon ketishi

Kizilungach varikoz kengaynag venalardan kon ketishi kupincha , portal gipertenziya sindromi bulgan bemorlarda , portal sistemadagi konning kiziungach venalariga xaydalishi natijasida boshlanadi. Darvoza vena sistemasida bosimning oshishi , portal vena sistemasidagi kon okishiga mexanik tusik borligi sabli yuzaga keladi (portal dimlanish). Buning okibatida jigarda ogir metabolik uzgarishlar rivojlanadi. Mexanik tuskinlik lokalizatsiyasiga karab bulinadi: jigar osti bloki darvoza yoki talok venasini obliteratsiya yoki chandikli torayishi , darvoza venali yoki uning tarmoklarining usma , chandik Bilan kiskarishi vash u Bilan birga darvoza venasining anomaliyasi okibatida paydo buladi . Jigar ichi blokining asosiy yuzaga kelishi sababi – jigar sirrozida jigar bulakchalarida markaziy venalarni respirator tugunlar bilan kisilishidar. Jigar usti Bilan , jigar venasining anomaliyasi yoki chandikli kisilishi va obliteratsiya natijasida paydo buladi.

Kopka vena bloklarini barcha kurinishi uchun uchlik simptomi xarakterli : kizilungach venalarining kengayishi , splenomegaliya va astsit .

Diagnostikasi . Kon ketishiga kuyidagi simptomlar kushilib kelishi mumkin: chap kovurga ostida ogrik, korin dam bulishi va ogirlik xissi yutishning kiyinlashishidir. Ammo kon ketishining erta tashxisotida bu simptomlarni axamiyati kam deb xisoblanadi. Chunki kon ketitish odatda tusatdan utkir boshlanib , kup mikdorda tuk rangdagi laxta kon kusish Bilan nomoyon buladi. Bir vaktning uzida korinda tusatdan ogrik paydo buladi. Bu ogriklar kup mikdorda konli kusishdan keyin kamayadi yoki butunlay yukoladi. Kupincha bunday kon ketishlar 30-45 yoshdagi odamlarda kuzatilib , ularda jigar talok kattalashib , kattiklashishi , kaft eritemasi , yuz kukrak terisida «tomir yulduzchalari» , korin devorining old va yon yuzalarida teri osti venalarining kengayishi kabi simptomlarini kurish mumkin.

Jigar ichi bloki bulgan bemorlarda kon ketishdan sung nisbanan tez jigar etishmovchiligiga xos klinik – bioximyoviy belgilar rivojlanadi: adinamiya , entsefalopatiya , kunduzi uykuhanlik va kechkurun uykusizlik vakt va sharoitga nisbatan orientatsiyaning buzilishi , uz axvolini noadekvat baxolash xarakterning pasayishi , ba'zan eyforiya kuzatiladi. Ba'zi bemorlarda kon ketishlardan keyin koma xolati rivojlanishi mumkin. Vakt utishi Bilan sariklik paydo bulishi , diurez kamayishi astsit kattalashuvi kuzatiladi.

Kon ketish kupincha gipotoniya rivojlanishi va portal bosimining pasayishi natijasida tuxtaydi. Ammo bu xolat vaktinchalik bulib , ma'lum vaktidan sung takroriy kon ketish boshlanadi . Bu esa jigarning funksional etishmovchiligini yanada chukurlashtiradi. Portal gipertenziya Bilan boglik bulgan kon ketishni tashxislash kiyin : chunki kon ketish boshlangandan sung talok ulchami kichrayadi , jigar paypaslanmaydi va kon ketish astsit paydo bulishidan oldin yuz beradi. Tashxislashda EFGDS ning axamiyati katta . Agar kizilungach venalaridan kon ketishi jigar osti Bilan boglik bulsa , klinik belgilari , jigar ichi tusigi bulgan bemorlarga nisbatan kam nomoyon buladi . Bu jigarda funksional va morfologik uzgarishlarning kamroq nomoyon Bilan boglik. Kizilungach varikoz kengayishi venalardan kon ketishini tashxislashda anamnez ma'lumotlariga (virusli gepatit ni boshdan utkazganligini , sariklik paydo bulishi , tez-tez burun gemoroidal yoki bachadondan kon ketishi) va bemorni tekshirish natijalariga asoslanadi. Bir vaktning uzida talok va jigarning kattalashishi yoki atrafik uzgarishlar yuz berganda partal gipertenziya bilan boglik bulgan kon ketish tugrisida uylash mumkin. Bunga astsit , kindik soxasi va korin devorining old kismidagi venalarning kengayishi yakkol dalil bulib xisoblanadi.

Taktika

Kizilungach kengaygan venalaridan kon ketishi bemorlari kuzatilgan bemorlarning shoshilinch xolda xirurgik statsionarga yuboriladi . Bemorlar zambarda , boshini pastga tushirgan xolad bulimga transportirovka kilinadi .

Yaradan kon ketish

Bu xolat oshkozon va 12 barmokli ichak yara kasalligi Bilan ogrigan bemorningn 15-20% da kuzatiladi. Ayollarda nisbatan kuprok , erkaklarda va ayniksa mexnatga layokatlitli kishilarda kuzatiladi. Kup mikdorda va profuz kon ketishi aosan oshkozon kichik egriligidan yoki 12 barmokli ichakning orka va medial devorida joylashgan kollyoz va penitratsiyalovchi yaralarda yuz beradi . Erroziyaga odatda ung va chap oshkozon arteriyalari yoki oshkozon 12 barmokli ichak arteriyalari duchor buladi.

Profuz kon ketishning sabablaridan biri- oshkozon va 12 barmokli ichak shillik kavati erroziyasi bulib, shillik kavat rezistentligi pasayishi va utkazuvchanligining oshishi , shu Bilan birga kon Bilan ta'minlanishning buzilishi okibatida yuzaga keladi. Kon ketish Bilan asoratlanadigan oshkozon shillik kavati va shillik osti kavati yaralarini utkir uzgarishi , gipertoniya kasalligi, infarktmiokard, utkir xolitsistit , utkir pankriotit , jigar sirrozi va boshka ichki organlar funksiyasi buzilgan bemorlarda kuzatiladi .

Diagnostika . oshkozondan kon ketishi odatda utkir boshlanadi . Kupincha o chyoki kizild rangda kon kusish Bilan nomoyon buladi. Kupgina bemorlarda kusuk massasi kofe kuyukasi rangida buladi . Kon ketish Bilan birga xolsizlik , teri va shillik kavatning rangparligi , bosh aylanishi , bosh ogrishi , puls tezlashishi arterial bosimning pasayishi , agar kon ketish profuz bulsa- kollaps kuzatiladi . Korin odatda tortilgan bulib, nafas aktida katnaydi. Palpator tekshirilganda yumshok va ogriksiz bulishi mumkin.

Kon ketish vaktida korindagi ogrik intensivligining pasayishi yoki umuman yukolishi kuzitiladi. Bu Bergman simptomi deb ataladi. Tugri ichakni barmok orkali tekshirganda axlatni kora kumir rangida kurish mumkin. Axlatning korayishi kon ketish boshlangandan sung 8-10 soat utgach nomoyon buladi. Shuning uchun oshkozondan kon ketishida gumon kilingan borlarda

vash u Bilan birga kon ketishi kuzatilgan bemorlarda xam albatta barmok orkali tugri ichak teshirish kerak. 12 barmokli ichakdan kon ketishi , kupincha yara kasalliklaridagi kuzish davrida kallez yoki penetratsiyalovchi yaralar paydo bulganda yuz beradi. Bemorlarda kon yukotishning umumiy belgilari (pulsning teshlashuvi AG`B ning pasayishi va boshkalar) va kora rangdagi axlatning paydo bulishi kuzatiladi .

12 barmokli ichakning anatomik joylashishi jixatlari va kon Bilan ta'minlanishi kuchli bulganligi sababli kollaps rivojlanadi.

12 barmokli ichakdan kon ketishining klinik kurinishi asosan yukotilgan kon mikdoriga va kon ketish tezligiga boglik . Bu erdada xam oshkozondagidek kon ketish vaktida korindagi ogriklar kamayadi yoki umuman yukoladi .

Korin paypaslab tekshirilganda 12 barmokli ichak proektsiyachida ogrik aniklanadi. Ba'zida bu soxada kindikdan ung tomonda , korin old devori muskuli tarangligi aniklanadi. Oshkozon va 12 barmokli ichakdan kon ketishini tashxislashda ; korindagi ogriklar xarakteriga , ya'ni ularning ovkat kabul kilish Bilan boglikligiga , kasallik mavsumiyiligiga , kon ketish belgilariga (ter iva shillik kavatlardagi uzgarishlarni , puls chastogtasi AG`Bning kutarilishi), kofe kuyukasi rangidagi kusak massa yoki kora rangdagi axlatga korinlagi ogrik intensivligining pasayishi yoki umuman yukolishiga vash u Bilan birga tugri ichakni barmok orkali tekshirish natijalariga asoslanib tashxislanadi.

Kon kusish xususiyatiga kura bir necha diagnostik axamiyatga ega . Kup mikdorda och kizil rangda , laxta Bilan kon kusish kizilungach kon ketishidan , «kofe kuyukasi»rangida, laxtali yoki laxtasiz kon ketishdan darak beradi. Shu Bilan birga kup mikdorda shillik aralash kon bulsa , bu erroziv gastritdan darak beradi. Ammo prfuz kon ketishlarida doim xam konli kusish bulavermaydi . Agar kon axlat massalari Bilan ichak orkali ajralsa, kon yukotish darajasi aniklash ancha kiyin kechadi. Kon ketish uzok vakt davom etganda ichaklar peristaltikasi odatda kuchayadi va bu auskultativ usul orkali aniklanadi .

Oshkozon – ichak yaralaridan kon ketishi kechishiga karab 2 davrga bulinadi :

- Yashirin (latent)
- Anik .

Yashirin (latent) davri konning oshkozon –ichak traktiga okib tushishidan boshlanadi. Bunda bemorda xansirash, bosh ogrishi , boshda shovkin bulishi , kungil aynishi , kup terlash , xushdan ketish xollari kuzatiladi. Bu simptomlar , kon yukotish natijasida organ ichi kon aylanishining buzilishi zamirida yuzaga keladi. Yashirin davr davomiyligibirinchi navbatda manba lokalizatsiyasiga va kon ketish tezligiga , shu Bilan birga yukotilgan kon mikdoriga boglik . Bu davrda kon ketishining klinik kurinishi , vegitativ tomir distoniyasi , tomir kriz iva boshka nevrogen xolatlar kurinishida , ba'zan esa stenokordiya , yurak ishemik xastaligi kurinishida nomoyon buladi. Agan kasallik boshlanishi , anamnez ma'lumotlari kasallikning klinik kurinishi dikkat bilan urganilsa gospitalizatsiya etapigacha oshkozon-ichak utkir kon ketishi oldida olib borishi mumkin . kon ketishining yakkol nomoyon bulgan davri kofe kuyukasi rangida kusish yoki kora rangda axlatning ajralishi Bilan boshlanadi.

Yaradan prfuz kon ketishi Bilan birga yara perforatsiyasi xam kuzatilishi mumkin.Ularning birgalikda kushilib kelishi proferativ yarasi bulgan bemorlarning 4,2-12% da uchraydi. Asosiy xususiyati shunda-ki , kon ketish vaktida bemorda kuchli ogrik kuzatiladi va asta- sekin bu ogriklar kamayadi . Korin oldi devori muskullarining tarangligi doim yakkol nomoyon buladi. Chunki korin bushligida , kon oddiy oshkozonda saklanmasligiga karaganda porietal varagi kamrok ta'sirlanadi .

Peretonit rivojlanishi bilan korin old devori muskullari taranglashadi.

Taktika . Bemorda kon ketish borligini aniklagandan sung , uning sababini tekshirmasdan , tezda xirurgik bulimga gospitalizatsiya kilinadi.

Bemorni davolash muassasalariga «oshkozo-ichakdan kon ketishi» Bilan yotkiziladi.

Yaradan tashkari kon ketishlar .

Mallori – Veys sindromi .

Bu sindromning morfologik moyiyatini oshkozon pordial kismi shillik kavatida kon ketish Bilan kuzatiladigan chizikli yoriklar xosil bulishi tashkil etadi.

Bunday yoriklar oshkozon tulishganda , tuxtovsiz kuganda , kattik yutal va buning natijasida korin ichak bosimining ortishida shu bilan birga kordiofagal spazm natijasida yuzaga keladi. Sindrom rivojlanishida, gastro-duodenal zona a'zolarining surunkali kasalliklarining axamiyati katta .

Diagnostika .

Tuxtovsiz kusish yoki kuchli yutal natijasida tush orti yoki epigastral soxada ogrik bilan nomoyon buladi . Kusish massalarida och pushti rangda laxtali kon aniklanadi .

Markaziy gemodinamik uzgarishlar darajasi va ichki kon ketish belgilarini yakkol nomoyon bulishi , kon ketish tezligiga kon yukotish ogiriligiga boglik buladi.

Taktika. Oshkozondan kon ketish belgilari kuzatilgan bemorlar shoshilinch ravishda xirurgik statsionarda yuborilishi kerak .

Utkir gemorragik gastrit.

Kasallik asosida oshkozon shillik kavating distrofik uzgarishlari, mayda tomirlar spazmi, venoz dimlanish yotadi. Buning natijasida eroziyalar, kon kuyilishlar va kon ketishlar yuzaga keladi. Taxmin kilishlaricha, bunday gastritning rivojlanishidan allergik reaksiyalar katta rol uynaydi.

Diagnostika. Utkir gemorragik gaastritning xarakterli klinik belgilar yuk. Kupincha bemorlarni kon ketishigacha korindagi ogriklar va dispeptik simptomlar bezovta kiladi. Amaliyotda gastrit kurinishida kechuvchi oshkozon kasalliklari nisbatan tez-tez uchraydi va keyinchalik tusatdan kon ketish bilan asoratlanadi. Kusuk massalarida kup mikdorda shillik aralash och kizil rangda kon ajraladi. Kusish epigastral soxadagi ogrik bilan bir vaktida yuzaga keladi. Fakatgina endoskopik tekshirish orkali tugri tashxis kuyish mumkin. Bunda oshkozonda kugina koplal turgan eroziyalarni aniklash mumkin.

Taktika

Oshkozondan kon ketish belgilari kuzatilgan bemorlarda shoshilinch ravishda xirurgik statsionarda yuborish kerak.

Diafragmaning kizilungach teshigi kisilgan churrasi .

Diagnostika . Oshkozonning diafragma kizilungach teshigining kisilib kolishida , kogon aylanish , ayniksa venoz kon aylanish buziladi.

Buning okibatida venoz dimlanish va oshkozon shillik kavati distrofik uzgarishlari yuzaga keladi.

Katta fizik zurikishlar , kuchanishlar natijasida oshkozon shillik kavati shikastlanib , shillik osti kavatda kon kuyilishlar paydo buladi va ichki kon ketish boshlanadi. Bunga tuxtovsiz kusish va

kusuk massada laxtali och kizil rongdagi kon xarakterli bulib , anemiya belgilarining rivojlanishi Bilan keladi. Ba'zan kon ketish tush ortida va epigastral soxada kuchli ogriklar Bilan Bilan birga kechadi. Keyinchalik erroziv gemorragik gastrit rivojlanishi natijasida axlatning rora rangni tus olishi kuzatiladi.

Diafranmaning kizilungach teshigi bulgan bemorlarda kon ketishining patogenez iva klinik simptomlari , xudi erroziv gastrit sigmentlariga uxshash buladi. Lekin bunday bemorlarda bir necha aloxida belgilar kuzatiladi: kusish, ogrik va xansirashning ovkatlangandan keyin boshlanishi , ba'zan yutingan paytda ovkatning kizilungach orkali utishi kiyinlashishi.

Tizzalar korin soxasiga bukilganda epigastral soxasida ogrik intensivligi kamayadi.

Kukrak kafasini auskultatsiya va perkussiya kilish orkali peristaltik shovkinlar , timpanik va bugik tovushlarning navbatlashishi aniklanadi (bushlik a'zolarning korin bushligidan kukrak kafasiga siljishi belgisi) .

Taktika .Oshkozondan kon ketish belgilari kuzatilgan bemorlar shoshilinch ravishda xirurgik statsionarlarga yuboriladi.

Kon yukotish darajasini aniklash .

Gemorragik shakli

Kon yukotish darajasini aniklash adekvat davolash taktikasini tanlashda katta axamiyatga ega. Kondagi eritrotsitlar mikdoriga , gemotokrit kursatgichlariga , yurak kiskarishi chastotasi va arterial bosim balandligiga asoslanib kon yukotishning 3 ta darajasi belgilanadi. Krn ketishning engil darajasida eritrotsitlar soni $3 \cdot 10^{12}/l$, yurak urishlar chastotasi dakikasiga 85 gacha, AG`B me'yorda , teri rangparligi urtacha buladi.

Kon ketishning urta darajasida yurak kiskarishlar chastotasi 1 minutda 100 gacha , AG`B 95G`100 mm. sm. ust gacha pasaygan , eritrotsitlar soni $2,5 \cdot 10^{12}/l$ gacha buladi. Ogir darajali kon ketishda esa taxminan , yurak kiskarishi 1 dakikada 110 va undan ortik , AG`B 85 mm.sim.ust gacha va undan past , eritrotsitlar soni $2,5 \cdot 10^{12}/l$ dan past buladi.

Kon ketish xajmini shok indeksi yuuyicha AG`B va pul nisbatiga asoslanib baxolash maksadga muvofik buladi. Ushbu undeks Algovver va Buri (1967) tomonidan ishlangan bulib , yukori infarmativ xususiyatga egadir.

Shok indeksi : 1 dakika puls chastotasi G` sistolik bosim . mm sim ust . da

Normada shok indeksi 0,5-0,6 ga teng . Agar u 1 gacha oshsa , kon ketish xajmi RTsK ning (aylanib yuruvchi kon xajmi) 15% ga tugri keladi Bu katta yoshdagi odam uchun 1000ml atrofida buladi. Shok indeksi 1ga teng bulsa , bemor xayoti xavf ostida buladi .

Agar kon indeksi 1,5 gacha oshsa , kon ketish xajmi AYuKX ning 20-30% ga tugri keladi (1500ml gacha). AYuKX tusatdan 20 ga kamayadi , kolisinsatsiyalovchi gemmorragik shok rivojlanadi (teri koplami okaradi , sistolik bosim100 mm .sim.ust. dan oshmaydi puls 1 dakikada 100-120 atrofida va oligouriya kuzatiladi.

Agar shok indeksi 1,5 dan yukori bulsa, kon ketish AYuKX ning 30 % ga teng. Bunday xollarda dekompleksatsiyalashgan gemorragik shok rivojlanadi : AG`B 100 mm sim.ust. dan apst (AYuKX 40-50% ga kamaysa, u aniklanmaydi) , puls 1 dakikada 120- 140 ta , xansirash paydo buladi , teri kontalash okaradi , lablarda sianoz, venoz tulishining etishmovchiligi , tirnok yuzasining korayishi , kusish, kurkuv , oligouriya belgilari kuzatiladi. Gemorragik shokning kaytmas belgilari gepototsit xajmining kengayishi , xayotiy zarur organlarning kon aylanishi buzilishi natijasida gipoksik uzgarishlar yuzaga keladi.

Taktika

Oshkozon –ichakdan kon ketish belgilari kuzatilgan bemorlar shoshilinch ravishda xirurgig stasionarlarda yuboriladi. Bemor zambar aravachada bulimga tashiladi. Bemorga suyaklik ichish va ovkatlanish ta'kidlanadi.

Davosi

Engil darajali kon ketishda (AYuKX 15% gacha) epigastral soxada muz xaltacha kuyiladi va vena ichiga 10%ml kaltsiy xlorid eritmasi yuboriladi , 3% li 4ml vikasol eritmasi yuboriladi. Natriy xlorning izotonik eritmasi 5% li 100 ml aminokopron kislotasini kushib , vena ichiga kushib tomchilab yuboriladi.

Agar kon ketish AYuKX 20% ga teng bulsa, gemorragik shokni davolashini asosiy vazifasi bu – sirkulyatsiyadagi kon xajmini tuldirish va markaziy gemodinamikasini saklashdan iborat . Bu xolatda plazma urnini bosuvchi eritmalar kullaniladi (reopoligmonin , jelatinon). Lekin bular , konning asosiy funktsiyasi bulishi , kislorod rtansportini kompensatsiya kila olmaydi. Shuning uchun bemorlarga kolloid plazmaurnini bosuvchi vositalar yuboriladi . Bir vaktning uzida 1500 ml gacha kolloid eritma kuyish mumkin , chunki katta xajmda yuborilganda ketishga moyillikni oshiradi va kon guruxini aniklashni kiyinlashtiradi.

Agar bemor 1000-1600 ml kon yukotgan bulsa, poliglyukin bilan kristalloid eritmalarini birga yuborish mumkin (0,85% li natriy xlor eritmasi , 5% li glyukoza eritmasi , Loko-Ringer eritmasi , laktasol eritmasi) . Kollond va kristalloid eritmalar nisbati – 1:3 bulishi kerak. Ogir gemadinamik uzgarishlarni oldini olish uchun plazma urnini bosuvchi eritmalarini yuborish tezligi kata axamiyatga ega. Agar A/B ni aniklay olmasak , unda suyaklikni 250-300ml/min tezlikda yuborish kerak. Buning uchun markaziy venalar koteterilizatsiya kilinadi. (umrov osti , buyinturuk, son katta venasi) .

Shokka karshi ta'sir etuvchi dori vositalaridan steroid garmonlar bulib, ular vena ichiga yuboriladi . Gidrokortizon 150 mg/kg, prednizalon -35 mg/kg . Agar bemorda yurak-kon tomir etishmovchiligi kuzatilsa , yurak glikozidlari tavsiya etiladi.

Klinik xolatlar terapevt amaliyotida (xazm sistemasi xastaliklarida)

Bemorni tekshirish xususiyatlari .

Bemorni standart sxema buyicha tekshirish kerak: kusus massasi va axlatni kuzdan kechirish , korinni fizikal tekshirish, umumiy klinik tekshirish va kushimcha tekshirishlar kiradi.

Kusus massasini kuzdan kechirishda kuyidagilarni aniklash zarur: mikdori –anik bir intervaldan sung kup mikdorda kusish privratnik stenozidan darak beradi; ularni xidi – axlad xidli kusish , ichak tutilishiningkechki boskichlaridan darak beradi.

Rangi va tarkibi – mikdori va rangiga e'tibor beriladi (och kizil rangda yoki kofe kuykasi rangida) . Kusus massalarida zaxarlanishga sabab bulgan ximiyaviy moddalarni , tabletkalarni kurish mumkin.

Axlat massasi sutkasida 150-200 g bulishi kerak. U silindrik shaklda , kalinligi 2-4 sm da , bir oz kattik konsistentsiyada bulishi kerak. Axlat rangi me'yorda xar xil bulishi mumkin : sutli maxsulotlar iste'mol kilganda – och jigar rangda , ba'zan sarik rangda , gushtli maxsulotlardan keyin jigar rangda , usimlik maxsulotlaridan keyin esa (hevel, hpinot)- yashilcha yoki kizgish rangdagi axlat , kora smorodina , kofe ,ayrim dori vositalarini (karbogen, vismutva temir preparatlari) kabul kilinganda kuzatilishi mumkin.

Axlat xarakter iva rangi patologik xollarda kuyidagicha buladi: axlat rangining tilla –sarik bulishi , yugon ichak buylab peristaltikasini kuchayishida kuzatilib , ichak dizbakteriozi rivojlanadi: sarik utkir xidli , axlat kup mikdordagi xavo pufakchalari bulgan axlat-dispepsiya kasalliklarida kuzatiladi. Agar axlat ok yoki kulrang bulsa , bu xolestaz yoki xolikinez buzilganligidan darak

beradi. Surunkali pankreatitda esa axlat kulrang - sargish rangda buladi . Axlatni kora rangda bulishi xazm sistemasining yukori kismida kon ketishidan xabar beradi.

Korin soxasini tekshirganda , uning shakliga , dam bulishiga , simmetrikligiga , nafas aktida korin devori mushaklarining katnashishiga , ichaklar peristaltikasiga e'tibor beriladi.

Korinning yukori kismida dam bulishi

Privratnik stenozida , oshkozonning utkir kengayishida yoki surunkali pankreatitkuzish davri kuzatiladi. Korinning diffuz dam bulishi esa oshkozon-ichak trakti diskeniziyasida , yugon ichakning tutilishida yuzaga keladi. Korin soxasini palpatsiya kilish , asosan ogriksiz zonalardan bajariladi. Korin perkussiyasi esa chap yoki uning yonbosh soxaga yotkizilib bajariladi.

Perkussiya orkali korin bushligiga suyuqlik yoki gaz tuplanganligini aniklash mumkin . Ichakning motor funksiyasini baxolash uchun auskultativ usulda bir nechta nuqtalar eshitib kuriladi. Ingichka ichakning peristaltik shovkinlari kindikdan 1-2 sm unгда va pastrokda yaxshi auskultatsiya kilinadi. Bulardan tashkari bemorni rektal va vaginal tekshiruvni utkazish muxim bulib xisoblanadi.

GASTRITLAR

Ta'rifi . Gastrit-polietiolgik kasallik bulib, me'da shillik pardasi va uning dezsimon apparatida turli darajadagi patomorfologik (atrofik yoki gipertrofik) va funksional uzgarishlar paydo kilibgina kolmay, balki patologik jarayonning aksariyat me'daning boka katlamlariga (pardalariga) tarkalishi bilan xam xarakterlanadi. Utkar va xronik gastrit-klinik-anatomik tushuncha bulib, unda morfologik va funksional uzgarishlar klinik belgilar bilan, shuningdek me'daning sekretar va motor funksiyasi buzilishlar bilan birga uchraydi. Erkaklarda ayollarga nisbatan kuprok uchraydi.

Surunkali gastrit – juda keng tarkalgan kasallik. Adabiyotlardagi ma'lumotlarga binoan u bilan kasallanish 1000 axoliga 25 tagacha (2,5%) tashkil kiladi. Stein (1974) fikricha, xronik gastrit er kurrasidagi axolining deyarli yarmini kasallantiradi.

Xazm organlari kasalliklari oraisda u kariyib 35% ni, me'da kasalliklari orasida esa 60-85% ni tashkil etadi.

1. Etiologik printsip:

1) ekzogen gastritlar (ovkatlanish rejimi va ritmi buzilishi,

alkogol va nikotinga uchlik, termik, ximiyaviy va mexanik agentlar ta'siri, kasb korga taaluqli zararli omillar ta'siri);

2) endogen gastritlar (vegetativ nerv sistemasida va endokrin organlardagi buzilishlar bilan boglik nerv-reflektor gastrit, gematogen, gipoksemik, allergik gastrit).

II. Morfologik printsip;

1) yuza gastrit;

2) rofiyasiz gastrit;

3) atrofik gastrit (urtacha, ifodalangan, epiteliyning kayta kurilin xodisalari bilan).

III. Me'daning funksional xolati buyicha:

1) normal sekretor funksiyali;

2) pasaygan sekretor funksiyali;

a) urtacha; b) ifodalangan;

3) Oshgan sekretor funksichyali.

IV. Xronik gastritning klinik kechishi kuyidagilarga bulinadi:

1) kuzish fazasi;

2) remissiya fazasi;

3) notulik remissiya fazasi.

Klinik ma'lumotlar va nazariy bilimlarga asoslanib student kuyidagilarni bilishi kerak:

1) asosiy jarayonni aniklash (kasallikning mustakilligini, joylashuvi va xarakterini);

2) taxminiy diaqnozni tasdiklash uchun tekshirishning asoslangan planini tuzish;

3) kuyidagilarga asoslanib balafsil diaqnozni aniklash:

- kasallikning etakchi diaqnostik mezonlarini, ularning patogenezinini va moxiyatini bilish;

- kushimcha tekshirish metodlari natijalariga baxo bera olish;

- klinik belgilari gastritni eslatadigan yoki gastrit belgilari ularda ikkilamchi bulgan kasalliklar bilan differentsial diaqnostika utkazishni bilish;

4) jaryonning ogir-engilligi, bemorning axvoli (orik-semizligi). boshka organlar va sistemalari, me'da sekretyasi xolatini xisobga olgan xolda davolashning tulik planini tuzish.

Etiologiyasi, patogenezi va patologik anatomiyasi

1. Xronik gastritning utkir gastritdan, xar xil etiologiyasi gastriteritlardan keyin rivojlanishi (kechikib va tula sifatli bulmagan davolash, parxez rejimi buzilishi xollarida).

2. Xronik gastritlarning polietiologik bulishi:

-alimentlar gastritlar: kuruk oakatlar eyish, utkir ziravorlar, souslar, ovkatni xushta'm kiladigan moddalar, chekish, ichkilik ichish va boshka ekzogen omillar;

-toksik gastritlar: dorilar ta'siri, kator ximiyaviy moddalar va zararli omillarning me'da shillik pardasiga ta'siri(kumir: metall, paxta changi, ishkorlar yog kislotalar buglari va b.);

-organlar va sistemalar kasalliklarining axamiyati (endogen omillar): buyrak etishmovchiligi-uremiya ; podagra, atsetonemiya va xronik infektsiyalar (sil, zaxm, tonzillit va b.);

-gipoksemik gastrit: kon aylanishi etishmovchiligi, upka yurak etishmovchiligi, kelib chikishi xar xil tashki nafas etishmovchiligi (yurak porklari, xronik pnevmoniya, upka emfizemasi va b.);

«oilaviy» gastritlar – ota-onalarida yoki oila a'zlarida va yakin karindoshlarda gastritlar borligi.

3. Xronik gastrit rivojlanishiga sabab buladigan patogenetik sharoitlar.

- me'da bezli apparati regeneratsiyasi buzilib, uni atrofik uzgarishlarga olib kelishi, individual genotip xususiyatlari va immunologik siljishlar, bular shillik pardaga va Kasl ichki omiliga antitelolar xosil bulishida namoyon buladi;

- antigenlar paydo bulishi (alimentlar omillar, dorilar bakterial taoksinlar ta'siri natijasida paydo bulgan) immun kompetent sistemada muayan nuksonlar bulganda va me'da ichki pardasi tukima elementlariga ntitelolar ishlaganda gipersibilizatsichya olib kelishi mumkin.

4. Morfologik uzgarishlar epiteliy tukimalarida distrofik, atrofik va disregenerator belgilari va me'da shillik pardasining biriktiruvchi elementlarida yalliglanish reaktiyasi belgilari bilan

xarakterlanadi. Bu uzgarishlar yuza yoki chukur bulishi, uchokli yoki diffuz xarakterda bulishi mumkin.

Klinik manzarasi. Kasallikning klinik belgilari kasallik formalariga, jarayonning ogir-engilligiga, me'da seretor funksiyasiga kushilib, keladigan kaslliklarga boglik.

I. Subektiv ma'lumotlar. Shikoyatlari:

-tush osti soxasida ogrik (xarakteri-simillagan, zirkiragan), odatda ovkat eyilgandan keyin ogrikning engillashuvi – oshgan sekretsiyada, ogrikning tik turganda yoki yurganda kuchayishi, gastriptoiz borligidan buladi;

-tush osti soxasida achishish va va tuliklik xis kilish;

-me'da sekretsiasining xoalitga kura nordon xavo bilan yoki palagda tuxum xidi keladigan kekirish;

-korinda bosim yoki dam bulish sezgisi;

-ishtaxa aynishi, kusish, ich buzilib kotib turishi (kabziyat, ich ketar);

-yaxshi uxlay olmaslik, injiklik va nerv sistemais funksional buzilishining boshka belgilari, nevrasteniyalar;

-bexollik, kayfiyat yomonligi, ish kobiliyati pasayib ketishi;

bosh ogrigi, bosh aylanishi, keskin xolsizlik, kuz oldi korongulashuvi va gastrogen anemiya yoki kasllikning boshka asoratlariga xos xar xil shikoyatlar.

II. Subektiv ma'lumotlar analizi (bemorlarning shikoyatlari va kasalliklar anamnezi).

Sh. Obektiv ma'lumotlar:

-umumiy xolat, gavda tuzilishi, semiz-oriklik jarayonlarining ogir-engilligiga, kasallikning klinik formalariga kura xar xil (sekretsiya xolati normal, pasaygan yoki oshgan, shillik parda xolati gipertrofik yoki atrofik).

-ovkat xazmi va surilishi etishsovcchiligi etishmovchiligi sindromi (distrofik uzgarishlar);

-gipopolivitaminoz sindromi, turli vitaminlar, aksariyat V gruppaa vitaminlari tankisligi belgilari (ogiz burchaklari bichilishi, terining ortikcha pust tashlashi, sochlarning barvakt tukilishi, tirnoklarning murtligi va b.);

-diselektrolit sindromi-asosan sekretor etishmovchiligi bulgan gastritlarda kuzatiladi: kaliy ionlari tankisligi (konni bioximiyaviy tekshirishda va EKG da aniklanadi-S-T- intervali pasayishi va musbat T tishchasi), kaltsiy ionlari tankisligi (suyak tuberkulalari surilishi bilan osteodistrofiya simptomlari va biriktiruvchi tukimaning usib kalinlashuvi, alkaloz simptomlari bilan yuzaga chikadi); temir tankisligi (odatda anik ifodalanmagan temir tankisligi anemiyasi bilan utadi);

-astenonevrostenik sindrom: vegeqativ tomirlar distoniyasi simptomlari, oyok-kullarning sovkotib turishi, gipotoniya, paresteziyadan shikoyatlar;

-poliglandulyar endokrin etishmovchiligi sindromi: urtacha buyrak usti bezlari-gipofizlar etishmovchiligi belgilari, jinsiy funktsiya buzilishlari;

-korin purkussiya va auskultatsiya kilinganda olingan ma'lumotlar odatda juda kam kutilgan natija bermaydi;

-korin palpatsiya kilinganda epigastral soxada urtacha yoki oz-moz ogrik aniklanadi, xronik gastrit uzok kechganda kulgan bir oz kattalashgan va ogriydigan jigar unnaydi (reaktiv gepatit).

IV. Zarur laboratoriya, bioximiyaviy va instrumental tekshirish metodlari:

- me'da suyukligini funktsional tekshirish (sekretsiyani naxorga aniklash, ma'lum vakt ichida sekretsiya, kasallik, pepsining kuchayishini aniklash, chukmani mikroskopik tekshirish);
- gistamin va insulin bilan sinamalar (me'da sekretor funktsiyasi ruy-rost buzilganda);
- me'da chayindi suvlarini sitologik tekshirish yoki rakli aynishni istisno kilish uchun birmuncha ishonchli biopsiya metodi);
- duodenal zondlash- ut pufagi va ut fullari kasalliklarini istisno kilish;
- koprologik tekshirish: umumiy analiz, yashirin konga (Gregersen reaksiyasi), gijja tuxumlariga va b;
- konni bioximiyaviy tekshirish: umumiy oksil (gipoproteinemiya) va uning fraktsiyalari bilirubin, xolesterin, jigar funktsional sinamalari-reaktiv hepatitda;
- kon fermentlari, kon va siydik diastazasi, ikkita nagruzga bilan kand egri chiziklari (pankreatitni istisno kilish uchun);
- instrumental tekshiruvlar: me'da-ichak yuli rentgenoskopiyasi va rentgenografiyasi, fibrogastroskopiya, liparoskopiya va b.

Surunkali gastrit ayrim klinik formalarining kiskacha ta'rifi

1. Me'da sekretsiyasi normal yoki oshgan xronik gastrit yarada buladaigan ogrikka uxshash ogrik, nordon kekirib zarda kaynashi, kabziyatlar bilan xarakterlaydi. Aksariyat navkiron va urta yoshda, asosan erkaklarda uchraydi. Me'da suyukligini tekshirish

-kisloatlik normal yoki giperatsid xolat. Rentgenoskopiya- burmalar kalinishuvi, kuchaygan peristaltika, uzgarishlar asosan pilorus va un ikki barmok ichakda joylashadi (gastroduodenit, piloroduodenit xodisalari bilan).

Surunkali atrofik gastrit sekretor etishmovchilik bilan: ogizda yokimsimz maza, ishtaxa pasayishi kuruk kekirish, ovkatdan keyin korin kuldirashi va suyuklik kuyilgandek sezgi paydo bulishi, aksariyat ich ketar, oriklash, asta-sekin anemiya rivojlanishi va b. Rentgenologik-me'da shillik pardasi burmalari yupkalashgan, ayrim joylari atrofiyaga, me'da gipotoniyasi (gastroptoz). Endoskopiya va muljalga olingan biopsiyada: yuza gastrit yoki me'da bezlarining zararlanishi va ularning atrofiyasi bilan birga bilinarli uzgarishlao. Me'da suyukligini tekshirish-kislotalik pasaygan yoki bulmaydi (me'da sekretor funktsiyasining urtacha yoki ifodalangan pasayishi, axiliya xolati).

Gemorragik (eroziyali) gastrit: klinik jixatdan me'dadan kon okishi, gipoxrom anemiya, ogriklar bilan xarakterlanadi, me'da sekretsiyasi saklanib kolgan, oshgan yoki urtacha pasaygan.

Endoskopiya-kup sonli eroziyalar va petexiyalar, ularning konashga juda moyilligi.

rigid antral gastrit. Kamdan-kam uchraydi. Ogriklar (dispeptik), giposekretsiya yoki axiliya xarakterlanadi. Rentgenoskopiya va endoskopiya: me'da antral bulimining doirasimon torayishi, anik ifodalangan yalliglichandikli jarayonlar, kupincha xavfli usmaga aylanadi.

Polipoz gastrit me'da shillik pardasining atrofisi va disregenerator giperplaziyasi, axlorgidriya bilan xarakterlanadi. Rentgenologik va endoskopik tekshirishlar yuli bilan diagnostika kilinadi.

Xronik gipertrofik gastrit. Bu kasallikning eng noanik formasi. Schindler fikricha (1966), xronik gipertrofik gastritning uchta varianti mavjud: interstitsial, proliferativ va bezli.

Diagnostikada aspiratsion va muljalgan olingan biopsiya yordam beradi. Rentgenologik jixatdan shillik parda burmalarining kalinlashuvi, ularning normal xolatga karaganda 2-3 baravar kengayishi, buralganligi, yuzasining «donadorligi» bilan ajralib turadi. Kursatib utilgan variantlardan gipertrofik bezli tastrit kuprok uchraydi, bunda me'da gipersekretsiyasi va «yaradagisimon» shikoyatlar kuzatiladi.

Utkir gastritning kiskacha ta'rifi. Me'da shillik pardasining utkir yalliglagishi (kuyish va boshka uzgarishlar) polietiologik kasallik xisoblanadi, u ximiyaviy, termik, mexanik va bakterial omillar tomonidan kuzgotiladi. Utkir gastritlarda jarayon shillik pardaning yuza epiteliysi bilan chegaralanib kolishi yoki butun bezli apparatning bagri, interstitsial tukima va xatto mushak katlami va seroz pardaga tarkalishi mumkin.

1. Utkir oddiy gastrit. Uning rivojlanishida eksogen (palapartish ovkatlanish, ovkat toksikoinfeksiyalari, dori-darmonlar, kup ovkat eyish va b.) va endogen (utkir infeksiyalar, modda almashinuvining jiddiy buzilishlari, radiatsiyadan zararlanish, azotemiya va b.) omillar muxim rol uynaydi. Ogrik simptomlari sabab buladigan omillar ta'siridan 4-6 soat utgach paydo buladi va kungil aynishi, ogrik, bexollik, bosh aylanishi, kusish, ich ketar va keyinchalik-suvsizlanish va utkir tomirlar etish movchiligi belgilari (rangparlik, gipotenziya, taxrikardiya), leykotsitoz, aksariyat buyraklarning toksinli zararlanish belgilari bilan namoyon buladi.

2. Utkir korroziv gastrit. Me'da shillik pardasiga kislotalar, ishkolar, ogir metallarning tuzlari, yuksak kontsentratsiyali spirt va boshkalar ta'siri natijasida paydo buladi. Kasallik klinikasi zaxar tabiatiga, zararlanish darajasiga boglik va toksinli modda yutib yuborilishi bilan yuzaga chikadi. Bemorlar ogzida, tush orkasida va epigastral soxada achishadigan ogrikdan, azob beradigan, ba'zan kon aralash kusishdan shikoyat kiladilar, labda, ogiz, tomok shillik pardasiga kuyish alomatlari buladi, tovush bugiladi, stridor nafas, korin pardasi ta'sirlanishi simptomlari buladi, neyetrofilli leykotsitoz, ogir xollarda esa utkir tomir etishmovchiligi belgilari-kollaps (ba'zan shok xolati) kuzatiladi.

Flegmonali gastrit. Kamrok uchraydi, turli bakterial flora tomonidan kuzgatiladi va utkir boshlanishi, et junjikishi, gipertermiya, keskin adinamiya, korinda ogrik, kungil aynishi, kusish, gipertermiya, keskin adinamiya, korinda ogrik, kungil aynishi, kusish, giperleykotsitoz bilan neyetrofilli siljish (toksik donadorlik bilan), SOE oshishi va yalliglanishning boshka alomatlari bilan xarakterlanadi. Prognozi xayrli emas. Davolash xirurgik.

Me'da raki tugrisida kiskacha ma'lumotlar. Me'da raki usmalarining boshka xamma organlarida joylashuvining umumiy sonidan 40 foizini tashkil kiladi. Undan yukori ulim kayd kilinadi va deyarli butun dunyoda me'da raki bilan bilan kasallanishning oshib borishiga moyillik bor.0

Me'da raki me'da epiteliysi va umuman me'da shillik pardasida bulib utgan uzgarishlar-rak oldi kasalliklari fonida (me'da polipi, va yara kasalligi, xronik gastritlar, alkogol ichish, dagal va ta'sirlantiradigan taomlar, chekish, ovkatlanish xususiyatlari, irsiy jixatdan moyillik, autoimmun jarayonlar va xokazo rivojlanadi.

Makroskopik jixatdan turt formasi: polipsimon yoki kuzikorinsimon (ekzofit usishi), likopchasimon (sekin usadigan ekzofit), diffuz (infiltrativ), aralash formalari tafovut kilinadi.

Asoratlari. Utkir gastritda- utkir tomirlar, extimol yurak etishmovchiligi, xlorepenik koma; me'daning utkir perforatsiyasi (korroziv va flegmonoz xilida); chandikli uzgarishlar (uzok muddatdan keyin yuz beradigan asoratlar); mediastinit, yiringli plevrit, tromboflebit, jigar abstsessi, sepsis va boshkalar (ogir formalarida); xronik forma utish.

Xronik gastritda-me'da vaun ikki barmok ichakning yara kasalligi, rakka aylanish, me'dadan kon okishi, ikkilamchi (ba'zan ogir) temir tankisligi anemiyasi, oriklar ketish, gaxeksiya.

Differentsial diagnostikasi. Utkir va surunkali gastritlarni me'da va un ikki barmok ichakning yara kasalligi, miokard infarktining abdominal formasi, utkir va xronik appenditsit, me'da raki, utkir va xronik pankreatit va xoletsistit (jumladan ut-tosh kasalligi), ut xaltachasi va yullari diskineziyasi, xronik enterokolotidan fark kilish kerak. Bundan tashkari, utkir gastritni diafragma osti abstsessi, kopka vena trombozi va «korindagi utkir xolat»ning boshka turlaridan differentsiya kilish lozim.

Diagnozni taxminiy ta'riflash: 1) xronik ekzogen yuza gastrit kuzish fazasida, sekretor funksiyasining etishmovchiligi bilan; 2) xronik eroziyali antral gastrit kuzish fazasida, oshgan sekretsiyali va gipermotorkali; 3) xronik atrofik gastrit remissiya fazasida, urtacha sekretor etishmovchilik bilan. Gipoxrom anemiya.

Davolash

Utkir gastritni davolash:

-bemorni kasalxonaga joylashtirish, parxez rejimiga rioya kilish:

-me'dadan toksinli omillar va boshka sababchi omillarni xaydash buyicha tadbirlar: 2% li natriy bikarbonat yoki kaliy permanganat kushilgan kaynagan, illik suv bilan yuvish, 30 g magniy sulfat, aktivlangan kumir kabilarni berish;

-venaga tomchilab fiziologik eritma, 5% glyukoza eritmasi, 10 ml 10% li osh tuzi eritmasi yuborish va suvsizlanishga karshi kurash buyicha boshka dezintoksikatsion terapiya choralarini kurish;

-zarur bulganda tomirlar etishmovchiligida ishlatiladigan preparatlar : kofein, kordiamin, mezaton, adrenalın, yurak dorilari-strofantin, korglikon, allergiyani fukotuvchi vositalar- kaltsiy xlorid, dimedrol, kaltsiy glyukonat; cimptomatik terapiya, umuman kuvvatga kiritadigan vositalar (vitaminlar, insulin va b.) kiritish;

- flegmonoz gastritda-operatsiya yuli bilan davolash yoki antibakterial preparatlar (antibiotiklar, sulfanilamid preparatlar) bilan davo kilish;

-kollaps yoki shok bulgan takdirda tegishli davolash tadbirlari utkaziladi.

2. Surunkali gastritni davolash bemor axvolining ogir-engilligiga, kasallikning kesishiga, me'da sekretsiyasi axvoliga, kasallikning klinik formalariga binoan olib boriladi.

-kuziganda kasalxonaga joylashtirish;

-parxez rejimiga kattik amal kilish (utkir va yogli taomlar, ziravorlar, ichkilik, chekish kabilar man kilinadi);

-bulib-bulib, kuniga 5-6 marta ovkatlanish, parxez №1a, 1b tayinlanadi, anatsid va gipatsid xolatlarda etarli mikdorda oksillar (110-115 g), yoglar (80-90 g), uglevodlar va vitaminlar buyuriladi;

-me'daning sekretor va motor-evakuator funksiyasi oshganda

-atropin, spazmolitiklar, benzogeksoniy, vikalın, metatsil, pentoksil va boshkalar tayinlanadi;

-antatsil vositalar sifatida: alyuminiy gidroksid (4% li suvdagi suspenziya kurinishida 1-2 choy koshikdan kuniga 4-6 marta); almagel (1-2 choy koshikdan kuniga 4 marta-ertalab, kunduzi, kechkurun ovkatdan rim soat oldin va uxlash oldidan 3-4 xafta mobaynida); kaltsiy karbonat 0,25-1 4g dan kuniga kabul kilsa xam buladi; (Kanishchev P.A., Bereza N.M., 1981) va b.,

-sekretsiya etishmovchiligi bulgan gastritlarda kvateron, gangleron, kavkaz dioskoreyasi, zupturum va plantaglyutsid shirasi, PP, S, V6, V12 vitaminlari, me'da shirasi, abomin, betatsid, pankreatin, kon, oksil preparatlari, plazma kuyish va b, ;

-me'da sekretor funksiyasi xolatiga mos keladigan mineral suvlar (borjom, essentuki 4,17, 20 va b.) kullinish;

-sanatoriy-kurortda davolash (Ijevsk, Jermuk, Essentuki, Jelesnovodsk, Pyatigorsk, Feodosiya va b.);

-dispanser kuzatuvi.

Profilaktikasi: tugri ovkatlanish, ovkatlanish gigienasi koidalariga puxta amal kilish: chekish va ichkilikka va boshka xazm organlarining boshka kasalliklarini uz vaktida davolash, kasb-korga taallukli zararli omillarga karshi kurashish.

ME'DA VA UN IKKI BARMOK IChAKNING YaRA KASALLIGI

Ta'rifi. Yara kasalligi- turli-tuman klinik manzara bilan va me'da yoki un ikki barmok ichak shillik pardasida gastroduodenal zonadagai seretor-trofik jarayonlarni tartibga solib turadigan nerv va gumoral mexanizmlarning buzilishi natijasida yara xosil kilish bilan sikli kechadigan kasallikdair.

Klinik ma'lumotlar va nazariy bilimlarga asoslanib student kuyidagilarni bilishi kerak:

1) patologik jarayonining joylashuvini va uning xarakterini (me'da, un ikki barmok ichak, yara turi) aniklay olish;

2) taxminiy diagnozga binoan bemorni tugri tekshirish planini tuzish;

3) kuyidagilar asosida diagnozni aniklashi:

-kasallikning asosiy simptomlari va sindromlarini, ularning patogenezini bilish;

-kushimcha (laboratoriya – instrumental) tekshirish metodlarini tugri analiz kilish va jamlash:

-uning asosiy alomatlari buyicha (ogrik, kusish, kon okishi kabi) differentsial diagnostika utkazishni bilish.

4) jarayonning ogir-engilligi, asoratlar bor-yukligi va bemorning umumiy xolatini xisobga olib davo tadbirlari planini tugri tuzish.

Etiologiyasi va patogenezi. Me'da va un ikki barmok ichak yara kasalligi rivojlanishida kuyidagilar axamiyatli;

-alimentlar va boshka ekzogen omillar: ovatlanish rejimi va xakteri buzilishi dagal, utkir, juda issik (yoki, aksincha, doimo sovuk) ovkatlarni nomuntazam eyish, shoshilib eyish, kup ovkat eyish, chekish, spirtli ichimliklarni suiiste'mol kilish;

-ximiyaviy va fizik omillar ta'siri;

-yara kasalligi paydo bulishiga doir mexanik, yalligligi, peptik, tomir va boshka nazariyalar;

-ruxiy-emotsional omillar (kuchli nerv-psixik kechinmalar stress xolatlar va boshkalar .I..Senechev va I.,p,Pavlovning nervizm tugrisidagi ta'limoti, shuningdek birinchi marta I.P.Pavlov aniklagan bosh miya katta yarimsharlari pustlogiga ta'sir kilingandagi me'da sekretsiyasining nerv fazasi);

K.M.Bikov va I.T.Kurtsinning bosh miya pustlogi bilan ichki organlar (xazm sistemasini xam shunga kiradi) urtasidagi funksional boglanishning buzilishi tugrisidagi kortiko-vistseral nazariyasini tugri izoxlash. U me'daning nerv boshkarilishining murakkab buzilishlari moxiyatini va ularning yara kasalligi paydo bulishidagi axamiyatini ochib beradi. Bu nazariyaga

muvoqif salbiy xis-xayajonlar ta'sirida (nerv sistemasining uzok vakt zurikishi, ishxonada, oilada psixologik sharoitning yomonligi) va ichki organlardan keladigan turli patologik impulslar ta'sirida bosh miya pustlogida kuzgolish va tormozlanish jarayonlari urtasidagi fiziologik muvozanat buziladi. Buning okibatida pustlokning normal ishlab turgan xujayralari kuchsizlanib koladi va pustlok bilan pustlok osti markazlari urtasidagi uzaro aloka buziladi. Bunda gipotalamusda dimlangan kuzgolish uchogi paydo bulib, adashgan nerv markazlari ishi va gastroduodenal sistemaning asosiy funktsiyalari buziladi, bu

-shillik pardalar nuksoni avj olishiga imkon beradi. Bu yulni sxema tarzida kuyidagicha tasvirlash mumkin: bosh miya pustlogi

-oralik miya-adashgan nerv markazlari-adashgan nerv-me'da (Riss S.I., E.S.,1975);

-gipofizalar-buyrak usti bezlari sistemasi, jinsiy va boshka endokrin bezlar faoliyatidagi buzilashlar;

-irsiy va konstitutsional omillar;

-tashki muxit sharoitlari uzgarishi;

-xazm garmonlari (gastrin, sekretin) va biogen aminlar (gistamin, serotonin);

-Me'da va un ikki barmok ichak shillik pardasidagi morfologik uzgarishlar va boshka ekzogen omillar.

Klinik manzarasi

I. Subektiv ma'lumotlar. Shikoyatlari:

1) ogrik :

-joylashuvi-tush osti soxasida yoki korinning yukori ung yarmida, tutash (kuziganda);

-xarakteri-simmillagan, tulgoksimon, kemiradigan, achishadigan, bosadigan, sanchadigan va xokazo;

-paydo bulish vakti-ovkatdan 15-30 minut utgach (erta ogriklar), 1-3 soat utgach (kechikkan ogriklar), tungi, och koringa paydo buladigan;

-ogrik tarkalishi-yukoriga va chapga (yara yukorida joylashganda), piloduodenal yaralarda-orkaga, ung kovurgalar ostiga, ung kurak ostiga va xokazo;

-kuchli ogriklarda bemorning vaziyati-kornini bosib yotish, oyoklar koringa tortilgan;

-ogrikning engillashuvi-ovkatdan keyin, soda ichilgandan keyin, kusishdan keyin (ba'zan sun'iy kuzgatilgan kusishdan keyin);

-davomliligi-jarayonning ogir-engilligiga, kasallik asoratlari bor-yukligiga va tabiatiga;

2) kusish va boshka dispeptik xodisalar: zarda bulish, kungil aynishi, sulak okishi, nordon, palagda yukolmagan, oshgan (hgrik sindromi ta'siri), ogrik va kusish sababli ovkat eyishdan kurkish, kabziyatlar (gipersekretsiya), ich ketishlar (anatsid yoki axiliya xolati);

3) kon okishi-kon aralash kusish, kup kon okishi-kon aralash kusish, axlatning «korayib ketganligi»;

4) sindromning yilning ma'lum mavsumida kuzishi: baxorda, kuzda, kishda, shuningdek ovkat eyish buzilganda, spirtli ichimliklar ichilganda, chekilganda.

II. Subektiv ma'lumotlar analizi (shikoyatlar, ushbu kasallik va bemor turmushi anamnezi).

III. Obektiv ma'lumotlar.

I. Umumiy kuzdan kechirish: bemorning kurinishi azob-ukubatli, xorgin, rangparlik, oriklab ketish, teri koplamarida distrofik uzgarishlar, ikkilamchi anemiya belgilari, kup terlash, yakkol yuzaga chikkan demografizm, kasallik kuziganda temperatura reaksiyasi.

Organlar va sistemalar buyicha kuzdan kechirish:

-me'da-ichak yuli: til karash bilan koplagan, palpatsiyada epigastral soxada yoki kinikdan bir oz yukorida ungda, ya'ni un ikki barmok ichak proektsiyasida tugri mushak chekkasida ogrik, kator bemorlarda mushaklarning tarangligi (kuzishda yoki ayrim asoratlarda), epigastral soxada (me'da ustida) perkussiya kilinganda ogrik-Mendel simptomi, kupincha un ikki barmok ichakning yara kasalligida kuzatiladigann kukrak va bel umurtkalari tanasi va utkir uchlarlari satxida ogrik nuktalari kamrok kuzatiladi (Boas, Openxovskiy, Pevzner simptomi va b.), D5-D9 segmentlariga muvofik keladigan Zaxarin-Ged giperesteziya zonalari aniklanadi;

-yurak-tomirlar sistemasi-bradikardiya, gipotenziya, kasallikning pilorostenoz anemiya bilan asoratlangan kechikkan boskichlarida esa miokardiodistrofiya belgilari-tonlar bugikligi, dagal bulmagan sistolik shrvkin aniklanadi;

-boshka organlar va sistemalar tomonidan buladigan patologiya tegishli tekshirish metodlari yordamida aniklanadi (ular kasallik boskichiga va asoratlar bor-yukligiga boglik).

IV. Laboratoriya, rentgenologik va boshka instrumental tekshirish metodlari ma'lumotlari:

-umumiy kon analizi: eritrotsitoz (kasallik boshlanishida, gipersekretsiyada), keyinchalik-eritrotsitopeniya, gemoglobin mikdori pasayishi, mikrotsitoz va gastrogen , xronik gipoxrom (postgemorragik) anemiyaning (ba'zan maktsitar xarakterdagi) boshka belgilari;

-me'da suyukligi analizi: analizi giperatsid xolat, ba'zan yara kasalligi sekretor etishmovchilik bilan utadi ;

-axlat analizi: axlatni yashirin konga tekshirishdan oldin (Gregersen reaksiyasi) 3 kungacha gushtli taomlar istisno kilinib, bemorni tayyorlash tavsiya kilinadi;

-rentgenologik tekshirish: «tokcha» simptomi , me'da yoki un ikki barmok ichakning yara bulgan joyda barkaror deformatsiyasi, burmalar konvergensiyasi simptomi, perisatltika kuchayishi, naxogi gipersekretsiya, «kursatkich barmok» simptomi va b.

-Gastrofibroskopiya yarani topish, uning ulchamlarini, chandiklanish darajasini, boshka asoratlar bor-yukligini, aniklash imkonini beradi.

Yara kasalligining kechishi va klinik formalari.

1.Kasallikning kechishi yaraning kaerda joylpshegpn, me'da sekretsiyasi xolati, bemorning yoshi, jinsi, individual xususiyatlari va odatlariga boglik:

-kasallik odatda kaytalanish va remissiyalar bilan xronik, sikl bilan kechadi:

-kata yoshdagi odamlarda yara boligi tez-tez va mul kon ketishi bilan xavfli:

-yara asoratlanganda kechishi yomonlashadi.

2. Yara kasalligining klinik formalari: xarbiy davrdagi yara kasalligi, usmirlar, yoshi ulgaygan va keksa yoshdagi shaxslar, ayollardagi yara kasalligi, piloroik kanal yarasi, kallyoz yara, sugondan tashkaridagi va kup sonli yaralar, me'da yukori bulimi yarasi, kushilib keladigan gastroduodenal yaralar, asoratlangan yaralar.

Asoratlar: kon okishi, pilorus orayishi, me'da kum soat kurinishida: teshilishi: kushni organlarga penetratsiya: rakka aylanishi: postrezeksion asoratlar: anemiya, ozib ketish, kok suyak bulib kolish. Bundan tashkari , boshka asoralar xam kayd kilinadi: vegetativ tomirlar distoniyasi , ichak

diskineziyasi, enterit va kolit, u kopchasi diskineziyasi, xoletsisik, reaktiv gepatit, reaktiv pankreatit va b.

Davolash.

1. Kuzigan davrda bemorlarni kasalxonaga yotkizish kerak.
2. Parxez bilan davolash: parxez № 1a, 1b, va 1. Ikkala ratsiondan xar birini 10-14 kunga tayinlanadi.
3. Dori-darmonlar bilan davolash.
 - tranklivizatorlar va sedativ preparatlar: meproamat, trioksazin, valeriana damlamasi, noksiron, fenobarbital.
 - Ishkorlar: natriy fosfat va natriy sitrat, natriy sulfat, kuydirilgan magneziya, kltsiy karbonat va kaltsiy fosfat, shuningdek almagel, fosfolugel, vikalina va b.
 - Xolinoliiklar, spazmotitiklar (atropin, metatsin, belladonna, platifillin, ridol, gastripon, gamon, papaverin, no-shpa).
4. Yara kasalligi kompleks terapiyasida fizioterapiya muxim urin tutadi (balchik bilan davolash, diatermiya, brom, novokain elektroforezi, gidroterapiya).
5. Yara kasalligi asoratlarini individual davolash.
6. Sanatoriy-kurortda davolash.
7. Dispanser kuzatuvini, yara kasalligini davolashda uning kaytalanishiga karshi kurash.

VI. Siydik ajratish tizimi xastaliklari bilan og'riq bemorlarni tekshirish

6.1. Siydik ajratish tizimi xastaliklarida bemorni so'rab-surishtirish (interrogatio)

Siydik ajratish tizimini urganish jarayonida bemorni e'tibor bilan kuzatish samarali diagnostik axamiyatga ega . Bunda buyrak , buyrak usti bezlari , siydik pufagi palpatsiya qilinib, kasallik simptomlari o'rganiladi.

Bemorni so'rab surishtirish . Bemorni so'rov jarayonida ba'zan bemor umuman shikoyat qilmasligi mumkin . Bu asosan xastalikning surunkali(glomerulonefritning latent ko'rinishi) davrida kuzatiladi.

Boshqa hollarda bemorni so'rab surishtirishda quyidagi shikoyatlar: buyraklar soxasida og'riq , tez-tez siyish , siyganda kuchli achishish , siydik rangining o'zgarishi , umumiy holzilik, tez charchash , mexnat layoqatining pasayishi va shunga o'xshash boshqa simptomlar aniqlanadi. Ushbu simptomlar ko'p xollarda shifokorni chalg'itib qo'yadi. Buyrak xastaliklarida buyrak kapsulasining kengayishi (utkir glomerulonefritda) – buyrak kosachasi (utkir va surunkali pielonefrit) – siydik yo'lining yopilishi buyrakning joylashuvida xar xil egilib qolish anomaliyalarida , buyrak to'kimalari ishemiyasi (buyrak infarkti) kasalliklari kuzatiladi.

Ogrik sindromlarini taxlil kilganda , ogrik lokalizatsiyasiga kuprok e'tibor beriladi. Kupincha ogrik bel kismida berishi kuzatiladi. Bunda aytib utish lozimki nefrologik amaliyotda bemorda surunkali glomerulonefritda kattik ogriklar kuzatilmaydi.

Buyrakning kuchli sukilishlari okibatida kelib chikgan ogrik kupincha bel soxasida tarkaladi. Bu ogrik korin kismiga xam beriladi. Shamollash natijasida ogrik siydik chikarish kanaligacha tarkaladi. Asosiy ogrik belgilari kasallik xarakterini belgilaydi. Ba'zan pielonefritda ogrik ingrash

bilan kechadi siydik yulining yopilishi natijasida ogrik kuchayishi mumkn. Bemor kupincha notinch sarosimada uzini tutadi , shu bilan birga bemorda umumiy xolsizlik , tez-tez u xolatdan bu xolatga uzgarib turishi kuzatiladi. Ogrik utkir tus olganda tez-tez kaytarishi xam mumkin. Bunday bemorlarda anuriya kuzatilishi mumkin buladi.

Ayrim xollarda shuni ta'kidlash lozimki , kasalliklarning kelib chikishi ayrim omillar bilan uzviy boglikdir. Masalan: burak sikilishi, kuzgalishi , siydik chikarganda siydik pufagi va siydik chikarish yulida ogrik xosil buladi.

Bu kasallikni xolinolitiklarni , spazmalitiklarni in'ektsiya kilish issik vanna kabul kili shorkali davolash mumkin . Utkir paranefritda ogriklar sekinlashadi, agar bemor oyogini bukib sonini bugimiga bukib utirsa dard susayadi. Yani bemor majburiy xolatni egallaydi. Buyrak sikilishi bilan ogrigan bemorlar poliuriya yoki oligauriya bilan shikoyat kiladi.

Poliuriya- bu kunlik siydikning 1,8-2,0 l ga oshishidir. Poliuriya (buyrak) nafakat buyrak kasalligi balki tashki muxit xaroratining pasayishi biror narsadan ta'sirlanishidan , kup suv iste'mol kilish , kandli va kadsiz diobed bilan boglik . Poliuriya buyrakdagi reabsorbtsiya ya'ni suv surilishining pasayishi va buzilishiga olib keladi.

Oligouriya – bu kunlik siydik mikdorining kamayishidar (500 ml dan kam) . bu kasallik tashki muxitning xaroratining yukori bulishi , kup kayd kilish, ich ketishiga olib keladi. Buyrak oligouriyasi buraklar funktsiyasining buzilishi yoki buyrakning xronik kasalliklarida kelib chikadi. Siydikning siydik kovogiga umuman tuplanmasligi anuriya deyiladi. Anuriya kasalligining ikki xili mavjud. Bular buyrak oldi xastaliklari ya'ni anuriyasidir . Bu kasallik – buyrakda konning aylanishi va burak parenximasining boshka kimyoviy moddalar bilan zaxarlanishi orkali va burakda toshlar paydo bulishi orkali kelib chikadi. Anuriya juda xam utkir xastalik xisoblanib , agar u uz vaktida davolanmasa ulimga olib kelishi mumkin.

Yana bir siydik ajratish sistemasining buzilishi dizuriya deyiladi. Dizuriya – bu siydik ajralishining buzilishi, ogirlashuvidir, Yana bir dizuriya xastaligiga boglik ishuriya xili xam mavjud . Ishuriya – bu siydik ajralishining tuxtamasligi . utkir ishuriya prostata bezining kasallanishi orkali xam kelib chikishi mumkin. Bu vaktida bemor juda xolsizlanadi.

Pollakiuriya – sutkada olti marotaba siydikning ajralishi . Bu kasallik siydik ajralishi isistemasining zaxarlanishi (tsistit, prostatit , uretrit) kelib chikadi. Ayrim xollarda pollakiuriya nevroz kasalligining kelib chikishida xam kata rol uynaydi.

Ma'lumki soglom odamda siydik mikdorining 60-80% kunduzda ajraladi(ertalab 800 dan to kechki 2000-gacha) .

Markaziy va periferik nerv sistemasining ish faoliyati buzilganda siydik ajralishining tuxtamasligiga olib keladi. Bu xolat kupincha utkir sistityoki siydik pufagining buyini usmasi bilan boglik .

Tutkanok , bemorda utkir paelonefrityoki akostematozli nefrit kasalliklarining aksi bulib xisoblanadi.

Buyrak xastaliklarida asosan bemorning yuzida shish kuzatiladi. Shish ayniksa ertalab, ayniksa yuz soxasida uchraydi. nomoyon buladi. Bunday xollarda siydikda konning shakliy elemetlari uchrashishi natijasida siydik rangi uzgaradi (makrogematuriya) .

Umuman olganda , buyrak xastaliklari birinchi navbatda shamollaganda, yalliglanishlarda juda katta asoratlar kolishi mumkin(angina, tepki va boshkalar) . Ikkinchi navbatda anamnez (viter) va anamnez (morbi) utkaziladi. Anamnez Viterda bemor ismi turar joyi yili suraladi va ezib olinadi .

Anamnez Morbida esa bemor kasalining kelib chikishi, genlar tekshiriladi va anik bir tashxis koyiladi .

6.2. Siydik ajratish tizimi xastaliklarida bemorlarni umumiy ko'zdan kechirish

6.3. Buyrak soxasini tekshirish

Bemorning bel va korin soxasini tekshirgan vaktida buyrak kasalligini darrov aniklab bulmaydi , fakat buyrak xajmi oshgandagini anik bir xulosaga kelish mumkin .Buyrak oldi shamollaganda eki yalliklaganda giperemiya va bel soxasida shish xosil bulishi, siydik pufagini tez-tez bulishi bu buyrakning xronik va utkir utishidan boglikdir .Bunda korinning pastki soxasida shish paydo buladi .

6.3. Buyrakni paypaslash

Normada buyrakni tekshirishda palpatsiya usulidan deyarli foydalanilmaydi ,lekin ozgin odamni palpatsiya kilish mumkin .Palpatsiya orkali ma'lum buldiki chap buyrak ung buyrakga nisbatdan pasrokga joylashgan .Kupincha palpatsiya , - buyrak soxasining shishgan vaktida yaxshi kurinadi.

Buyraklarni palpatsiyalashda bemor gorizontol xolatda beli bilan yotib oyogini chuzgan xolatda, kullari kukrak kafasiga kuyganidan keyin korin muskullari susayadi. Buyrakni paypaslashda xakim ung tomonda turib chap kulini bemorni bel soxasixa kuygan xolda barmoklarini uchi umurtka pagonasining yonida bulishi kerak , kursatgich barmok esa 12-kovurgada tegib turishi kerak .Korin muskullari bushashganda barmoklar yordamida korin paypaslanadi , shu bilan bir vaktida chap kul kafti bilan bel soxasi bosiladi. Sung ikki kulni bir-biriga yakinlashtirib belni kisadilar . Bunday tekshirish usuli extiyotkorlik bilan juda xam sekin olib boriladi. Buyraklarni paypaslab tekshirganda ularni shaklini , chegarasini aniklash mumkin. Demak , me'yorda burakning uzunligi 12 sm , kengligi 6sm, yuzasi sillik. Ma'lumki buyrak palpatsiyasida bemor ta'sirlanmaydi, ammo keyichalik uzini noxush sezib kayt kilishi mumkin. Buyrak tuzilishining m'yorda bulmasligi usma yoki shishlarning xosil bulishidan darak beradi. Ma'lumki buyraklar boshka organlardan uz elastik tuzilishi bilan ajralib turadi, lekin buyrakning turli xastalıkları (pielonefrit, paranefrit, buyrak usmari)da burak elastikligini yukotib , aksincha dagallashadi. Buyrak talokdan uzining vertikal va medial joylashuvi bilan farklanadi.

Bulardan tashkari palpatsiya tekshirish usuli yordamida siydik pufagining tulgan vaktida tekshiriladi. Bunday tekshirish usuli asosan siydik tosh xastaligini aniklashda samarali bulib xisoblanadi.

6.4.Buyrakni palpatsiya kilish.

Buyrakni paypaslab teshirib kurishimizdan maksad : buyrak kata kichikligini (xajmini) va kattik – yumshokligini aniklash.

1. shakli ulchamlari yukoriga pastga va yon tomonga siljishini aniklash.
2. ogrik darajasini aniklash.

Palpatsiyani bajarish texnikasi :

1. ikki xil xolatda olibboriladi . Bemor tik turgan yoki yotgan xolatda bulishi kerak .
2. bemor xolati . Bemorning tizzalari yarim bukilgan xolatda, muskullar bushashgan va bemorni kuli kukrak kafasida turadi.
3. Xamshiraning xolati : Tekshiruvchi bemorning ung tomonidan , chap kul kaftini bemor belining ung tomoniga XII kovurga tagiga kuyadi. Ung kul barmoklarini bukkan xolda korinning tugri mushaklaridan tashkarirokda kuyadi, bunda barmok kovurgalar ravogigsha tugri tushishi kerak.

4. Barmok xar gall nafas chikarganda ung kul barmoklari uning korin bushligiga tobora chukurrok botiriladi va korinning orka devoriga – korin terisi orkali kul barmoklariga takalguncha utkazib etkaziladi.
5. Bemorga chukur nafas olish buyuriladi. Bunda buyrakning pastki uchi pastrok tushadi va ung kul barmoklari ostiga tugri kelib koladi, shunda uni bu barmoklar chap kul barmoklariga kisib tutib oladi. Bu usul bimanual deb ataladi.

Balatirlovchi turtib – turib paypaslash yoki (Gyuyon usuli)

- A) Kullar xuddi bimanual palpatsiyadagidek kuyiladi
 - B) Bel tomondan chap kul bilan bir necha martta kiska –kiska siltovchi yoki turtuvchi xarakat kilinadi.
 - G) Buyrak turtki ta'sirida tebranadi va kulga unnaydi. G) Stratesko buyrakni pastki kutbi kulga unnasa 1nchi darajali (ren palpabilis).
 - D) Buyrakning xammasi kulga unnasa 2 - chi darajali (ren mabilis)
 - E) xammasi kulga unnab uz joyidan xar tomonga siljiy olsa 3-chi darajali (ren migrants) pastga tushishi .
- Diagnostik axamiyati . Palpatsiya orkali ogrik soxalarini , shakli , siljishi , kattik – yumshokligini aniklash dastlabki diagnozni kuyishga axamiyati katta.

6.5. Buyrak perkussiyasi

Siydik pufagini Pasternatskiy usuli buyicha perkussiya tekshirishni utkazish.

Kurgina buyrak xastaliklarini tugriva anik tashxislashda tukillatib kurish metodidan keng foydalaniladi. Ya'ni Pasternatskiy usulidan foylalaniladi. Ushbu tekshirish usulini kullashda avvalabor shifokor bemorning ung tomodidan turib , chap kulini bemorning 12-kovurgasiga kuyib ung kuli bilan urib kuradi. Tekshirish olib borilayotganda bemor turi byoki utirgan xolatida bulishi kerak.

Tukillatib tekshirish usuli , siydik pufaging yukori kismini aniklashda xam diagnostik axamiyatga ega. Buning uchun shifokor ung kuli bilan bemorning kindik tugunchasidan boshlab pastga va yukoriga yunaltirib yurgizadi. Agar siydik pufagi bush bulsa, timpanik tovush kov suyagigacha saklanadi. Siydik pufaging tulish vaktida esa timpanik tovush pasayadi. Siydik ajratish tizimini tekshiruv asoslari.

Urologik xolatlarda tez tibbiy yordam kursatish buyrak xastaliklarida xosil buladigan buyrak sanchigi tez tibbiy yordam kursatish xolatlarining biriga kiradi.

Buyrak sanchigi kupincha siydik –tosh kasalligida , siydik nayining bukilib kolishi natijasida yuzaga keladi.

Siydik chikaruv yullarida siydik dimlanib kolishi natijasida buyrak jomida kon bosimi kutarilib, buyrak ulchami kengayadi va kuchli ogrik paydo bulishiga sabab buladi.

Buyrakni perkussiya usuli yordamida tekshirishdan maksad :

Buyrakni ularning kisimlarini turtib kurish.

Bajarish texnikasi .

1. Chap kulimizni kaftni umurtka pagonasining ikki tomonidan simmetrik (buyrak joylashgan joyga) kuyamiz.
2. Ung kul mushtni yoki kul panjasinining tashki kurrasi bilan kiska-kiska uriladi
3. Bel soxasiga urib kuriladigan yuzaga keladigan ogrikni sezsa , bu Pasternatskiyning musbat belgisi deb xisoblanadi.

Diagnostik axamiyati :

Ushbu simptom buyrak tosh xastaligida, buyrak tomirlari shikastlanganda buyrak oldi xujayralari yalliglanishida tashxisiy axamiyatga ega.

6.5. Siydik ajratish tizimini laborator tekshirish usullari

Siydikni tekshirish

Siydikni tekshirish buyraklarning funktsional xolatini aniklab olishga imkon beribgina kolmay (siydikning klinik va boshka analizlari), boshka organlar, masalan, kovuk, ut pufagi, jigar kasalliklarini, shuningdek moddalar almashinuvining uzgarishlarini aniklab olishga xam imkon beradi.

Tekshirish uchun ancha kontsentrlangan xolda buladigan ertalabki siydikdan foydalaniladi, uni bemor kasalxonaga kelib yotganidan keyingi birinchi kuni ertalab olinadi. Keyinchalik 7—10 kunda kamida 1 marta

siydik analiz kilib turiladi (bemor kasalxonada yotgan davrda).

Davolash protsessida, operatsiyalar kilingandan keyin, kasalga kon kuyishdan avval va bundan keyin va boshka organ xamda sistemala-dagi patologik uzgarkshlarnp siydik analizi aniklab bera oladigan xollarda siydikni ancha teztez klinik analiz kilib turish zarur buladi. Ayol kishining siydigini olishdan avval tashki jinsiy organlarini yuvish, bordiyu, u xayz kurgan bulsa, kateter yordamida siydik olish kerak. Umumiy analiz uchun 150—200 ml siydik kifoya kiladi. Siydikni yaxshilab yuvilgan idish yoki tagga tutiladigan tuvakka olinadi. Tuvakdan siydikni laboratoriyaga junatish uchun toza shisha idishga kuyib olish lozim. Siydik yirish va saklash uchun tutiladigan idishlarni tekshirish natijalari boshkacha chikib kolmasligi uchun ishkor eritmalari bilan yuvish yaramaydi.

Bakteriya va zambururlarni aniklash (ekib, undirib kurish) va biologik tekshirish uchun siydik olishdan avval tashki jinsiy or-ganlarni dezinfektsiyalovchi eritma (masalan, furatsilin yoki kaliy permanganat eritmasi) bilan yuvish va steril kateter bilan maxsus idishga 15—20 ml siydik olib, uning ogzini darrov berkitish za-rur. Olingan siydikka antiseptik moddalar kushilmaydi. Xar xil sharoitlar ta'siri bilan : jismoniy ish natijasida, badan kizib ketganida, ichilgan suyuklik mikdori, eyilgan ovkat xususiyatlarigakarab , xattoki odam ortikcha xis- xayajonlarga berilganida siydik uz xossalarini uzgartirib kuyadi.

Laboratoriya tekshiruvi uchun siydik yigish

Kerakli ashyolar: Toza shisha idish, yullanma.

Muolaja algoritmi:

Siydik taxlili bemorni umumiy tekshirishda ma'lumotning muxim tarkibiy kismi xisoblanadi.

Siydik yigishdan oldin bemorning osti yuviladi. Xayz kurish davrida siydik taxlili olish tavsiya kilinmaydi, bordiyu bunga zarurat bulsa, siydikni kateter yordamida olinadi.

Bemor 100—200 ml ertalabki siydigini toza kuruk, shisha idishga yigishi lozim. Idishga ismi sharifi, kuni xamda tekshirish maksadi yozilgan yorlik, yopishtiriladi va laboratoriyaga junatiladi.

Addis-Kakovskiy usulida siydik yigish. Bemorga bir kun oldin siydikni kanday yigish tushuntiriladi. Bemor siydikni yigishdan oldin kechkurun soat 10 larda siydik kopini bushatishi va tunda xojatga bormasligi lozim. Erta bilan soat 8 da siydik toza shisha idishga yigiladi va laboratoriyaga junatiladi.

Nechiporenko usulida siydik yigish. Bemorga siydik yigishning bu usuli tushuntirtsladi. Siydik bir kecha-kunduz davomida xoxlangan vaktida yigiladi. Buning uchun bemorning tashki jinsiy

a'zolari yuviladi va siydikning «urta kismi» toza idishga yigiladi. Taxlil uchun 2—3 ml siylik etadi. Yullanma yozilib, siydik ilikligida laboratoriyaga junatiladi.

Kand mikdorini tekshirish uchun siydik yigish. Bemor siydigini bir kecha-kunduz davomida yigishi lozim.

Erta bilan soat 8 da bemor siydik kopini bushatishi lozim.

Bir kecha-kunduz mobaynida yigilgan siydik bitta idishga yigiladi.

Xamshira siydikning umumiy xajmini ulchaydi.

Barcha idishlardagi siydik yaxshilab aralashtirilib, undan 100-200 ml kichikrok idishga solinib taxlilga yuboriladi.

Siydikni diastazaga olish. Bu tekshiruv uchun 50 ml konservantsiz yangi siydik olinib, laboratoriyaga junatiladi.

Zimnitsskiy usulida siydik yigish. Bemorga bir kun oldin siydik yigish koidalari tushuntiriladi. Bemor ertalab soat 6 da kovugini bushatadi va siydikning bu kismi tukib tashlanadi, sungra u kun mobaynida 3 soatlik tanaffus bilan xar gal aloxida idishga siydigini yigadi, xamshira bir kun avval kechkurun 8 ta toza shisha idishni tayyorlab ularning xar biriga bemorning ismi sharifi, idishning tartib rakami yozilgan krgoz yopishtirib kuyadi. Bemor ertalab soat 9 dan boshlab ertasiga soat 6 gacha 8 marotaba kovugini bushatishi lozim. Siydikning barcha kismi laboratoriyaga junatiladi. Kunlik siydik mikdorini ulchab tungi va kunduzgi diurez aniklanadi. Kunduzgi diurez (ertalab soat 9-18 gacha) tungidan kup bulishi kerak. Me'yorda u umumiy diurezning taxminan 2G`3 kismni tashkil etadi. Soat 22.00 -6.00' gacha bulgan spydik mikdori tungi diurez xisoblanadi. Soglom kishilarda bu umumiy diurezning 1G`3 kismni tashkil kiladi. Umumiy kunlik siydik mikdori odatda bir kunda ichilgan suyakchikning 65—75% dan iborat. Kunduzgi diurez tungidan or tik bulsa va siydikning nisbiy zichligi 1,008 dan 1025 gacha uzgarib tursa buyraklarning funktsional kobiliyati yaxshi xisoblanadi. Siydik nisbiy zichligining pasayishi buyraklar faoliyatining etishmovchiligidan darak beradi.

eslatma: Siydik tekshirish uchun asosan ertalab olinadi. Leykotsit, eritrotsit va silindrlar (soni), k.on elementlarini aniklash uchun yigilgan siydik taxlilxonaga 1 soat mobaynida olib boriladi. Yorlikda umumiy tushuntirish ma'lumotidan tashkari siydikning umumiy mikdori yoziladi. Sinama utkazishga monelik kiladigan xollar yuk. Agar siydik mikdorining biror kismi shishaga sigmai kolsa, koldigi ikkinchi shishaga kuyiladi va kogozga kushimcha siydik mikdori yozib kuyiladi.

6.6. Siydik ajratish tizimi xastaliklari bilan ogrigan bemorlarni instrumental tekshirish usullari

Bemorlarni rentgenologik tekshiruvga tayyorlash

Siydik tizimini rentgenologik tekshirish uchun yodli kontrast moddalar — sergozin, urografin, verognost va boshkalar kullaniladi. Kontrast moddalar sistoskop va kateter orkali siydik yullariga yoki venaga yuboriladi. Bemorlarda ushbu dori vositalaridan allergiya kelib chikishini xisobga olib ular asta-sekin (5—7 min) yuboriladi. Venaga yuborilgan kontrast modda buyraklar orkali tezda chikib ketadi. Kontrast modda yuborilgandan sung 10,20,30,45 va 60 dakika utgach, kilingan tasvirlarda buyrak jomlari, siydik yullari va kovukning umumiy kurinishi ifoda-lanadi. Yodga ortikcha sezuvchanlik bulganda, buyrakning pust kavati shikastlanadigan kasalliklarda (nifrit, nifroz), silning faol turi, ogir jigar xastaliklarida. Bazedov kasalligida, yurak etishmovchiligida, yodli kon-trast moddalarni yuborishga ruxsat etilmaydi.

Kerakli ashyolar: Esmarx krujkasi, suv, kuza. kleyonka, sistoskop, kate-ter, kontrast moddalar.

Muolaja algoritmi:

1. Bemorni tayyorlashda asosiy maksad ichaklarda el bulmasligiga erishish.
2. Xar bir bemor yoshiga, kasallik turiga, me'da-ichak faoliyatiga karab shaxsiy tayyorgarlikdan utadi.
3. Bemor tekshirishdan 2-3 kun oldin el xosil kiluvchi maxsulotlarni iste'mol kilmasligi zarur.

4. Kabziyatga moyillik bulsa, tayyorgarlik davrida bemorga engil surgilar, korin dam bulganda 1 tadan 3 maxal karbolen tabletkasi tavsiya etiladi.
5. Tekshirishdan bir kun oldin kunning ikkinchi yarmidan boshlab suyuqlik iste'mol kilish kamaytiriladi.
6. Kechkurun va ertalab tozalovchi xukna kilinadi.
7. Siydik chikarish kanalini tekshirish uchun unga tarkibida yod moddasi bulgan 60—76 % li verografin yuboriladi.
8. Kontrast moddaga sezuvchanlikni tekshirish uchun, venaga 1-2 kun (juda sekin) 1 ml verografin yuboriladi.
9. Yodizm alomatlari paydo bulsa, tekshirish bekor kilinadi (tumov, toshmalar, shishlar, et uvishishi, xarorat kutarilishi).
10. Bemorda xech kanday alomatlar kuzatilmasa, rentgen xonasida uning venasiga 20 ml dan 60 ml gacha verografin eritmasi 0,3 mlG`sek tezligida yuboriladi.
11. Ayrim tekshirishlar uchun verografin siydik yullariga tashkaridan kateter orkali yuboriladi. Bunda bemor yukoridagi tayyorlovga muxtoj emas.

Siydikni tekshirish

Siydikni tekshirish buyraklarning funktsional xolatini aniklab olishga imkon beribgina kolmay (siydikning klinik va boshka analizlari), boshka organlar, masalan, kovuk, ut pufagi, jigar kasalliklarini, shuningdek moddalar almashinuvining uzgarishlarini aniklab olishga xam imkon beradi.

Tekshirish uchun ancha kontsentrlangan xolda buladigan ertalabki siydikdan foydalaniladi, uni bemor kasalxonaga kelib yotganidan keyingi birinchi kuni ertalab olinadi. Keyinchalik 7—10 kunda kamida 1 marta

siydik analiz kilib turiladi (bemor kasalxonada yotgan davrda).

Davolash protsessida, operatsiyalar kilingandan keyin, kasalga kon kuyishdan avval va bundan keyin va boshka organ xamda sistemala-dagi patologik uzgarkshlarnp siydik analizi aniklab bera oladigan xollarda siydikni ancha teztez klinik analiz kilib turish zarur buladi. Ayol kishining siydigini olishdan avval tashki jinsiy organlarini yuvish, bordiyu, u xayz kurgan bulsa, kateter yordamida siydik olish kerak. Umumiy analiz uchun 150—200 ml siydik kifoya kiladi. Siydikni yaxshilab yuvilgan idish yoki tagga tutiladigan tuvakka olinadi. Tuvakdan siydikni laboratoriyaga junatish uchun toza shisha idishga kuyib olish lozim. Siydik yirish va saklash uchun tutiladigan idishlarni tekshirish natijalari boshkacha chikib kolmasligi uchun ishkor eritmalari bilan yuvish yaramaydi.

Bakteriya va zambururlarni aniklash (ekib, undirib kurish) va biologik tekshirish uchun siydik olishdan avval tashki jinsiy or-ganlarni dezinfektsiyalovchi eritma (masalan, furatsilin yoki kaliy permanganat eritmasi) bilan yuvish va steril kateter bilan maxsus idishga 15—20 ml siydik olib, uning ogzini darrov berkitish za-rur. Olingan siydikka antiseptik moddalar kushilmaydi. Xar xil sharoitlar ta'siri bilan : jismoniy ish natijasida, badan kizib ketganida, ichilgan suyuqlik mikdori, eyilgan ovkat xususiyatlarigakarab , xattoki odam ortikcha xis- xayajonlarga berilganida siydik uz xossalarini uzgartirib kuyadi.

Laboratoriya tekshiruvi uchun siydik yigish

Kerakli ashyolar: Toza shisha idish, yullanma.

Muolaja algoritmi:

Siydik taxlili bemorni umumiy tekshirishda ma'lumotning muxim tarkibiy kismi xisoblanadi.

Siydik yigishdan oldin bemorning osti yuviladi. Xayz kurish davrida siydik taxlili olish tavsiya kilinmaydi, bordiyu bunga zarurat bulsa, siydikni kateter yordamida olinadi.

Bemor 100—200 ml ertalabki siydigini toza kuruk, shisha idishga yigishi lozim. Idishga ismi sharifi, kuni xamda tekshirish maksadi yozilgan yorlik, yopishtiriladi va laboratoriyaga junatiladi.

Addis-Kakovskiy usulida siydik yigish. Bemorga bir kun oldin siydikni kanday yigish tushuntiriladi. Bemor siydikni yigishdan oldin kechkurun soat 10 larda siydik kopini bushatishi va

tunda xojatga bormasligi lozim. Erta bilan soat 8 da siydik toza shisha idishga yigiladi va laboratoriyaga junatiladi.

Nechiporenko usulida siydik yigish. Bemorga siydik yigishning bu usuli tushuntirsladi. Siydik bir kecha-kunduz davomida xoxlangan vaktida yigiladi. Buning uchun bemorning tashki jinsiy a'zolari yuviladi va siydikning «urta kismi» toza idishga yigiladi. Taxlil uchun 2—3 ml siylik etadi. Yullanma yozilib, siydik ilikligida laboratoriyaga junatiladi.

Kand mikdorini tekshirish uchun siydik yigish. Bemor siydigini bir kecha-kunduz davomida yigishi lozim.

Erta bilan soat 8 da bemor siydik kopini bushatishi lozim.

Bir kecha-kunduz mobaynida yigilgan siydik bitta idishga yigiladi.

Xamshira siydikning umumiy xajmini ulchaydi.

Barcha idishlardagi siydik yaxshilab aralashtirilib, undan 100-200 ml kichikrok idishga solinib taxlilga yuboriladi.

Siydikni diastazaga olish. Bu tekshiruv uchun 50 ml konservantsiz yangi siydik olinib, laboratoriyaga junatiladi.

Zimnitsskiy usulida siydik yigish. Bemorga bir kun oldin siydik yigish koidalari tushuntiriladi. Bemor ertalab soat 6 da kovugini bushatadi va siydikning bu kismi tukib tashlanadi, sungra u kun mobaynida 3 soatlik tanaffus bilan xar gal aloxida idishga siydigini yigadi, xamshira bir kun avval kechkurun 8 ta toza shisha idishni tayyorlab ularning xar biriga bemorning ismi sharifi, idishning tartib rakami yozilgan krgoz yopishtirib kuyadi. Bemor ertalab soat 9 dan boshlab ertasiga soat 6 gacha 8 marotaba kovugini bushatishi lozim. Siydikning barcha kismi laboratoriyaga junatiladi. Kunlik siydik mikdorini ulchab tungi va kunduzgi diurez aniklanadi. Kunduzgi diurez (ertalab soat 9-18 gacha) tungidan kup bulishi kerak. Me'yorda u umumiy diurezning taxminan 2G`3 kismni tashkil etadi. Soat 22.00 -6.00' gacha bulgan spydik mikdori tungi diurez xisoblanadi. Soglom kishilarda bu umumiy diurezning 1G`3 kismni tashkil kiladi. Umumiy kunlik siydik mikdori odatda bir kunda ichilgan suyakchikning 65—75% dan iborat. Kunduzgi diurez tungidan or tik bulsa va siydikning nisbiy zichligi 1,008 dan 1025 gacha uzgarib tursa buyraklarning funktsional kobiliyati yaxshi xisoblanadi. Siydik nisbiy zichligining pasayishi buyraklar faoliyatining etishmovchiligidan darak beradi.

eslatma: Siydik tekshirish uchun asosan ertalab olinadi. Leykotsit, eritrotsit va silindrlar (soni), k.on elementlarini aniklash uchun yigilgan siydik taxlilxonaga 1 soat mobaynida olib boriladi. Yorlikda umumiy tushuntirish ma'lumotidan tashkari siydikning umumiy mikdori yoziladi. Sinama utkazishga monelik kiladigan xollar yuk. Agar siydik mikdorining biror kismi shishaga sigmai kolsa, koldigi ikkinchi shishaga kuyiladi va kogozga kushimcha siydik mikdori yozib kuyiladi.

6.7. Siydik ajratish tizimi xastalıkları

Buyrak sanchigidagi ogrikli sindrom .

Buyrak sanchigida kuchli ogrik ung yoki chap bel soxasidan boshlanib , siydik naylari , chov soxasida va jinsiy organlarga tarkaladi, dizuretik uzgarishlar makrogematuriya, ba'zi xollarda bemorlarda kungil aynishi , kusish, tana xaroratining kutarilishi kuzatiladi.

Buyrak sanchigi vaktida bemor juda bezovta buladi, ogrikni kamaytirish uchun uzini kulay xolatda tutadi, ya'ni majburiy xolatni egallaydi.

Buyrak sanchigida birinchi yordam berish: Bel soxasida 10-20 dakika issik grelka kuyish, yoki 38-390S da issik vanna kabul kilishi . buyrak naylaridagi spazmni yukotib, ogrikni sekinlashtirish , goxida toshning tushishiga erishish, bundan tashkari spazmolitik preparatlaridan : no-shpa, baralgin, xolenolitiklardan – artopin shoshilinch xollarda narkotik analgetiklar – promedoldan foydalanish.

Shish sindromi.

Buyrak xastaliklarida – shishlarning xosil bulishi kapillyar kon tomirlarning utkazuvchanligi oshib, siydik orkali oksil kup mikdorda chikariladi, konning tarkibidagi oksil mikdorining kamayishi natijasida kon zardobidagi kollond- osmotik bosim pasayib, organizmda natriy ionlari saklanib koladi.

Buyrak xastaliklarida paydo buladigan shishlarning xaorakterli belgisi, teri osti yog katlami bush rivojlangan joydalar(masalan yukori va pastki kovoklar) da joylashadi. Shishlar kupaygan davrda oliguriya(siydik chikarishning kamayishi) vujudga keladi.

Buyrak va yurak etishmovchiligi kasalliklarida shishlarning oshib ketishi 1 kunda organizm tomonidan kabul kilingan va ajratilgan suyuqlik mikdorining nisbatiga boglik buladi. Bundayo xolatlarda bemorlarning ovkat tarkibidan belgilangan xolatda natriy xloridni kuniga 1-3g mikdorda cheklash, xamda buyrak etishmovchiligi belgilari bulmaganda suyuqlik mikdorini kamatirish lozim buladi.

Shishlarni samarali davolashda xar xil siydik xaydovchi preparatlardan foydalaniladi; furasemid, gipoteazid, Veroshpiron va boshkalar.

Shishning dinamikasini baxolashda, albatta bemorning vaznini muntazam ravishda ulchab borish zarur.

Arterial gipertenziya .

Buyrak xastaliklarida eng kup uchraydigan belgi bu arterial – gipertenziyadir, ya'ni buyraklarda kon aylanishi buzilishi , keyinchalik renin moddasining ishlab chikarilishi natijasida arterial kon bosimning kutarilishiga olib kelishidir.

Buyrak arterial gipertenziyasi odatda uzok davom etadi va yurak etishmovchiligining rivojlanishiga , chap korincha faoliyatining zurikishiga olib keladi. Bulardan tashkari asta-sekinlik bilan kuz kon momirlarini zararlab , kuruv xususiyatini pasayishiga va bosh miyaning kon bilan ta'minlanishini zararlaydi. Arterial gipertenziya aniklangach , ma'lum bir ishlab chikilgan tizim yordamida bemor nazoratga olinadi; ovkatlanish jarayonida tuz mikdorining kamaytirilishi yoki umuman cheklash, doimiy gipotenziv maxsulotlari (klofelin, dopegit va.xo.k) , siydik xaydovchi dorilar tavsiya etiladi.

Krotkov usuli yordamida KG`B ulchashda apparat (rtut tonometri) manjetasi son bilagiga utkaziladi.

Apparatni yurak yakinida joylashtirib , tirsakning ichki yuzasi puls urib turishi joyidga fonendoskop urnatiladi, manjeta sikiladi, ya'ni manjetaga xavo tuldiriladi. Simob 200-250 mm.ga etganda xavo tuldirish tuxtatiladi va asta sekinlik Bilan orka buriladi. Bu xolat birinchi ton paydo bulishi bilanok tuxtatiladi. Bu jaraenni apparat shkalasida belgilab, tomirlarda konning ulchami aniklanadi.manjetdagi xavoni asta-sekin chikarib, dmastolik ulcham kattaligi – ton ovozing tez yukolishini uzatish mumkin.

Utkir buyrak etishmovchiligi

Utkir buyrak etishmovchiligi buyraklarda kon aylanishining (masalan shok xolatida), nefrotoksik moddalar bilan zaxarlanganda, siydik paylarining kisilishi natijasida yuzaga keladi. Utkir buyrak etishmovchiligida bemor axvolining ogirlashuvi , es-xushi buzilishi , nafas etishmovchiligi , yurak kon tomir etishmovchiligi , kungil aynishi , kusish oliguriya, ogir uremiya rivojlanib bemor ulimiga olib kelishi mumkin buladi. Kasallikni normal xolatda 2 xafta davomida kechishi diurez oshishiga olib keladi, lekin mazkur xolatda oliguriya sutkalik siydik (poliuriya) bilan almashinadi va okibatda buyraklarning kontsentratsion funksiyasi kayta tiklanib konda kreatin mikdorini me'yoriy bulishie ta'minlaydi.

Utkir buyrak etishmovchiligi bilan xastalangan bemorlarni davolashda organizmdan zaxarlarni xaydash (oshkozon yuvilishi) bilan belgilanadi. Odatda oshkozonni gidrokarbonat natriy yoki permanganat kaliy aralashmali xona xaroratidagi suv bilan yuvish (tozalash) lozim. Oshkozonni yuvish uchun oshkozon zondi kalinligi 0,5-11.li shishali varonka , kalin rezinali trubka kuza va togora kerak buladi. Oldindan 5-10 litr ilik suv xam tayyorlab kuyiladi. Bemorni stulga utkizilib ,

kukragiga klyonka yoki polietilendan tayyorlangan fartuk yozmladi ; ogzini ochib boshi sal oldinga egiladi. Zond uchini til ildiziga kuyiladi va yutuvchi xarakatlarni bajargan xolda zond asta-sekin ichkari kiritiladi. Bemor chukur nafas olishi lozim. Zond 40-50 sm ga ichkari kiritiladi va uchi trubka , varonka bilan ulanadi . varonkani kukrak kafasidan pastda saklab, suv kuyiladi, keyinchalik esa 25-30 sm ga kutariladi, shundagina suyuqlik oshkozonga butunligicha kuyiladi. Suv satxi varonka ogziga etganda , koldik suv togoroga tukiladi. Yuviluvchi suvning birinchi kismi tekshirish uchun labaratoriyaga yuboriladi. Oshkozondan to toza suv chikmaguncha oshkozon yuviladi. Bexush xolatda yotgan bemorlar oshkozonni Mayin, ingichka zond orkali (burun orkali) yuvish tavsiya etiladi. Bemor gavdasi pastga karatib , boshi chapga burilib sal egiladi. Zond yaxshilab moylanib (vazelin, usimlik yogi) , xikildok orka devori orkali kiritiladi. Shprints orkali oshkozon ichi suriladi va yuvish boshlanadi. Surilish va suv Bilan yuvish shprints orkali amalga oshiriladi. Shu jumladan antishok xolatlarini kurib chikib, «sun'iy buyrak» apparatidan foydalanishi xam xal kiladilar .

Surunkali buyrak etishmovchiligi

Uzok muddat davomida surunkali buyrak xastaliklarining kechishi jarayonida surunkali buyrak etishmovchiligi kasalligi yuzaga keladi. Buyrak etishmovchiliklarining kechki boskichlarida konda azon koldik4larining kursatgichi (azotemiya) kupayyadi, siydik xidi nafas olish orkali chika boshlaydi, shuningdek kungil aylanishi , kusish, ich ketish xolatlari kuzatiladi. Utkir buyrak xastalikligiga chalingan bemorni ovkatlanish jarayonida oksillar kamayishini inobatga oladilar (30-40 g bir kunda , ogir axvoldagi bemorlarga esa 20-25 g kunda). Ya'ni 7-chi parxez stoli tayinlanadi

7-a parxez. Buyuriladigan vakti: Utkir glomerulonefritda guruch, olma, kartoshka yoki buyrak etishmovchiligi davriga utgan surunkali nefritda buyuriladi. Buyurishdan maksad: buyraklarni mumkin kadar kuprok avaylay-digan sharoitlar yaratish, ot tuzini cheklab kuyish yuli bilan gipertoniya va shishlarga ijobiy ta'sir kursatish. Umumiy xususiyati: oksillari keskin cheklanadi. Yoglar va uglevodlar fiziologik me'yor atrofida buladi. Bu parxez tuzsiz va unda natriy elementi kam. Bunday kasallarga oldingi kunda kancha mikdorda siydik chikargan bulsa, xuddi shuncha suyuqlik berib turish ruxsat etiladi. Sabzavot, mevalar etarli mikdorda, kisman tabiiy xolda, pishirmas-dan beriladi. Tarkibi va Kuvvati: oksillar 5-ZOg, yoglar 80-100g, uglevodlar 400-500g. Kuvvati 2550-2600 kkal. Vitamin S va V kuprok beriladi. Ovkatlanish tartibi: kuniga 5 maxal.

7- b parxez. Buyuriladigan vakti:

Utkir nefritda 7-a parxezdan keyin, shuningdek, nefritning surunkali utkir, badanda shishlar bulib turgan, arterial bosim kutarilganda, ammo buy-raklar faoliyati saklanib kolganda buyuriladi. Buyurishdan maksad: 7-a par-xezda kandy bulsa, bunda xam shunday. Umumiy tasnifi: oksillar mikdori 7-a parxezga nisbatan 45-50g gacha oshirilib, kaynatib pishirilgan gusht, balik va 200g sut va chuchuk kefir kushiladi. Maxsulotlardagi osh tuzi mikdori 1,5g gacha kupaytiriladi. Tarkibi va kuvvati: oksillar 45-50g, yoglar 100g, uglevod-lar 450-500g. Kuvvati 3000 kkal.

7-parxez. Buyuriladigan vakti: Tuzalish davriga utgan utkir nefrit, siy-dik chukmasidagi uzgarishlar kam seziladigan surunkali nefrit, xomilador-lar nefropatiyasi, xafakonlik-gipertoniya kasalligi va tuzsiz ovkat zarur buladigan boshka xolatlarda. Buyurishdan maksad: buyraklar funksiyasini bir kadar avaylash, kutarilib ketgan arterial kon bosimi va shishlarga ijobiy ta'sir kursatish. Umumiy tasnifi: tuzsiz, masalliklarning xili pishirish jixatidan olganda, 7a va 76 parxezlardan fark kilmaydi. Oksillarning mik-dori 80g gacha kupaytirilib, kaynatib pishirilgan gusht, balik va churigan-tvorog kushiladi. Dukkakli usimlik maxsulotlari, kuchli gusht shurvalari, pishirik va kremlar, gazlangan va spirtli ichimliklar, kovurilgan gusht, pivo man kilinadi. Tarkibi va kuvvati: oksillar 80g, yoglar 100, uglevodlari 400-500g. Kuvvati 2800-3200 kkal. Vitamin S, R, shuningdek V gurux vitaminlari

kuprok mikdorda buyuriladi.

Buyraklari amiloidozga uchragan, ammo faoliyatlari saklanib kolgan bemorlar bilan nefrozli bemorlarga oksillarning mikdori 140g gacha kupaytirilgan, lipotrop omillari, tuyinmagan va uta tuyinmagan yog kislotalari va vitaminlari mulrok bulgan 7 - parhez buyuriladi.

Bunday bemorlarga birinchi navbatda gusht va balik maxsulotlarini iste'mol qilish kat'iyannan manq etiladi. Shuningdek tuz mikdori xam kamaytirilishi lozim 2-3 g kunida. Oshkozonn – ichak xastalıklarining ogir xolatlarida oshkozonn yuviladi va 2 foyizli gidrokarbonat natriy aralashmalı klizmadan foydalaniladi. Organizmning kislotali muxitini xam inobatga oladilar (gidrokarbonat natriyning 1 % aralashmasi ichkari kuyiladi). Simptomatik terapiya maksadida siydik xaydovchi va gipotenziv usullaridan foydalaniladi.

Siydikning kam mikdarda ajralishi (ishuriya) .

Siydik ajralmasligi (ishuriya)kovuk (siydik pufagi)ning siydik ajratilmasligiga aytiladi. Bunday xolatlarini biz urologik kasalliklarda siydik chikaruv kanali funktsiyasining izdan chikishida (masalan, prostata bezining yalliglanishida), jarroxlik operatsiyalaridan sung (korin va korin bushligi jarroxlik xolatları) tugrukdan keyingi davr, asab tizimlarining buzilishida kuzatiladi.

Utkir siydik ajralmasligi jarayoni kovukdagi kattik ogrik bilan xarakterlinadi. Ushbu xastalik asab tizimi kasalligi ta'siri tufayli bulsa, u xolda bu davr xech bir simptomsiz orkali kechadi . siydik ajralmasligini , siydik pufagi tulishi orkali bilish mumkin . Bunday xolatlarda tez tibbiy yordamning asosiy vazifasi xar kanday xolatda siydikni kovukdan ajralishini yaxshilashdir. Kup xollarda ayollarda tugrukdan keyingi davr ogirlik , nokulaylik bilan kechadi. Ayniksa ularda siydik ajralmasligi simptomi kuzatilsa. Mustakil tarzda kovukni bushatish uchun suv okishi ovozi ni eshittirish, grellakar , (isitgich) , jinsiy organlarning tozalanishi va prozerish aralashmasi yordam beradi. Agar yukoridagi usullar yorda bermasa u xolda siydik pufagi kotetirilizatsiyasidan foydalaniladi.

Diurez tushunchasi .

Siydikning xosil bulishi va ajralish jarayoni diurez deb nomlanadi . Bir kun davomida me'yorda odam organizmidan siydik ajralishining umumiy mikdori 1000-1800 ml tashkil etiladi. Lekin bu mikdor fiziologik xolatlar , u yoki bu kasalliklar ta'sirida xam uzgarishi mumkin (ya'ni kamayishi yoki kupayishi mumkin) .

Bu bir kunda 500ml dan kam siydik ajralishi oligoruya kasalligidan dalolat beradi. Bu xastalik kup ter ajratadigan bemorlarda kam suyuqlik ichganda , yurak etishmovchiligi Bilan xastalangan bemorlarda shishlarning paydorbulishi , nefrotik zaxarlar Bilan zaxarlanishlarda kuzatilishi mumkin.

Siydik pufagiga siydik kelishining Tula tuxtashi anupiya deyiladi . siydik chanok yullarining buzilishi (turli xil usimtalarning paydo bulishi) okibitida kuzatiladi. Uz vaktida ya'ti zudlik Bilan tez tibbiy yordam kursatilmasa oda organizmi azot almashinuv maxsulotları Bilan zaxarlanadi va bemorning ulimiga sabab bulishi mumkin buladi.

Anuriyadan – ishuriyani farklay bilik lozim. Ishuriya kovukning siyjik ajrataolmasligi bulib xisoblanadi.

Tez-tez ogrikli , siydikning kin ajralishi «dizurik» uzgarishlar tushunchasida mujasamlanadi. Shuningdek , diurezning buzilishlari siydik ushlay olmasligi (kun davomida yoki fakat kechkurun) enurez xastaligi okibitidir.

Nefrologik amaliyotda tez-tibbiy yordam kursatish xolatları .

Anuriya – siydikning umuman ajralmasligi yoki kam chikishi (bir kunda 50-100 ml) . Sabablari turli xil : buyraklar funktsiyasining buzilishlari , siydik ayiruvining ma'lum bir sabablarga kura izdan chikishi, yoki ekstrarenal faktorlar ta'siridir. Kupincha anuriya buyrak jominingdiffuz uzgrishi bilan boglik. Shu tufayli siydik ajratuvchi organlarning siydik yullari orkali tashkariga chikarib tashlash vazifasi buziladi. Bunday xolatlar buyraklarning utkir yalliglanish jarayonida (glomerulonefrit , ikki tomonli pielonefrit, interstitsional nefrit) yoki xomiladorlik davrida nefropatiyaning ogir kechishi kuzatiladi. Shuningdek, anuriya turli xil infektsiyalar , organizm zaxarlanishlarida buyraklar shikastlanishlarida xam uchraydi. Ogir metallar tuzlari bilan

zaxarlanishlarda , organik zaxarlar , nurlanishlar va boshka ta'sirlar natijasida organizmning shikastlanishlarida xam anuriyani uchratish mumkin. Kuyidagi anuriya, siydik ayirish tizimining shikastlanishi renal (buyrakli) anuriya deb nomlanadi. Ba'zi xollarda anuriya organizmning keskin suvsizlanishi (degidratatsiya) da (masalan, uzok muddatli kusishning okibati, profuz ich ketishlar), kon aylanish tizimining keskin uzgarishida (shok xolati, kollaps, utkir yurak etishmovchiligi) va buyraklarda kon aylanishi tizimining etishmovchiligi (kupincha buyrak arteriyasi va buyrak venasining sikilishi) okibatida tez-tez rivojlanadi. bunday anuriya prerrenal anuriya deb nomlanadi. Lekin anuriyani renal va porenal anuriyaga ajratish shartlidir, chunki u yoki bu anuriyaning paydo bulishiga buyraklardagi kon aylanish tizimi izdan chikishining okibatidir. Agar ayirilgan suyuqlik mikdori keskin kamaysa ya'ni yukori siydik yullarining blokadasi (siydik utkazuvchi naylarning yopilishi , usimtalor orkali bosilishi) ta'sirida xosil buladi . bunday anuriya subrenal anuriya deb nomlanadi.

Ba'zi bir bemorlarda buyrak etishmovchiligi yagona buyrak egaligida xam anuriya paydo bulishi mumkin.

Mazkur anuriya arenal va renopriv anuriya kabi nomlanadi. Anuriya turli xil hollarda o'tkir buyrak yetishmovchiligi belgisidir. Anuriya tashxisi anamnez berilganida (siydik 1 kun davomida ayrilmaydi.) ga asoslanadi va siydik pufagining katetirlanishi natijalariga ko'ra tasdiklanadi. Anuriyaning kelib chiqish sabablarini aniqlash uchun sitoskopiya, siydik yo'llarining katetirlanishi, uralogik- rentgent , radioizotop, ultranurlanishlar natijalari inobatga olinadi. Ba'zida siydikning umuman to'xtashini anuriya deb xatoliklarga yo'l qo'yiladi. Masalan prostate bezining yallig'lanishida, siydik chiqaruv kanalining izdan chiqishida. Bunday hollarda kerakli dori darmonlarni zudlik bilan vaqtida o'tkazish zarur. To'ksik mahsulotlar bilan zaharlanishda unitiol dori vositasini 5 ml dan o'tkaziladi, oshqazon yuviladi, ichaklar tozalanadi. Anuriyaning turli xil ko'rinishlarida bemorlar nefrologik yoki uralogik bo'limlarga tezkorlik bilan yotqizib davolanadi.

Artelyar gipertenziya (A G) bu juda ko'p uchraydigan ikki tomonli buyrak kasalligi. Simptomatik AG o'rtasida o'z o'rniga ega . Ko'pgina hollarda glomerulonefrit, piyelonefrit, vazorenal gipertenziya oqibatida buyrakli arteliar gipertenziya paydo bo'ladi. Bundan tashqari A G buyrak shikastlanishida buyrak glomeruloskleroz , homiladorlik nefropatiyasi, buyrak rivojlanishidagi o'zgarishlar va boshqa xastalıklar oqibatida yuzaga keladi. Buyrak A G dajasi ko'pgina sabablar orqali belgilanadi. Kasallik davomiyligi va uning nozologik ko'rinishi, buyraklarda potalogik jarayonning faolligi va tarqalish darajasi, shuningdek buyrakning funksiyasizligi. Vazorenal gipertenziya bilan kasallangan bemorlarda ko'pgina yomon sifatli A G sindromi rivojlanadi.

Kasallik bosh miya yurak shikastlanishiga olib keladi, ko'pgina hollarda o'limga ham sabab bo'ladi.

Yomon sifatli AG ning tashxisi. Bu kasallik birdaniga boshlanadi va tez rivojlanishi bilan farqlanadi. Arterial bosim sezilarli ko'tariladi.(200-300/ 120-140 mm.rt.st.) Ba'zida miya qon aylanish tizimi funksiyasi ham o'zgarib turadi. Ko'zdagi shoh parda gipertoning o'zgarishlari (qon quyulishlar, ko'z xiralashuvi) rivojlanadi. Ko'pincha o'tkir chap oshqozonli yetishmovchiligi, kardial astma, o'pka shishlari, yurak urushi tizimining buzulishi, holarlari ham kuzatiladi. Kam hollarda infarct miokjardasi ham rivojlanadi. Yomon sifatli arteliar gipertenziyaning asosiy klinik ko'rinishi buyrak yetishmovchiligi kasalligining tezkor suratlarda rivojlanishi.

Bajariladigan ishlar. Tez tibbiy yordam ko'rsatish holatlarida arterial bosimni pasaytirish uchun giperstad (diazoksid) 150-300 mg li 20 ml 10- 20% glukoza aralashmasiga, 0,01 % 1ml li klofelin 2, 5 % li (pentalin 5 % li 0,5 ml li 20 ml li 10-20 %) ga glukoza aralashmasi yoki natriy xloridning izotonik aralashmasi tomirga o'tkaziladi. Hamma vaqt arterial bosim nazorat ostiga olinishi lozim. Agar A / B tezkorlik bilan ko'tarilsa o'tkir chap qorincha yetishmovchiligi

kuzatilishi mumkin. Bunda siydik ajratuvchi vositalardan foydalanish darkor: 2-4 ml lazeks (tomirga) tezkor yordam ko'satish jarayoni bajarilgandan so'ng, bemorni kardiologik yoki nefriologik bo'limga yotqizish lozim.

Gematuriya (eritrotsituriya) .

Ushbu xastalik eritrotsitlarning siydik bilan patologik ravishda ayirilishi. Eritrotsitlarning rivojlanishi va tarkalishiga kura mikrogematuriyaga ajratadilar. Bunda siydik rangi makroskopik uzgarmaydi , makrogematuriyada esa siydik rangi tuk kizil ranga buyaladi. Gematuriya deyarli utki rva surunkali glomerulonefrit bilan xastalangan bemorlarning kupchiligida uchraydi.

Ig A- nefropatiyasi (Berje kasalligi) da gematuriya uchrab turadi. Gematuriya turli darajalari buyrak va siydik chikarish tizimi kasalliklarida paydo buladi: utki rva surunkali , odatda kalkulyozli nielonefrit , , buyrak usmalari gemorragik sistitlar, siydik tosh kasalligi , fornikal kon ketishi , shikastlanishlar, Gudpascher sindromi , gemolitik- uremik sindromlar , tugunchali periartrit, bakterial endokardit va xokazolar. Makrogematuriya kupincha buyrak usimtalari va siydik tosh kasalligiga chalingan bemorlarda uchraydi. Keyinchalik esa utki rva surunkali glomerulonefrit va pielonefrit paydo buladi. Gematuriya kiska muddatli va utuvchan , vakt-vakti bilan paydo buladigan va utaydigan turlarga bulinadi. Shuningdek , u uzok muddatli , ya'ni bir necha yillar xam davom etishi mumkin. Paydo bulish joyi , xolatiga karab gematuriyani buyrakli (zonal) , bir yoki ikkitomonlama postrenalga ajratish mumkin.

Xudi shunday ogrikli va ogriksiz gematuriyani xam ajratish mumkin. 60% ortik bemorlarda urologik xastaliklar okibatida gematuriya paydo buladi. Ogrikli gematuriya buyrak kolikasi , siydik tosh kasalligi , siydik tizimida usimtalar parchalanishida , fronikal kon ketishida paydo buladi. Ogriksiz gematuriya nefropatiyada paydo buladi.

Gematuriya turli xil darajada vujudga keladi va kuyidagi kasalliklarda kuzatiladi: utkirva surunkali palkulyoz pielonefritlarda, gemorragik isitma, buyrak sili va usmasi, gemorragik sistit, buyrak-tosh kasalliklari, fornikal kon ketishlar, buyrak infarkti, travmalari, sistemali vaskulitlarda, buyrakning ikkilamchi jaroxatlanishi (gemorragik kapillyarotoksikoz – Sheynleyn-Genox kasalligi, tugunchali periartrit, Vegenera granulematozi), sistemali kizil buricha, Gudpascher sindromi, gemalitiko-uremik sindrom, utkir osti bakterial endokardit, trombotsitopeniya – Verlgof kasalligi, gemofiliya, jigarning ogir jaroxatlanishi, shuningdek antikoagulyantlar dozasi oshib ketgan xolatlarda.

Makrogematuriya kupincha buyrak va siydik pufagi usma kasalligida, buyrak sili, gemorragik papilarotoksikoz antikoagulyantlar dozasi oshib ketgan xollarda kuzatiladi. Buyrak sanchigi xuruji vaktida va undan keyin makrogematuriya boshlanishi siydik yullari shillik kavatining konirementlar ta'sirida jaroxatlanishi bilan boglik. Makrogematuriya kam xollarda utki rva surunkali glomerulonefrit va pielonefritda kuzatiladi. Gematuriyalar kiska muddatli, utib ketuvchi, davriy va intermitterlovchi xarakatlarda buladi. Gematuriya ba'zan turgun, davomli, bir necha oylab va yillib kechishi mumkin. Gematuriyalar xosil bulish joyiga kura bulinadi: buyrakka alokador ((renal) bir tomonlama va ikki tomonlama xamda siydik yullariga alokador (postrenal). Shuningdek ogrikli va ogriksiz gematuriyalar farklanadi. Ogrikli gematuriyalar buyrak tosh kasalliklarida, shuningdek siydik yullari emiriluvchi usmalarida kon laxtalarining chikishida va fornikal kon ketishlarda kuzatiladi. U buyrak infarkti, lyumbalgik-gematuriya sindromi va siydik yullari, buyrakning turli xil kasalliklarida xam kuzatiladi.

Ogriksiz gematuriyalar turli xil nefropatiyalar uchun xarakterli. Glomerulonefritda mikrogematuriyaning paydo bulishi koptokcha kapillyarlarining bazal membranasining utkazuvchanligining oshishi va ularning teshiklarini diametrini oshishi bilan boglik. Ogir darajadagi glomerulonefritlarda kuchli gematuriya, ba'zan makrogematuriya kuzatiladi. Bu koptokcha kapillyarlarning bir necha joyidan yorilishi va u erdan konning Shumlyanskiy-Boumen kapsulasi bushligiga tushishi bilan boglik va bu erdan kanalchalar bushligiga tushgan eritrotsitlar

reabsorbtsiyalanmaydi va natijada siydik Bilan chikadi. Buyrak va siydik yullari usmasi va buyrak silida gematuriyaning xosil bulishi buyrak tukimasinring emirilishi va kon tomirlarining jaroxatlanishi bilan boglik.

Taktika. Kuchli va turgun makrogematuriyada bemorga shoshilinch yordam kursatish zarur. Bundakaltsiy preparatlari (kaltsiy xlorid yoki kaltsiy glyukonat 10 x 10,0 tomir ichiga), vikasol 1 x 1,0 mushak orasiga, ditsinon 12,5 x 2,0 mushak orasiga in'ektsiya kilinadi.

Agar gematukriya antikoagulyantlar dozasi oshib ketganda kuzatilgan bulsa, darxol tuxtatish zarur. Makrogematuriya kuzatilgan bulsa urologiya va nefrologiya bulimlariga gospitalizatsiya kilinishi kerak.

Utkir buyrak etishmovchiligi (UBE)

UBE – bu kiska vakt (bir necha soat yoki kun) mobaynida buyrakda kuchli ishemiya va toksik ta'sirlar tufayli buyrak parenximasining jaroxatlanishi natijasida buyrakning siydik chikarish funksiyasining tuxtashi va moddalar almashinuvi oxirgi maxsulotlarning konda ushlanib kolishi Bilan kechadigan ogir xolati. Xisoblashlarga karaganda dune buyicha urtacha bir million odamdan 40 tasida UBE kuzatiladi. UBE sabablariga kura 3 ga bulinadi: prerenal, renal va postrenal.

Prerenal UBE ning kelib chikishi umumiy gemodinamikaning buzilishi va aylanib yuruvchi kon xajmining kamayishi Bilan boglik. Buyrak orkali utadigan kon xajmi kamaysa, azot almashinuvining oxirgi maxsulotlaridan kon etarlicha tozalay olmaydi. Dori-darmonlardan UBE kelib chikishi kup uchraydi. Bulardan amminoglikozidlar (gentamitsin, kanamitsin, sulfanilamidlar), nosteroid yalliglanishga Karshi vositalar, i-APF preparatlari (koptopril) va boshkalar. Uzoq davom etgan gemadinamik buzilishlar natijasida prerenal UBE renal UBE ga aylanib ketadi. Renal UBE da buyrak parenximasining ogir darajasi va buyrak funksiyalarining tezda buzilishi kuzatiladi. Postrenal UBE sindromi yullarining tosh Bilan obstruktsiya bulishi, strukturasi tugma, anamaliyasi, prostata bezining adenomasi, siydik yullarining usmasi va boshkalar natijasida siydik chikarishning buzilishi Bilan boglik.

Diagnostikasi. Eng avvalo siydik pufagida siydik bor yoki yukligini aniklash zarur (perkutor usul, UTT yordamida va kateterizatsiya usuli bilan). Undan sung konda mochevina, protenin va kaliy mikdorini aniklash kerak. Eritrotsitlar koldigi va oksil silindrlarining bulishi koptokchalar jaroxatlanganligini kursatadi, kuplab xujayra detritlari va tubulyar silindrlar kanalchalar nekrozidan, polimorf yadroli leykotsitlar va EOS tubulointeretitsial infarktdan, kristaluriya esa kanalchalar ichi blokadasidan darak beradi. UBE klinik 4 fazaga bulinadi: boshlangich, oligouriya (anuriya), diurezning tiklanishi vat ulik sogayishi.

Boshlangich fazasining davomiyligi va bemor xolatining ogirligi UBE ning asosiy sababiga boglik. Axvoli engil kasallarda bu faza unchalik bilinmaydi, ogir bemorlarda esa sutkalab va undan kup davom etadi.

Oligourik faza 9-10 kun davom etadi, ba'zi bemorlarda esa davomiyligi 4 xaftadan oshadi, bu ikki tomonlama portenal nekroz rivojlanishidan darak beradi. Bu fazada siydik chikishi tezda kamayadi (anuriya darajasiga), siydik tuk rangda bulib, tarkibida kuplab oksil, silindrlar va eritrotsitlar buladi. Siydikning solishtirma ogirligi normada (siydikning osmolyarligi plazmaning osmolyarligidan oshmaydi). Bemorlar ishtaxaning yukolganligidan, kungil aynishi, kusish, ich ketishining kabziyat Bilan almashinib turishidan shikoyat kiladi. Sepsis va boshka asoratlar kushilganda uykuhanligi, psixoz xolatlari rivojlanib, talvasalar kuzatilib, normaga tushadi. UBE da oshkozon va ichak shillik kavatiga eroziya va yaralar paydo bulganligi uchun oshkozon-ichak traktidan kon ketishi kuzatiladi. Kon taxlilida kuchayib boruvchi anemiya, leykotsitoz, EChTning oshishi, giperazotemiya, giperglikemiya, metabolik atsidoz aniklanadi.

Diurezning tiklanish fazasi 5-10 kun davom etadi, bunda diurez kuchayadi, bemorning umumiy axvoli yaxshilanadi, proteinuriya kamayadi. Renin buyrak kanalchalarining

konsentratsion funktsiyasi asta-sekinlik bilan tiklanadi. Shuning uchun poliuriya bilan birga siydikning nisbiy zichligi kamayadi, keyinchalik gipoglikemiya, giponatremiya va gipoxloridriya kuzatiladi.

Taktika va davolash. Bemor shoshilinch ravishda gemodializ bulimiga yoki reanimatsiya bulimiga gospitalizatsiya kilinib, kompleks davo chora-tadbirlari kilinishi zarur. Kup xollarda 90% bemorlarda nefronekroz rivojlanganda shok vujudga keladi va UBE shoka Karshi chora-tadbirlar etakchi urinda turadi. Oksilsiz dieta tavsiya kilinadi. Kaloriya 1500-2000 kkalG`sut bulishi kerak. Aktiv terapiya metodi UBE ning etiologiyasi, shakli va darajasiga karab aniklanadi. Postrenal UBE da birinchi navbatda obstruktsiyasi yukotiladi, siydikning normal mikdorini tiklash kerak. prerenal UBE da terapevtik yullanma tomir etishmovchiligining yoki gipovolemiya dorilarni tuxtatishga (nosteroid yalliglanishga karshi, i-APF, sanidimun) karatilishi kerak. Bemorlarni shokdan chikarish uchun yukori dozasi vena ichiga steroidlar, deistranlar (poli, reopoliglyunin), kon plazmasi, albumini vena ichiga tomchilab yuboriladi. kon yukotilganda eritrotsitar massa kuyiladi. Giponetremiya va degidratatsiyada tuzli eritmalar tomir ichiga tomchilab yuboriladi. transfuziyaning barcha turlarida diurez va markaziy venoz bosimni nazorat kilib turish kerak. Kon bosimi va aylanib yuruvchi kon xajmi stabillashgandan sung uzok vakt davomida (6-24 soat) furosemid bilan dopaminni tomir ichiga yuboriladi, bu esa buyrak kon tomirlar spazmini (vazorenal spazm) kamaytiraldi. Konservativ davoni davomiyligi 2-3 sutka buladi, agar sezilarli uzgarishlar bulmasa, kata dozada furosemid va manetol silindrik UBE ni gemodializga olishga kursatmalar:

- 1 kuchli ifodalangan gipermetabolizm, (konda mochevina sutkasida 15-20 mgG`dan oshishi kuchayib boruvchi giperkaliemiya va metabolik atsedidoz).
2. ogir xujayra ichi gipergidrotatsiyasi
3. tulik real anuriya
4. UBE ning kaytmas kechishi (xavfli gepertoniya gipolitiko-uremik sindrom).

Prognosi va asoratlari

UBE da akusher ginekologik formasida letallik darajasi – 20%, doridan zaxarlanishda – 50%, travma va xirurgik poeratsiyalarda – 70%, poliorgan etishmovchiligida – 80-100% buladi.

Renal UBE dan kura prenatal va postrenal UBE da prognoz yaxshirok. Infektsiya kushilganda (sepsis) va kari yoshdagi bemorlarda prognozi yomon buladi. Bemorni surunkali gemodializga utkazish 1-3% xollarda kuzatiladi. Oxirgi yillarda xronizatsiya foizi yukorirok (15-18%) UBE ning kamdan-kam uchraydigan asoratlariga siydik yullari infeksiyasi va pielonefrit, surunkali buyrak etishmovchiligi.

Shish. Buyrak kasalliklarida gipertoniya va siydik sindromi bilan birgalikda shish xam kup uchraydi. Shish ayniksa utki rva surunkali glomerulonefritlarda, xomiladorlik nefropatiyasida, buyrak amiloidozida, diabetik glomerulosklerozda kup uchraydi. Shishning darajasi turlicha buladi – yuz va oyok boldir soxasida shishinkirish (pastozli xolat) dan butun tanaga massiv shish bulishigacha, astsit, gidrotoraks, gidroperikard belgilari bilan anasarka kurinishgida buladi. Kupincha bemorlarda organizmda 15-20 kg.gacha suyuklik yigiladi. Yurak shishlaridan farkli ravishda buyrak shishlarida asosan shishlar yuzda, tana, oyok, kullarda uchraydi. Yurak shishlar kupincha boldir-tovon soxasida kuzatiladi. Utkir glomerulonefritda shish tezda rivojlanadi, surunkali glomerulonefritda esa sekinlik bilan rivojlanadi.

Taktika va davosi. Massiv shishlar rivojlanganda bemor nefrologik bulimlariga yotkizilib, shoshilinch ravishda diurezning kuchayishi va shishni kamaytirishga Karshi chora-tadbirlar utkazilishi kerak. Shu maksadda diuretiklar-furosemid (laziks) 60 mgdan – 300-400 mgG`sut.gacha mushak orasiga yoki vena ichiga in'ektsiya silindr, gipotiazid – 100-150 mgG`sut, furosemid 2-3 tabletkag`sut antagonist aldosteron (kaliy saklovchi) – veroshpiron, shuningdek osmouretiklar – mannitol 0,5 gG`kg 150-200 ml distillangan suvga (yoki 20% - 200,0 mannitol vena ichiga tomchilab 3-5 kun), 40% glyukoza, reopoliglyunin vena ichiga tomchilab yuborioadi.

Diuretiklar bilan birgalikda kaliy preparatlari (panangin , kaliy xlor , kaliy orotat) kullananiladi va kaliyga boy ovkatlar (uzum , urik) ni kup iste'mol kilish kerak . natriy xlor (osh tuzi) va kup mikdorda suv kabul kilish mann etiladi.

Buyrak sanchigi . Buyrak tosh kasalliklarida buyrak sanchigini anik kechishini kurish mumkin , bu xolat kupincha siydik yullarining yukori kismida konkrementlar tikilib kolganda kuzatiladi. Bundan tashkari siydik yullarining kon laxtasi , shillik bilan obturatsiyassi va siydik yullarining bukilishlarida xam buyrak sanchigi kuzatiladi .

Diagnostikasi . Ung yoki chap bel soxasida xurujsimon ogriklar bulishi va bu ogriklarning korinning pastki kismiga , chov soxalariga , jinsiy organlar soxasiga tarkaladigan ogrik xarakterlanadi . ogriklar bilan birgalikda tana xaroratining kutarilishi , dizurik uzgarishlar , ba'zida kungil aynishi , kayt kilish xam kuzatilishi mumkin.

Kup xollarda ogrik xurujlaridan sung gematuriya (makrogematuriya) kuzatiladi, sababi: buyrak jomchasining shillik kavatining , siydik yullarining shillik kavatlarining komkrementlari ta'sirida travmatizitsiyasi jomcha ichida birdaniga bosimning oshishi tufayli fornikal tur venalarining yorilishi natijasidir . Kanchaliik konkremetnlar siylik yullarining pastki kismida bulsa , dizurik uzgarishlar shunchalik kuchli nomoyon buladi. Agar konkrement siydik yulining intramural kismiga tushsa tez-tez siysh kuzatiladi. Buyrak sanchigining patognomonik belgisi – konkementning ajralib chikishi va ogrik xurujining yukolishidir . Nefrolitiaz tashxisi uchun anamnez , bemorning shikoyatlari , siydikni labarator tekshirish , (gematuriya, leykotsituriya , protenuriya) UTT va siydik yullarini va buyrak rentgenologik tekshirish kerak .

Buyrak sanchigini utkir appenditsit , xoletsistit , pankreatit, oshkozon va 12 barmokli ichak yarasining teshilishi , bachadondan tashkari xomiladorlik differentsial tashxislanadi.

Taktika va davosi . Buyrak sanchigi bulgan bemorlar urologik yoki xirurgik bulimlarda gospitalizatsiya kilinadi. Buyrak sanchigini yukotish uchun issik muolajalar (vannaga utirish, be soxasiga issik kuyish (grelka) , spazmolitiklar analgetiklar : boralgin 5,0 vG`i mG`o, analgin 50% 2,0 no-shpa 2,0 otropin sulfat 0,1 % - 0,5-0,1tG`oplatifilin 0,2% -2,0 tG`o . Xajmi jixatdan katta bulgan uz-uzidan chikmaydigan toshlar operativ usul bilan davolanadi. Agar buyrak sanchigiga va korin bushligi utkir kasalliklarda shubxa kilinganda , norkotiklar (omnupon , morfin prmedol) kilish maksadga muvofik emas .

Eklampsiya (angeospastik entsefalopatiya) – utkir glomerulonefritning ogir asoratlaridan biri bulib, 1% larda uchraydi. Bu xolat kupincha utkir glomerulonefritda massiv shish bulganda bemor tuz va suyukliklarni kup iste'mol kilganda kuzatiladi . Patogeneziga kura angeospastik entsefalopatiyaning asosida bosh miya arteriyasining birdaniga spazmga uchrashi (gipertonik kriz) natijasida ishemiik (gipoksiya) ning rivojlanib kala suyagi ichida va orka miya kanalida bosimning oshishi (350 mm suv.ust.gacha) yotadi.

Diagnostika . Klinikasida kuchli bosh ogrishi kon bosimining oshishi (220G`120-180G`100 mm.sim. ust.va undan yukori) kuzatiladi.Talvasa dastlab tonik tipda , keyinchalik esa ilonik tipda buladi . Kuz korachigi kengaygan , ogizdan kupikli suyuklik chikishi , ba'zan tili lishlangan vaktida pushti rangdagi kupik chikadi . Puls sekinlashgan 60 ta 11 . Talvasa bir necha soniyadan 2-3 dakikagacha davom etadi va tusatdan tugaydi . Bir kun davomida talvasalar bir necha marta takrorlanishi mumkin. Talvasadan sung bemor kedi, lekin atrof – muxitni yomon xis kiladi va vokeani eslay olmaydi . , (retrograd amnezis) , uykuhan loxas buladi . Ba'zan xurujdan sung bemor kuchli kuzgaladi , jaxildor buladi. Bemor sakraydi , yuguradi Ba'zan derazadan chikib ketadi . Engil darajadagi buyrak eklampsiyasida bemor xushini yukotadi , lekin talvasa kuzatilmaydi , ularda aloxida mushaklarning titrashi , kurishining yukolishi (amavrez) , bosh ogrishi kuzatiladi – bu eklampsiyaning abortiv shaklidir. Orka miya kanaliga punktsiya kilishganda ignadan yukori bosimda tizillab suyuklik chikadi va shuning natijasida talvasa tuxtaydi.

Eklampsiya xuruji ba'zan letik asorat Bilan tugaydi . Bosh miyaning xayot uchun zarur plazmalariga kon kuyish va utkir korincha etishmovchiligi ulim sababi bulishi mumkin.

Taktika va davosi . Tez ta'sir kiluvchi gipotenziv preparatlar (pantalinning 5% li eritmasi vG`i, benzogeksanid 2,5% 2,0 mG`o , klofelin 0,01 % 1,0 mG`o, dibazol 1 % 4-5,0 vG`i sekin) yuboriladi.

Eufillin 2, 4 % 1,00 eritmasini 20% 20 ml glyukoza bilan vena ichiga , diuretiklar furosemid 100 – 300 mg vG`i, yurak glikozidlari (korglikon , strofantin) .

Talvasa kaytalanaversa efir – kislorodli narkoz yoki xloralgidratni mikroplazma kilish (0,5-1g 100 mg suvga) . xuruj yukotilgandan sung bemorlar nefrologik (terapevtik) bulimlarga yotkiziladi . Oxirgi 10 yil ichida statsionar sharoitda eklamsik xurujini oldini olish uchu norka miya punktsiyasi kilinib orka miya kanal iva bosh miya ichi bosimini kamaytirish ya'ni eklamprsiyaning sababi bartaraf kilinadi .

Muammoli masalalar

1. Kechasi bemor yaxshi ovkatlanadi 15- 30 minu utgandan keyin kusish boshlandi. Bemorning anamnezida oshkozon yara kasalligi aniklandi. Bemorning pulsi va nafas olishi tezlashgan . Kusugi kofe rangida , oshkozon atrofida ogrik sezyapti.

Xamshira tashxisi ?

kanday yordam berasiz ?

2. Xamshira passiv yotgan bemorga el xaydovchi naychani utkazadi. 2 soat utkazgandan keyin xamshira nayni olishga keladi, lekin bemor xamshiradan naychani olmaslikni iltimos kiladi.

1. Bemorni iltimosini bajarasizmi ?

3. Ogir yotgan bemorning ichak perestaltikasi kasallangan Natijada ichaklarda gaz tuplanish boshlangan .Xakim xamshiraga el naychasini bemorga kuyishni tavsiya kildi.. Xamshira naychani bemorga utkazdi.

1. Gaz ajralganligini kanday tekshirasiz?

4. Miokart infarkti bilan kasallangan bemorning rangi va kuz shillik kavatlari okargan . Terisini sovuk ter koplagan , oyok - kullari sovuk , Tirnoklari kukargan.

AG`B pasaydi , puls tezlashib ipsimon buldi.

1 . Bu belgilar kanday kasallikdan dalolat beradi.?

2. Xamshira taktikasi ?

5. Miokart infarktiga uchragan bemorga yurak soxasiga bir nechta zuluk kuyildi.. Ular olingandan sung jaroxatlardan uzok vaktgacha kon okish kuzatildi.

Sababi nima ?

Xamshira xatosi bormi ?

6. Buyrak va siydik yullarida kasallik bor tufayli bemorning diurezi kamaydi. Natijada organizmda toksinlar tuplanishi vujudga keldi.

Bemorga kaysi parhez stoli buyuriladi va kanday ovkatlantirasiz ?

7. Vazomotor riniti bor, toshma toshgan va yukori nafas yullari yalliglangan bemor nafas kisishidan va kuruk yutaldan shikoyat kilgan .Tetratsik lin ichganda terisiga toshma toshib , kichishi aniklangan . Upka eshitib kurulganda nafas chikarishi chuzilgan , yotkizib ikala upka eshitib kurulganda xushtaksimom kuruk xirrilash eshitiladi. Tifno ursatgichi -50 % . Berotek Bilan ingyalyatsiya kilingandan keyin tifno kursatgichi 55 % bulgan . Kondagi eozinofillar soni 12%, leykotsitlar 11×10^9 l teng.

Bronxospazmga nima sabab bulgan ?

8. 32 yoshli bemor K. kuruk yutal va ozginajismoniy zurikkan xansirab kolishdan shikoyat kiladi . Ob'ektiv tekshirganda – ichki a'zolar kattalashganligi va ozgina pnevmoskleroz belgilari kurinadi.

1. kaysi kasallikka uxshaydi?

2. Tashxisni tasdiklash uchun kanday kushimcha tekshirishlar utkazish kerak ?

9. 1948 yilda tugilgan bemor pulmonologiya bulimida yukori nafas yuli davolanmokda edi. Birdan bemorning axvoli yomonlashdi : kuruk yutala boshdi. Ob'ektiv tekshirganda : bemor majburiy xolatni egallagan , akrotsinzon kuzatiladi.Upka auskultatsiyasida kuruk xushtaksimov tovush eshitaladi. AG`B 20G`80 mm sm ust .pulsi 1 00 1 dakikada. Balgam azmoishida : eozinofillar , Krushman spirallari va Sharko – Leyden tayokchalari topiladi.

1. Xamshira tashxisi

Kanday shoshilinch yordam kursatasiz?

10. 38 yoshdagi bemor 7 kun oldin bodomcha bezlarini yalliglanishi bilan kasallangan edi. Bemorda birdaniga bosh ogrik , yuzlarida , kovoklarida shishlar paydo buldi, ajraladigan siydikning rangi gusht yuvgan suyuklikka uxshaydi.

1. sizning tashxisingiz ?

Xamshira taktikasi ?

11. Nefrologiya bulimiga yuz iva badaniga bulgan shishlar ayol keltirildi..

Kateterni utkazganda utmay koldi.

Sizning taktikangiz ?

Kaysi kasalliklarni oldini olishingiz kerak ?

12. 14 yoshli bemor kasalxonada 5 kun davomida « kuzikorindan zaxarlangan» tashxisi bilan davolanmokda lekin butun bemorda oliguriya xolati kuzatiladi. Terisi kuruk, kul panjalarida ozgina shish borligi aniklandi .

1.Bemorga kanday xolat kuzatiladi.?

2. Tibbiy taktikasi ?

13. Bemor 32 yoshda . Ichki kasalliklar bulimida davolinayapti . Vrvch kursatmasiga asoslanib, bemorning oshkozoni yuvishimiz kerak . Oshkozoni yuvish uchun bemorga zondni yutkizamiz. Zondni oshkozonga yutkizganimizda kasalning rangi kukarib , nafasi kisila boshladi.

Xamshira tashxisi ?

Sizning taktikangiz ?

Asoratlarning oldini olish yullari ?

14. Bemor 42 yoshda , kasalxonada davolanayapti .Upkasi shamollagan . Xamshira sistema yordamida , bemorga llyukoza eritmasini venaga yuborishni boshladi.

Bir oz utmasdan bemorda titrab –kakshash boshlandi , bel soxasida ogriklar , badanida kichishlar , kovaklarida shishi paydo buldi , tana xarorati 38- 39 darajaga kutarildi.

1.Bemorga nima buldi?

2. Kanday yordam kursatasiz?

15. Kon kupayb ketgan bemorda xamshira xakim kursatmasiga binoan bemorni utkazib kon chikarishni boshladi , birdaniga bemorning rangi okarib ketdi, sovuk ter bosti.

Sizning tashxisingiz?

Birinchi yordamni kursating ?